

## Rimozione di corpi mobili:

F. Pellacci - H. Zmerly  
Casa di Cura « Villa Erbosa » - Bologna.

### Introduzione

I corpi mobili endoarticolari del ginocchio rappresentano una patologia discretamente frequente. La tecnica di rimozione è solo in apparenza una chirurgia facile ma potrebbe mettere a dura prova la pazienza anche degli artroscopisti esperti.

L'inquadramento nosologico nell'ambito della patologia dei corpi mobili rappresenta una tappa fondamentale per realizzare un corretto trattamento in quanto non sono un'entità nosologica indipendente ma rappresentano una condizione anatomico-patologica comune a numerosi lesioni articolari.

In letteratura esistono due classificazioni, quella istologica di Simillie e quella anatomopatologica di Milgram. La classificazione istologica di Simillie (1974), distingue i corpi mobili in base al tipo di tessuto che li costituisce in : Fibrina, Tessuto fibroso, Fibrocartilaginei, Cartilagine articolare, Osteocartilaginei, Miscellanea. La classificazione anatomopatologica di Milgram (1977) comprende la condromatosi sinoviale, le fratture osteocondrali e le degenerazioni di tipo cartilagineo articolare.

Queste classificazioni risultano tuttavia indaginose e poco rispondenti a fini pratici, pertanto si è preferito ricorrere ad una classificazione eziopatogenetica (Pellacci 1988) che comprende:

- 1) Osteocondrite dissecante;
- 2) Fratture condrali ed osteocondrali;
- 3) Condropatie secondarie o in corso di :
  - Patologia femoro-rotulea;
  - Lesioni del legamento crociato anteriore o posteriore;
- 4) Condromatosi sinoviale;
- 5) Artrosi degenerativa;
- 6) Necrosi asettica;
- 7) Indefinite.

I corpi mobili possono essere asintomatici, Il quadro clinico è in genere legato alla presenza del corpo mobile, ai segni indiretti relativi all'irritazione sinoviale oltre che ai sintomi della malattia di base.

Fra i sintomi più frequenti vi sono i blocchi e i pseudoblocchi che sono presenti in misura variabile dal 30% all'80%, il dolore e la tumefazione; se il blocco si verifica in



continuazione, è certo che si produrranno alterazioni degenerative secondarie delle superfici articolari.

La diagnosi è clinica, radiografica ed artroscopica. La frequenza di corpi mobili radioopachi varia dal 65% al 76%. Sono utili radiografie oblique, assiali e proiezioni particolari per la gola; sono più visibili con la TAC o con la RMN.

#### Tecnica artroscopica

Il corpo mobile deve essere asportato qualora sia presente la sintomatologia clinica. L'aportazione di un corpo mobile mediante la tecnica artroscopica può essere la procedura più semplice e quella più difficile. Poiché ogni approccio artroscopico può essere necessario, il chirurgo deve avere familiarità con tutte le vie di accesso, in particolare rispettando il principio della triangolazione.

La tecnica di consiste nei 3 tempi fondamentali: la localizzazione, la presa e la rimozione.

1) Localizzazione : Attraverso le vie di accesso classiche si intraprende una ricerca sistematica di tutti i compartimenti della cavità articolare. L'utilizzo della cannula di aspirazione potrebbe agevolare la ricerca dei corpi mobili.

Si intraprende una ricerca sistematica della cavità articolare senza dimenticare che il corpo mobile può cambiare posizione. La sede più frequente di reperimento dei corpi mobili è nello sfondato quadricipitale, nel compartimento anteriore (Fig. 1), nei recessi mediali e laterali, ma li possiamo trovare anche sotto i menischi, nello iatus popliteo, nella gola, nel corpo di Hoffa e nel compartimento posteriore. I corpi mobili possono essere liberi, peduncolati o intrasinoviali.

Se necessario, non bisogna rinunciare ad un controllo radiologico intraoperatorio.

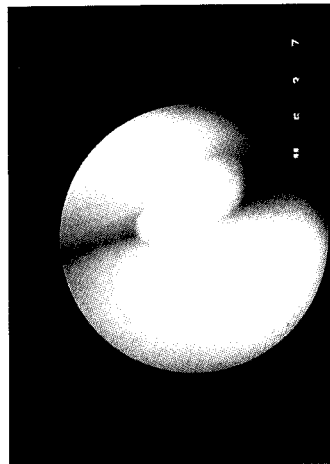


Fig. 1 Quadro artroscopico di corpo mobile nel compartimento mediale.





