archivio di Ortopedia e Reumatologia

www.gpini.it

La femoro-rotulea oggi. Novità e conferme

a cura di M. Berruto

Editoriale

DOI 10.1007/s10261-008-0221-y

M. Berruto

Per chi si occupa in modo più approfondito di patologia del ginocchio, la chirurgia artroscopica è certamente la più “glamour”, quella in cui, in questi anni, sono state investite più risorse intellettuali ed economiche; la chirurgia protesica è una continua sfida meccanica e tecnologica; la patologia femoro-rotulea rappresenta tuttavia ancora oggi l'area di maggior fascino e di più intrigante mistero, perché in questa complessa e fondamentale articolazione si confondono e si mischiano anima e razionalità, illogicità e matematica.

Pensiamo al grande capitolo ancora irrisolto del “dolore anteriore” sulla cui etiologia sono state formulate innumerevoli ipotesi, tutte teoricamente valide, nessuna scientificamente e definitivamente provata. La femoro-rotulea rimane l'epicentro di quel mistero, il focus a cui tutto viene riferito e attribuito: l'area di equilibrio instabile su cui agiscono gli stimoli più disparati, dai disequilibri meccanici alle fragilità psicologiche.

Nell'instabilità rotulea, ecco prevalere invece la razionalità, la stretta logica dei numeri, dei “menù à la carte”. In questi casi i successi della chirurgia sono figli del calcolo, della valutazione accurata e meticolosa dei fattori predisponenti, della loro correzione millimetrica. Per tutti questi motivi ho amato particolarmente questa patologia, fin da quando, da giovane assistente, approdai, alla fine degli anni Ottanta, a una delle scuole più prestigiose e all'avanguardia di tutta Europa, il Centro di Chirurgia e Artroscopia del Ginocchio di questo Istituto, allora diretto dal mio maestro, Il Prof. Mario Bianchi.

Erano gli anni in cui, grazie agli studi di Goutallier con la TC e alla copiosa produzione scientifica della scuola lionese diretta da Henry Dejour, si stava abbandonando la fase pionieristica e si stava imparando ad affrontare la patologia femoro-rotulea in modo più logico e razionale. Il Prof. Bianchi e la sua scuola rappresentavano allora la più attiva, preparata e propositiva sponda italiana di questo nuovo movimento culturale.

Da allora, non abbiamo mai smesso di coltivare un particolare interesse e una sincera passione per la femoro-rotulea e i suoi aspetti patologici.

Per questo ho fortemente voluto dedicare un numero della nostra rivista a questo argomento, ospitando non solo le più autorevoli voci del nostro Istituto, ma cercando di coagulare i contributi di chi, in Italia, si è occupato con più dedizione a questo argomento; il tutto impreziosito, per mantenere il filo diretto fra Milano e Lione, dai lavori dell'amico David Dejour, autorevole rappresentante di quella scuola lionese che forse oggi più di ieri, grazie alla globalizzazione e alla capacità di aprirsi con più umiltà e disponibilità, è riconosciuta come leader a livello mondiale.

Quali i principali messaggi che vorrei fossero recepiti da chi legge questo numero della rivista?

Anzitutto la necessità di usare un linguaggio comune che permetta di capire ciò di cui si parla. Una classificazione appropriata e logica della patologia femoro-rotulea che metta ordine in un campo in cui, fra instabilità e dolore, condromalacia e malallineamento, sublussazione abituale e lussazione recidivante, i termini vengono spesso usati in modo non appropriato generando inevitabilmente una grande confusione.

Solo acquisendo un approccio logico e univoco è possibile affrontare correttamente il passo successivo; quello dell'indicazione e del trattamento di ogni singola patologia.

In questo campo la strada, ancora oggi, si divide nettamente, tra “sindromi dolorose” e instabilità.

Nel primo caso inquadrare e capire la causa del dolore, che spesso può non essere di origine rotulea,

è determinante per trovare le soluzioni terapeutiche più adeguate e corrette, non dimenticando mai che il ruolo della chirurgia, nella maggior parte di questi casi, è marginale, e addirittura, a volte, rischia di essere dannoso.

