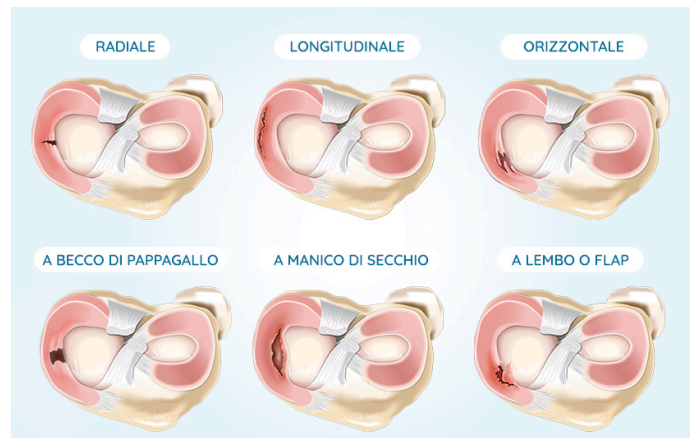
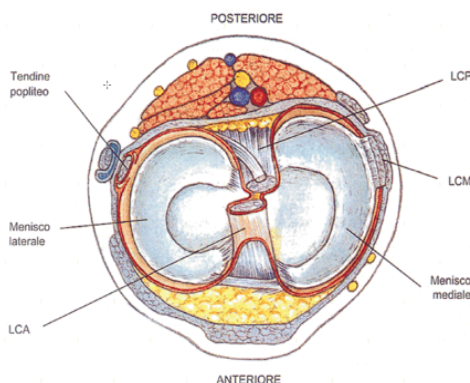


I MENISCHI DEL GINOCCHIO

Che cosa sono?

I menischi del ginocchio sono due strutture fibrocartilaginee, di forma semicircolare, che separano i condili femorali dal piatto tibiale, all'interno dell'articolazione. Essi hanno funzione di ammortizzazione dalle sollecitazioni meccaniche, ampliamento della superficie di scorrimento articolare, stabilizzazione e protezione della cartilagine articolare. Il menisco interno è più stabile e adeso alla capsula articolare, perciò è più facilmente lesionabile rispetto al menisco esterno. La vascolarizzazione dei menischi origina dalla porzione più esterna (Zona Rossa), assicurata dalla rete di arteriole che si ramificano dall'arteria genicolata e che penetrano nel muro meniscale adiacente alla capsula articolare. Procedendo verso la struttura interna dei menischi, tale rete vascolare si assottiglia e disperde sempre di più (Zona Rossa-Bianca), pertanto il nutrimento della porzione più sottile e interna (Zona Bianca) è fornito per diffusione e non per vascolarizzazione. I menischi, nella loro anatomia individuale, sono suddivisi in tre regioni da anteriore a posteriore: corno anteriore, corpo e corno posteriore. Le lesioni meniscali più frequenti sono quelle del corno posteriore e del corpo. I corni dei menischi prendono contatto con i legamenti crociati anteriore e posteriore ed è frequente che una lesione di tali legamenti possa essere associata a una lesione meniscale di varia entità.



Come si diagnosticano le lesioni meniscali?

Una lesione meniscale può frequentemente essere diagnosticata in pazienti giovani (20-45 anni), fisicamente attivi, che avvertono un dolore o un fastidio intrarticolare alla normale flessione-estensione del ginocchio. L'esame obiettivo dell'ortopedico è fondamentale per differenziare tale dolore da un'altra patologia del ginocchio e solitamente il "punto meniscale" interno o esterno risulta doloroso alla palpazione. Non è infrequente che il paziente avverta "click" intrarticolari spontanei durante la deambulazione o evocati dall'esame clinico. La diagnosi di certezza viene posta con l'esecuzione di una Risonanza Magnetica Nucleare (RMN), che fornisce l'entità della lesione e altre informazioni correlate allo stato generale dell'articolazione (legamenti, cartilagine, articolazione femoro-rotulea, versamento intrarticolare). Tendenzialmente, non si interviene sul menisco oltre i

50 anni d'età, poiché tale struttura va incontro a un fenomeno detto “meniscosi”, che è la spontanea disidratazione della fibrocartilagine meniscale. Le esigenze funzionali dei pazienti di 50 e 60 anni attualmente ci hanno però portato a indicare il trattamento artroscopico per lesioni meniscali invalidanti anche i pazienti over 50, che sono fisicamente attivi e non vogliono rinunciare a svolgere le attività ricreative della loro vita quotidiana.

Quando e come trattare una lesione meniscale?

Le lesioni meniscali possono essere suddivise in due grandi gruppi clinici: le lesioni ampie (tipo “a manico di secchio”) sono solitamente acute e le lesioni parziali, che possono essere acute o croniche. Le prime lesioni sono spesso caratteristiche del giovane attivo, nel quale si possono osservare le cosiddette “lesioni a manico di secchio”, molto ampie, difficilmente riparabili e spesso portano alla rimozione di un'ampia superficie meniscale (meniscectomia parziale o subtotale) perché provocano blocco articolare con possibile presenza di corpi liberi intrarticolari e/o versamento. Le lesioni parziali possono verificarsi in tutti i pazienti, di diverse età, anche in pazienti non fisicamente attivi, per traumi accidentali distorsivi o per sovraccarico funzionale (obesità), non provocano blocco articolare e possono essere trattate in artroscopia con due modalità: la meniscectomia con regolarizzazione artroscopica, oppure la sutura meniscale.

La meniscectomia con regolarizzazione in artroscopia si avvale di diversi strumenti che “mangiano” e che “limano” il tessuto meniscale, pertanto la lesione verrà asportata e la superficie restante verrà regolarizzata con il margine meniscale interno. Tale opzione viene presa in considerazione quando la lesione è marginale e non è possibile ripararla. Si deve sempre cercare di risparmiare quanto più possibile tessuto meniscale, perché l'asportazione di ampia superficie meniscale può aumentare la degenerazione artrosica articolare.

La sutura meniscale in artroscopia è eseguita in caso di lesioni longitudinali e molto esterne, dove la vascularizzazione è ancora garantita e quindi è possibile ottenere una guarigione del tessuto lesionato. La sutura è praticata con tecnica *all-inside* mediante punti di sutura non riassorbibili e biocompatibili, che vengono “sparati” con un apposito strumento all'interno della lesione, attraversano il muro meniscale e fanno presa sulla capsula articolare, autoserrandosi e chiudendo il gap.

Dopo una meniscectomia è solitamente indicato il riposo funzionale dell'arto, con una progressiva ripresa del carico e una valida fisioterapia per recuperare il tono muscolare e l'articolarietà. Per la sutura, i tempi sono più lunghi. Solitamente i pazienti ritornano a eseguire attività fisica dopo 2 mesi per la meniscectomia e dopo 4 mesi per la sutura meniscale.

