

# Le lesioni del legamento crociato anteriore

Il nostro ginocchio è formato da tre ossa: il femore, la tibia e la rotula. La stabilità dell'articolazione femoro-tibiale è dovuta all'azione di stabilizzatori statici e a quella di stabilizzatori dinamici. Gli stabilizzatori dinamici sono i muscoli, mentre gli stabilizzatori statici sono i legamenti. I legamenti più importanti di questa articolazione sono i due laterali, che si chiamano "legamento collaterale mediale" e "legamento collaterale laterale" e i due che sono localizzati nel cosiddetto "pivot centrale" e si incrociano fra di loro, per il quale motivo prendono il nome di "legamenti crociati" (fig. 1). Mentre il legamento crociato posteriore difficilmente va incontro a rottura, il legamento crociato anteriore si rompe con una certa frequenza.

Le lesioni del legamento crociato anteriore (LCA) si verificano per lo più durante alcune attività sportive, specialmente quelle che prevedono cambi di direzione, come il calcio, lo sci, il rugby, ma si possono verificare anche in seguito ad un incidente stradale o in altre circostanze. La lesione (o "rottura", non c'è differenza fra i due termini) si ha per lo più a causa di una distorsione (una torsione del ginocchio, quella che comunemente chiamiamo "storta"), più raramente è causata da un trauma diretto.

Al momento della rottura si ha spesso la sensazione che "un elastico si sia rotto" all'interno del ginocchio. Il ginocchio va quasi sempre incontro a tumefazione e spesso è dolente. Con il tempo, a meno che non si sia rotto anche un menisco, il dolore si riduce molto o scompare, mentre rimane la instabilità. Cioè il paziente sente che il ginocchio "non tiene" o "esce", specie quando prova a svolgere attività sportiva o compie alcuni movimenti. Ciò è dovuto al fatto che, mancando l'integrità del LCA, la tibia scivola in avanti rispetto al femore.

La diagnosi di lesione del LCA la fa l'ortopedico, in base a delle specifiche manovre. Per confermare la diagnosi, ci aiuta la risonanza magnetica nucleare. In circa il 50% dei casi, alla lesione del LCA si associa la rottura di un menisco. Il LCA non ripara da solo, neanche portando gessi o ginocchiere.

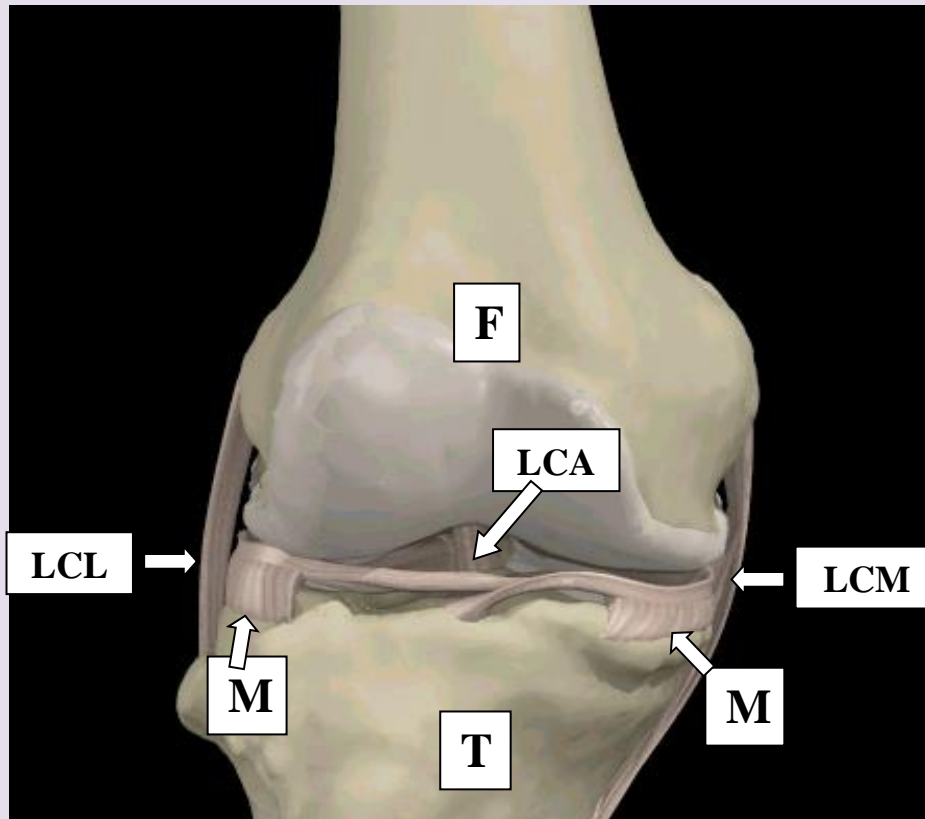
Quali sono le conseguenze della rottura del legamento crociato anteriore?

