

## Meniscectomia o trattamento conservativo

F. PELLACCI, G. GALLI, M. LUGHI\*, H. ZMERLY  
Istituto Ortopedico Rizzoli - Bologna  
\*Clinica Ortopedica dell'Università di Parma

Di fronte a una lesione meniscale in un atleta di alto livello la maggiore difficoltà per l'ortopedico è quella di riportarlo alla competizione nel più breve tempo possibile. Occorre pertanto scegliere una terapia che permetta un rapido recupero in assenza di complicazioni immediate e future. Da qui la difficoltà del trattamento perché il più delle volte una terapia che garantisca una precoce ripresa non è sicuramente quella più sicura da complicazioni future. E' evidente quindi che la migliore indicazione terapeutica è senz'altro quella di preservare il menisco. Tuttavia la riparazione del menisco richiede un tempo di protezione e riabilitazione per la guarigione e l'assestamento dell'area riparata. Questo eliminerebbe la maggior parte degli atleti dalle gare. Con una meniscectomia parziale, invece, il tempo per una ripresa dell'atleta è relativamente più corto. Inoltre il ritorno a competere atleticamente comporterà un enorme stress e delle richieste funzionali molto grandi al menisco sollevando il problema della riottura in atleti sollecitati a dei ritmi molto vigorosi. Infatti il rischio di una successiva lesione meniscale in un atleta è più elevato che in un paziente non sportivo (analogamente all'eventualità di una prima lesione meniscale, più alta nell'atleta che nel non sportivo) con l'aggravante della necessità di un più lungo periodo di tempo richiesto al menisco leso per la seconda volta di guarire. Ovviamente la decisione per la sutura o per la meniscectomia parziale è individuale e deve essere attentamente esaminata dall'atleta. Una variabile estremamente importante è il livello di competizione dell'atleta. Per la maggior parte degli atleti amatoriali e per gli atleti in età scolare, la perdita di una stagione competitiva non è un prezzo troppo alto da pagare per riavere in futuro, dopo una sutura meniscale, nuovamente un ginocchio funzionale per poter partecipare così a molti anni di competizioni. Questo può essere valido anche per molti professionisti; tuttavia ci possono essere casi in cui la perdita di tempo necessaria alla ripresa dopo un intervento di sutura meniscale potrebbe essere un prezzo troppo elevato se confrontato ai benefici individuali che potrebbero potenzialmente derivare dalla partecipazione di quell'atleta a quella stagione di gare, persino considerando che un precoce ritorno all'attività agonistica (grazie alla meniscectomia parziale) potrebbe aumentare il rischio di degenerazione artrosica del ginocchio nel futuro. In caso di questa duplice possibilità per atleti amatoriali ad altissimo livello o per professionisti si propende (De Haven)



il più possibile per la sutura meniscale. Tuttavia, nella vasta tipologia delle lesioni meniscali esistono quadri che possono essere trattati in vari modi ed è appunto su questi quadri che abbiamo posto la nostra attenzione.

#### MATERIALI E METODI

Per questa relazione abbiamo rivisto le schede di 1.138 artroscopie eseguite da un unico ortopedico dal Giugno 1990 al Giugno 1994. Il totale delle lesioni meniscali è stato di 551 in 518 (45,5%) pazienti: 334 (66,6%) lesioni del menisco mediale; 151 (33,44%) lesioni del menisco laterale; in 33 casi era presente sia una lesione del menisco mediale che di quello laterale. Abbiamo adottato un criterio molto restrittivo nella classificazione degli sportivi ad alto livello prendendo in considerazione solo atleti nazionali o quelli appartenenti a categorie superiori, ed alla fine il totale di quelli sottoposti ad artroscopia del ginocchio per patologia varia è stato di 116 (10,2%) su 1.138. Mentre il totale degli sportivi ad alto livello affetti da lesioni meniscali è stato di 56 (48,2%) per un totale di 63 lesioni meniscali di cui lesioni del menisco mediale 41 (65%) (7 casi bilaterali) e 22 (35%) del menisco laterale. In 18 casi abbiamo associato un gesto chirurgico per il crociato anteriore. I 56 sportivi ad alto livello praticavano i seguenti sport: calcio 19, arti marziali 5, basket 5, volley 4, atletica 3, motocross 3, tennis 3, altri 14. Tratteremo le varie lesioni in rapporto alla terapia impiegata ossia in base ai risultati della astensione, meniscectomia e sutura.

