

Sutura meniscale artroscopica con sistema Rapid Loc

G.C. TRIPODI

Unità Operativa di Ortopedia e Traumatologia - Ospedale "Arnaldo Pugliese", Catanzaro

Le tecniche artroscopiche per la sutura meniscale sono attualmente classificate in tre tipi:

- 1) IN-OUT in cui l'ago per la sutura penetra dall'interno dell'articolazione nel menisco e fuoriesce all'esterno;
- 2) OUT-IN in cui l'ago penetra nel menisco dall'esterno e fuoriesce all'interno dell'articolazione;
- 3) ALL INSIDE: sono le moderne tecniche (Morgan 1996) che consentono al chirurgo di eseguire l'intera sutura dall'interno dell'articolazione. Il loro grande vantaggio è che evitano le complicanze più temibili della sutura meniscale artroscopica rappresentate dalle lesioni vascolari e nervose. Lo svantaggio è che esse non consentono di suturare comodamente la porzione più anteriore del tessuto meniscale. Le suture all-inside più moderne vengono definite *single hand*: il chirurgo riesce a compiere il gesto tecnico rapidamente e con, appunto, una sola mano.

Tra le tecniche *all inside- single hand*, il sistema RapidLoc della Mitek è quello che attualmente utilizzo maggiormente nelle suture delle lesioni del 3° posteriore e del 3° medio del menisco. Si tratta di una tecnica di ultimissima generazione che prevede l'uso di materiali riassorbibili e, a richiesta, non riassorbibili.

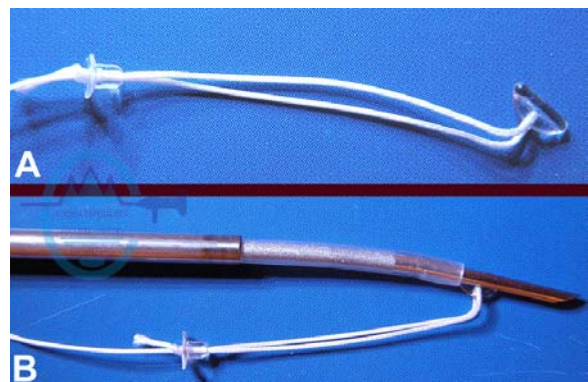


Fig. 1

Gli aghi da sutura hanno tre diverse angolazioni che consentono al chirurgo di raggiungere con facilità la lesione da suturare: 0°, 12° e 27°.

Il sistema, come si vede nella fig. 1A, è costituito da un filo 2.0 con nodo già preparato e scorrevole in materiale riassorbibile (Panacryl) o non riassorbibile (Ethibond), un cilindretto in PLA entro cui scorre il nodo e un arresto o backstop finale, anch'esso in PLA. Nella fig. 1B la sutura è montata sull'ago 12°.



Fig. 2

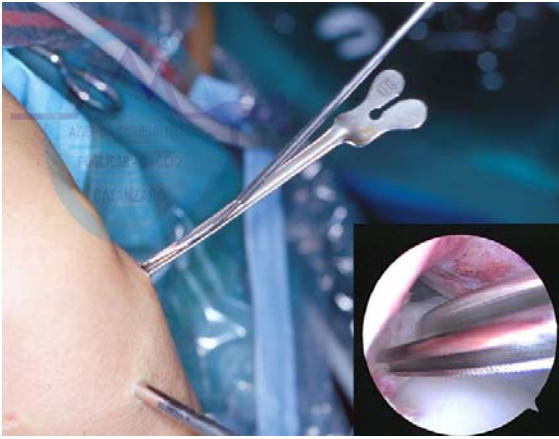


Fig. 3



Fig. 4

L'ago viene poi innestato su un apposito introduttore-applicatore (fig.2) che lo posiziona all'interno dell'articolazione. Durante l'introduzione, è opportuno servirsi di uno strumento che eviti l'incarceramento dell'ago nei tessuti sottocutanei. Personalmente utilizzo una economica sonda a trifoglio, introdotta nel portale idoneo, (fig. 3) entro cui lascio scivolare dolcemente la punta dell'ago che viene così guidata