La sintomatologia di instabilità è variabile. Anzi, i pazienti con lesione del LCA furono distinti, qualche anno fa, in ""copers" e "non copers", cioè in soggetti che riuscivano a compensare all'assenza del legamento con le strutture muscolari e

quelli che non ci riuscivano. In realtà, esistono vari gradi di instabilità. Alcuni la riferiscono anche semplicemente nel camminare veloci, e spesso accusano dolore, altri solo durante l'attività sportiva, altri ancora hanno rari episodi di sublussazione del ginocchio. Resta il fatto che non sottoporsi ad intervento chirurgico comporta il rischio di altre lesioni, quali quelle dei menischi (è più facile andare incontro ad un trauma distorsivo) e all'usura della cartilagine, che, con il tempo, causa l'artrosi. E' quindi consigliabile, anche nei non sportivi, di sottoporsi ad intervento chirurgico di ricostruzione del legamento. Da discutere se effettuare l'intervento nei soggetti al di sopra dei 50 anni che non praticano attività sportiva (si escludono, ovviamente, il nuoto o il ciclismo).

L'intervento chirurgico consiste nella sostituzione del LCA rotto. E' un intervento che si esegue in artroscopia: sono sufficienti piccole incisioni cutanee. Si possono utilizzare dei tendini, come il terzo medio del tendine rotuleo o i tendini dei muscoli gracile e semitendinoso, prelevati dallo stesso ginocchio. Più raramente viene usato il tendine del quadricipite o un tendine prelevato da cadavere. Esistono anche dei legamenti artificiali, che vengono utilizzati, per lo più, nelle persone al di sopra dei 50 anni. Questi ultimi hanno il vantaggio di permettere un recupero più rapido e meno doloroso, ma si devono avere ancora conferme sulla loro durata nello sportivo. I "neolegamenti" vengono fissati, nella gola intercondiloidea del ginocchio, con delle viti o dei chiodini.

Il recupero post-operatorio è particolarmente impegnativo. Qualche chirurgo prescrive, per un periodo variabile, l'uso di un tutore, altri non lo usano. In ogni caso, per almeno trenta giorni è necessario l'utilizzo di bastoni. E' molto importante una fisiocinesiterapia intensa, volta principalmente al recupero dell'arco di movimento, al potenziamento muscolare e al recupero della propriocezione, che è quella che ci permette di stare in equilibrio nella maniera corretta e ci dà la percezione di dove siamo e come ci muoviamo. E' importante affidarsi ad un buon fisioterapista, ma è ancora più importante fare la ginnastica da soli. Infatti, nei primi due mesi, sono necessarie almeno quattro ore al giorno di ginnastica, e il potenziamento muscolare deve proseguire anche nel terzo e nel quarto mese, anche se con impegno più ridotto nel tempo. L'attività sportiva comincia già dopo un mese e mezzo, con il nuoto e la cyclette, la corsa può cominciare dopo tre mesi, il calcio dopo circa sei mesi. I tempi variano in base alle indicazioni del chirurgo e alle capacità di recupero del paziente operato.



**FIG.1:** Il ginocchio visto da davanti. La rotula è stata rimossa dal disegno. F=Femore T=Tibia. LCM=Legamento collaterale mediale. LCL: Legamento collaterale laterale LCA= Legamento crociato anteriore: M=Menisco