Di fronte a un'instabilità, invece, determinanti diventano le informazioni fornite da esami strumentali, che non possono essere generici, ma devono essere specifici e mirati alla patologia che si vuole studiare. In questi casi, il risultato del trattamento chirurgico, che è indubbiamente il più appropriato, dipendono strettamente da una corretta e meticolosa acquisizione di questi dati. È necessario pertanto sapere cosa si vuole cercare e come si deve cercarlo.

Un altro messaggio importante che vorrei emergesse dalla lettura di questo numero, in un periodo storico in cui l'artroscopia è diventato sempre più strumento “deus ex machina” per il chirurgo ortopedico, è che fra trattamento conservativo (più appropriato nelle sindromi dolorose) e chirurgia aperta (ancora fondamentale nel correggere le instabilità) l'artroscopia, nella diagnosi e nel trattamento della patologia femoro-rotulea, ha tutt'oggi un ruolo marginale che non va in nessun modo enfatizzato.

Questo è il principale patrimonio che ereditiamo dal passato e che è necessario acquisire per affrontare in modo corretto la patologia femoro-rotulea.

Ma quali sono le novità su cui porre la nostra attenzione? E le prospettive future?

Oggi sicuramente gli occhi con cui si guarda all'etiopatogenesi del dolore anteriore sono diversi. Non

si identificano più dolore e condromalacia perché la cartilagine non viene più considerata la sola possibile causa della sintomatologia. Sono stati introdotti concetti affascinanti quali l'omeostasi, che guardano alla femoro-rotulea come “articolazione-spia” di disequilibri più complessi che non coinvolgono solo il ginocchio, e si sta guardando oltre la cartilagine, al ruolo determinante dell'osso sottocondrale. Risposte certe tuttavia non ne esistono ancora e la sensazione è quella di trovarsi di fronte a una lunga strada da percorrere.

Nel campo delle instabilità i fondamenti e gli insegnamenti della scuola lionese, che ha concentrato principalmente la propria attenzione sui difetti ossei (lateralizzazione della tuberosità tibiale, displasia della troclea, altezza della rotula) come causa di sublussazione o lussazione, sono stati integrati e completati da numerosi studi giapponesi e americani che hanno evidenziato il ruolo determinante, per la stabilità della rotula, delle strutture capsulo-legamentose, e in particolare del legamento patello-femorale mediale (MPFL). Oggi conosciamo perfettamente l'anatomia e il ruolo di questo legamento, mentre una delle sfide del futuro sarà quella di capire quale, tra le numerose tecniche proposte attualmente in letteratura, è in grado di ricostruire più fedelmente questo legamento, e in quali casi tale ricostruzione è utile a restitui-

re stabilità alla rotula.

Nel futuro dovremo anche essere in grado di sciogliere un altro grande nodo: quello del trattamento dell'artrosi femoro-rotulea. Dopo un periodo di oblio si stanno riproponendo con nuovi disegni protesi femoro-rotulee o sostituti protesici di rivestimento che si spera abbiano miglior sorte rispetto agli impianti del passato. Probabilmente tutto ciò sarà ulteriormente superato dal contributo delle biotecnologie che, per un'articolazione così difficilmente riproducibile da un punto di vista meccanico, potrebbero rappresentare una soluzione alternativa di grande affidabilità. E infine un'ultima domanda: l'artroscopia continuerà a rimanere una tecnica marginale nel trattamento della patologia femoro-rotulea o contribuirà in modo determinante a traghettare la rotula verso il futuro così come è già avvenuto in altre patologie del ginocchio?

Di fronte a un quadro con ancora tante incognite, oggi l'importante è comunque fissare precisi paletti, in modo da rispondere con cognizione di causa e buon senso alle esigenze dei nostri pazienti. Nella patologia femoro-rotulea spesso non è semplice!

M. Berruto
2° Divisione di Ortopedia e
Traumatologia,
Istituto Ortopedico G. Pini, Milano

ABSTRACT

The Author explains the goal of the present issue, relating to past, present and future perspectives of patello-femoral pathology and treatment.