#### ASTENSIONE

Quali sono le lesioni che secondo la letteratura non debbono essere trattate? Per la maggior parte degli AA. le lesioni che non debbono essere trattate sono quelle stabili. Occorre ricordare che i menischi hanno importanti funzioni di trasmissione e di assorbimento del carico e svolgono questa funzione persino quando sono lesionati purchè le fibre periferiche circonferenziali siano intatte (Seedhom 1974, Shrive 1974, Walker 1975, Krause 1976). Occorre chiarire quali siano i concetti secondo i quali una lesione venga considerata stabile: generalmente vengono considerate stabili le lesioni a spessore parziale o lesioni verticali longitudinali che non possono essere spostate per più di mm 3 dall'intatta rima periferica e non siano maggiori di 1 cm; anche una lesione radiale è considerata stabile quando coinvolga meno del terzo interno del menisco (Weiss 1989). Weiss (1989) su 1.316 lesioni meniscali analizzate ne ha trovate solo 80 (6%) stabili se poi si escludono 10 lesioni radiali, la frequenza delle lesioni meniscali longitudinali stabili è leggermente superiore al 5% (70 su 1.316). Di queste 70 lesioni (65 pazienti) 46 erano del menisco laterale e 14 del menisco mediale, 4 sia nel mediale che nel laterale e 1 in entrambi i menischi laterali. Il menisco è stato suddiviso in 5 zone ed in 3 aree uguali. Nella nostra casistica il totale dei casi nei quali abbiamo giudicato la lesione meniscale stabile è stato di 33 su 551 (6%) di cui 27 mediali e 6 laterali, percentuale che corrisponde esattamente a quella di Weiss, tuttavia nei 56 sportivi ad alto livello le lesioni considerate stabili sono state 10 (15,8%) su 63. Per il menisco mediale



in 7 casi abbiamo riscontrato una lesione stabile; in 2 casi una lesione superficiale femorale del corno posteriore in zona periferica; in 1 caso una lesione superficiale tibiale del corno posteriore in zona periferica; in 1 caso una lesione a tutto spessore < di cm 1 in zona periferica posteriore; in 3 casi una lesione a tutto spessore < di cm 0,5 in zona periferica posteriore. Per il menisco laterale in 3 casi abbiamo riscontrato una lesione stabile; in 1 caso una lesione superficiale femorale del corno posteriore; in 1 caso una lesione a tutto spessore < di cm 1 in zona periferica posteriore e in 1 caso una lesione a tutto spessore < di cm 0,5 in zona periferica anteriore. Non abbiamo riscontrato alcuna recidiva nelle lesioni considerate stabili negli atleti di alto livello. Nel lavoro di Weiss su 18 lesioni del menisco mediale «stabili»:

10 ( 56%) di lesioni parziali della superficie tibiale;  
2 (11%) di lesioni parziali della superficie femorale;  
6 ( 33%) di lesioni complete.

Su 44 lesioni del menisco laterale:

3 (7%) di lesioni della superficie tibiale;  
31 (70%) di lesioni della superficie femorale;  
2 (5%) di lesioni di entrambe le superfici;  
8 (18%) di lesioni complete;

33 erano localizzate nel 3° esterno della zona posteriore o post-giunzionale;

4 nell'area centrale della zona posteriore;

2 nell'area esterna della zona media;

3 nell'area centrale della zona post-giunzionale;

2 nell'area centrale della zona giunzionale anteriore;

delle 44 lesioni laterali 38 erano lunghe da mm 5 a 10 mentre 6 erano minori o = a mm 5. 36 erano lesioni parziali e 8 a tutto spessore. Nelle lesioni del menisco laterale risotoposte ad artroscopia (24) sono stati trovati i seguenti risultati: 12 casi guariti, 8 casi invariati e 4 casi con estensione della lesione rioperati di meniscectomia. Delle 6 lesioni radiali del menisco laterale 5 invariate e 1 con progressione. Non vi è stata correlazione fra lassità ligamentosa e cronicità della lesione. La lunghezza della lesione non sembra incidere sulla guarigione. E' stata ripetuta l'artroscopia in media 26 mesi dopo in 24 lesioni del menisco laterale e in 8 lesioni del menisco mediale. Nelle 24 lesioni del menisco laterale: 6 erano radiali (5 invariate e 1 operata di meniscectomia parziale) 18 erano longitudinale (12 guarite, 3 invariate e 3 rioperate). Nelle 8 lesioni del menisco mediale, 4 erano guarite, 2 invariate e 2 rioperate. Nelle 5 lesioni radiali non vi fu alcun segno di riparazione ciò a dimostrazione della scarsa capacità riparativa della porzione più interna del menisco.