all'interno del ginocchio, senza intoppi. Posizionato l'ago, esso viene introdotto nel punto prescelto e spinto sino all'arresto in materiale trasparente (fig. 4A). Agendo quindi sul grilletto dell'applicatore, si spinge il backstop (facendolo penetrare attraverso il tessuto meniscale, oltre il muro) in modo da dare un ottimo ancoraggio alla sutura (fig. 4B). Terminata questa fase si introduce il capo distale del filo nell'asola dello spinginodo che, agendo all'interno dell'articolazione sul cilindretto in PLA, fa avanzare il nodo in maniera tale da spingere il cilindretto verso il menisco(fig.5 a). Questa manovra compatta o chiude la lesione. È necessario avere cura di far ben aderire il cilindretto al tessuto meniscale in modo da evitare danni alla cartilagine articolare (Steven, 2003). La tensione applicata non deve essere eccessiva in quanto si potrebbe rompere il filo. Conclusa la manovra, si taglia il filo in eccesso con forbici artroscopiche, a circa 2-3 mm dal nodo(fig. 5b). La sutura è così ultimata (fig. 5c).

In genere sono sufficienti dai due ai quattro punti per trattare la maggior parte delle lesioni meniscali.

Le indicazioni all'intervento col sistema RapidLoc sono le lesioni recenti di tipo longitudinale in zona red-red ed in soggetti giovani. Abbiamo trattato con successo anche pazienti over 50, nei casi di lesione meniscale longitudinale red-red associata a frattura del piatto tibiale.

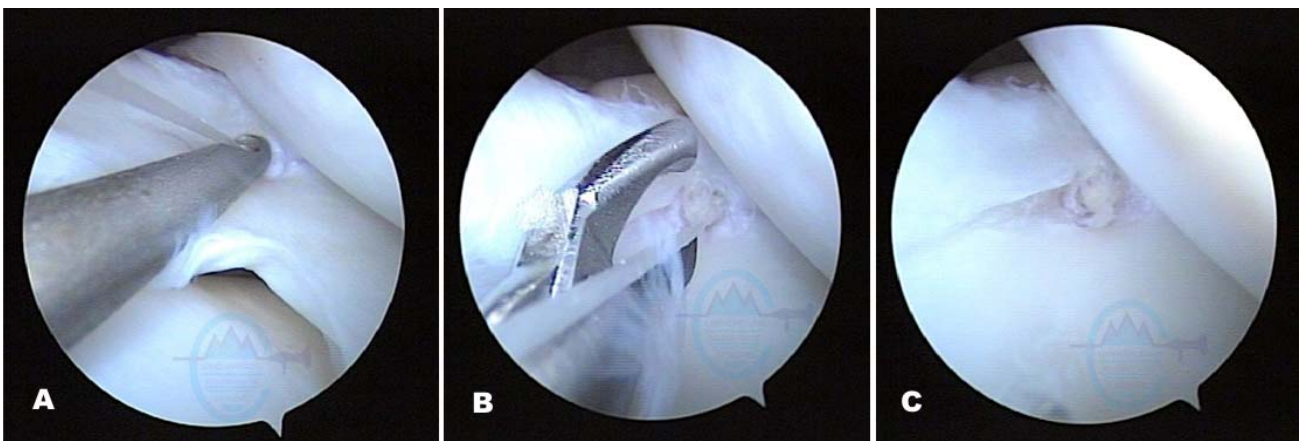


Fig. 5

In genere il decorso post-operatorio avviene in tutore articolato per quaranta giorni, così suddivisi:

- primi dieci giorni: ginocchio in estensione e arto in scarico totale;
- 11° - 20° giorno: flessione da 0° a 30° e arto in carico parziale;
- 21° - 30° giorno: flessione da 0° a 60° e arto in carico parziale;
- 31° - 40° giorno: flessione da 0° a 90° e arto in carico parziale;
- dal 41° giorno: articolari e carico liberi.

Tale schema viene utilizzato anche nei casi di lesione meniscale associata a lesione del LCA o LCP.

Riteniamo, infatti, che la sutura vada protetta e non bisogna superare i 60° per i primi trenta giorni anche nei casi di ricostruzione legamentosa.

I controlli eseguiti alla RMN con m.d.c. (gadolinio) hanno evidenziato una buona guarigione a partire dal 3° mese.