### MENISCECTOMIA PARZIALE

E' generalmente riconosciuto che una meniscectomia parziale permette un recupero molto più veloce della sutura meniscale. Tutti noi però sappiamo che a lungo termine i cambiamenti degenerativi si sviluppano più nelle ginocchia che hanno subito una meniscectomia totale rispetto alle ginocchia in cui i menischi controlaterali sono intatti (Fairbank 1948, Jackson 1968, Tapper 1969, Appel 1970, Johnson 1974, Henning



1985) e che i cambiamenti degenerativi si sviluppano da 4 a 7 volte più frequentemente anche nelle ginocchia trattate con meniscectomia parziale rispetto alle ginocchia controlaterali intatte (Dandy 1975). Inoltre negli studi su animali i cambiamenti degenerativi post-meniscectomia sono risultati proporzionali alla quantità di menisco resecata. Ma oltre ai problemi degenerativi esiste anche il problema della recidiva della lesione meniscale: Fauno (1993) in 136 casi di meniscectomia parziale riporta il 22,8% di reinterventi (31 casi). In 21 (15,4%) fu necessario eseguire una meniscectomia più ampia. La frequenza delle resezioni fu maggiore nelle lesioni a flap, nelle quali in 7 casi fu necessaria una terza artroscopia. Sempre nelle lesioni a flap, l'incidenza del dolore e del versamento fu maggiore. Il dolore dopo esercizio fisico era più alto in modo significativo. Nel 15% vi fu una relativa ipotrofia dei quadricipiti. Il 53% dei pazienti (follow up 8,5 anni) ebbe cambiamenti degenerativi nel ginocchio operato ed il 22% nell'altro. Questo A. ha posto l'accento sull'importanza, nel determinismo delle lesioni degenerative, della associazione del varismo con la lesione mediale e del valgismo con la lesione laterale. Fauno riferisce minor dolore post-meniscectomia nelle lesioni a manico di secchia che nelle altre lesioni. Nella nostra casistica di 41 lesioni del menisco mediale abbiamo riscontrato: 14 lesioni a manico di secchia, 22 longitudinali del corno posteriore, 4 lesioni a flap, 1 lesione orizzontale. Abbiamo eseguito la meniscectomia in 27 casi (65,8%), un trattamento conservativo in 7 casi (17%), e la sutura in 7 casi (17%). Le recidive operate di meniscectomia sono state 2: si trattava di pazienti operati in altre strutture affetti precedentemente da lesione longitudinale che avevano in seguito sviluppato rispettivamente una lesione a flap e una lesione a manico di secchia. Le lesioni del menisco laterale sono state 22 (35%) di cui: 7 lesioni radiali del corpo, 7 lesioni longitudinali del corno posteriore, 4 lesioni a flap, 3 lesioni orizzontali, 1 lesione a manico di secchia in menisco discoide tipo Wrisberg. Abbiamo eseguito la meniscectomia in 18 casi (81,8%), la sutura in 1 caso (4,5%) e il trattamento conservativo in 3 casi (13,6%). L'unico caso di recidiva l'abbiamo avuto un giocatore di basket nel quale 22 mesi prima avevamo asportato il solo foglietto inferiore in una lesione orizzontale e che in seguito, dopo una nuova distorsione, aveva prodotto una lesione longitudinale del residuo meniscale. Quindi il totale delle recidive è stato di 3 (6,6%) su 45 meniscectomie.

## SUTURA

Tutti gli Autori sono del parere che la migliore indicazione terapeutica è senz'altro quella di preservare il menisco pertanto l'indicazione alla sutura si è molto estesa in questi ultimi anni. Accanto ad Autori estremamente restrittivi in tema di indicazione ve ne sono altri che hanno esteso l'indicazione a lesioni più complesse. La maggior parte degli AA. (De Haven) è del parere che lesioni < di mm 7 non richiedono sutura (o perché guariscono o perché sono asintomatiche). Sutura che è senza dubbio indicata nelle lesioni entro 1-2 mm dalla giunzione menisco sinoviale. Shelbourne (1993) esclude dalla sutura lesioni a flap o radiali inferiori al 50% a livello del corpo del menisco, lesioni a più di mm 5 dalla giunzione menisco sinoviale, lesioni orizzontali degenerative. Per Buseck (1991), in accordo con Henning, è importante un trattamento conser-



vativo anche nelle lesioni del terzo centrale soprattutto nei pazienti giovani e particolarmente attivi. Pur non essendoci studi sulle capacità riparative delle lesioni del terzo centrale, Buseck ritiene che il menisco sia da salvare a tutti i costi soprattutto negli sportivi ad alto livello. Per questo A. occorre suturare non solo le lesioni del terzo esterno, ma anche quelle del terzo centrale, le lesioni a flap e le lesioni doppie longitudinali. Veltri per le lesioni del menisco laterale è più verso la sutura rispetto al menisco mediale; infatti molti AA. riportano risultati peggiori per la meniscectomia parziale del menisco laterale. Per questo motivo Veltri preferisce suturare anche le lesioni radiali, ma solo nel menisco laterale. Riguardo ai risultati della sutura Buseck (1991) riporta che le suture del terzo esterno hanno avuto solo il 2% di insuccesso e che la maggior parte dei menischi parzialmente guariti sono nel terzo medio. De Haven riporta invece una percentuale di successo a 5 anni dell'89% (in lesioni periferiche in ginocchia stabili o poco instabili). Percentuale di successo che scende nel controllo a 10 e più anni al 79%. De Haven riporta una percentuale del 11% di insuccessi, percentuale che sale al 30% nei casi in cui non sia stato ricostruito il LCA e che è invece del 10% nei casi in cui sia stata associata la ricostruzione. Buseck (1991) in 79 casi di sutura in 65 ricostruzioni del LCA riporta: 63 casi (80%) guarigione, 11 casi (14%) guarigione parziale e 5 casi (6%) insuccessi. Dà importanza all'ampiezza della lesione meniscale. Inoltre le lesioni periferiche hanno ottenuto il 98% di guarigione, mentre quelle del terzo centrale il 79%. Infatti su 28 lesioni del terzo centrale suture ha riscontrato: 15 casi (54%) guarigione completa, 9 casi (32%) guarigione parziale e 4 casi (14%) di insuccesso. Buseck afferma che si può mantenere un programma di mobilizzazione aggressiva dopo ricostruzione del LCA anche se si associa sutura meniscale. Nell'85% dei menischi andati bene il ginocchio mostrava segni radiografici di normalità paragonato al 43% dei casi che avevano avuto una meniscectomia parziale (De Haven). Sommerlath e Gilquist dopo 7 anni dalla sutura trovarono invece solo il 25% di degenerazioni. De Haven la guarigione dopo sutura avviene in 6 settimane, ma la maturazione delle fibre collagene in 6 mesi. Sport pesante solo dopo 6 mesi. De Haven raccomanda di riprendere l'attività, dopo sutura, non prima di 6 mesi dall'intervento. Tuttavia la sutura meniscale non è esente da altre complicazioni, Small (1988) su 10.282 operazioni ha riscontrato un'incidenza di complicazioni dell'1,5% che è addirittura più bassa rispetto a quella della meniscectomia che è del 1,7%. Altri AA. riportano complicazioni del 13% al 38% (Barber 1987, Morgan 1986, Rosenberg 1986, Ryu 1988, Stone 1990). Nella nostra casistica su 63 lesioni menisicali ne abbiamo suture 7 mediali e 1 laterale. Abbiamo avuto una recidiva in caso operato di ricostruzione del LCA che in seguito a una nuova distorsione dovuta al fallimento della ricostruzione del LCA, riportò una nuova lesione a manico di secchia e fu nuovamente operato di meniscectomia. In un caso affetto da lesione longitudinale posteriore e lesione a flap, abbiamo asportato il flap ed eseguito la sutura della lesione longitudinale.

#### CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Dall'analisi della letteratura e dei nostri dati possiamo trarre alcune conclusioni che ci portano a un trattamento selettivo della lesione meniscale nello sportivo di



alto livello:

- di fronte a lesioni stabili per le considerazioni sopraprecisate riteniamo che il trattamento conservativo sia il più idoneo essendo la percentuale di recidive estremamente bassa;
- la meniscectomia parziale, anche se permette un rapido ritorno allo sport, non è priva di rischi degenerativi e di recidiva. Occorre essere molto generosi nel trattamento delle lesioni a flap;
- la sutura trova senza dubbio indicazione nelle lesioni periferiche più grandi di cm 1,2;
- non siamo d'accordo con Buseck sull'estensione della sutura alle lesioni radiali e ai flap ritenendo che in queste lesioni la percentuale di recidiva sia troppo alta.