50 F. Pellacci - H. Zmerly

Una volta localizzato il corpo mobile, è importante fissarne la posizione in modo da poterlo afferrare ed asportare. L'immobilizzazione può essere con la pressione digitale oppure mediante un ago.

2) Presa: Una volta che il frammento sia stato localizzato e possibilmente bloccato, si deve inserire una pinza da presa che penetra facilmente in articolazione e permette di afferrare il frammento sotto osservazione artroscopica. La pinza, non necessariamente artroscopica, deve avere una apertura abbastanza grande e piccoli denti; il corpo mobile viene afferrato attraverso l'asse maggiore. L'utilizzo dei tubi metalli di aspirazione con forcipe permette una presa facile del frammento.

3) Rimozione: Il chirurgo deve accuratamente evitare che durante l'estrazione il frammento scivoli in un'altra sede dell'articolazione rendendo necessario reiniziare la procedura manovre e un'altra via di accesso, se il corpo sfugge durante l'estrazione potrebbe anche arrestarsi fra la sinoviale e la capsula. Se il frammento ha consistenza molle, la pinza può staccarne un piccolo frammento e lasciare una gran parte in articolazione. Nei casi di frammenti di grandi dimensioni, occorre allargare la via di accesso per permettere una agevole rimozione (Fig. 2).

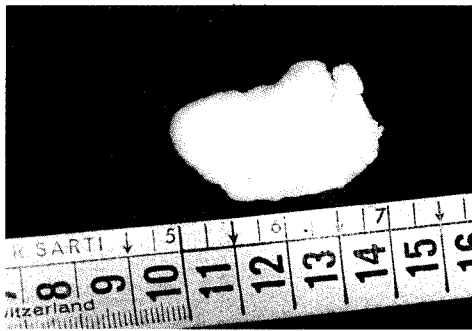


Fig.2 Corpo mobile di grandi dimensioni, occorre sempre cercare la sede di provenienza del corpo mobile

Il frammento potrebbe essere aspirato attraverso la cannula dell'artroscopio quando le sue dimensioni lo permettono; l'aspirazione è anche utile quando i corpi mobili sono numerosi come nei casi della condromatosi sinoviale. La rimozione attraverso la tecnica di McGinty consiste nell'afferrare il corpo mobile e spingerlo contro la parete opposta dove viene estratto con una seconda incisione.

Un piccolo trucco è quello di portare il corpo mobile nello sfondato quadricipitale, chiudere tutte le vie di fuga, cioè bloccare con le mani i recessi, chiudere l'irrigazione dell'acqua e l'out, in modo di avere una situazione di stasi e non di turbolenza all'interno del ginocchio; in questa maniera è possibile evitare spiacevoli inconvenienti.

L'indicazione alla fissazione del frammento, nella sede di distacco, nei casi di fratture osteocondrali è legata alle condizioni del frammento qualora presenta una discreta componente ossea, alla sede della lesione in una superficie sottoposta al carico e alla data recente della lesione.



**Conclusioni**

La tecnica artroscopica è stata un progresso in questa patologia. E una chirurgia abbastanza frequente, che è apparentemente semplice ma può diventare difficile. Richiede quindi una buona esperienza artroscopica da parte del chirurgo.

In conclusione i corpi mobili sono un'entità anatomo-clinica e non una malattia, oltre alla loro rimozione occorre indagare sempre sulla loro origine per stabilire la prognosi in termini di probabilità di recidive e decidere il trattamento idoneo della malattia di base.

**Bibliografia**

- 1) Dandy DJ, O'Carroll PF: The removal of loose bodies from the knee under arthroscopic control. *Journ. Bone Joint Surg.* 64-B, N° 4, 473-474, 1982.
- 2) Kumar VP, Satku K.: Arthroscopic retrieval of loose bodies. *Arthroscopy*, Vol 10, N°6: 696-697.1994.
- 3) McGinty JB: Arthroscopic removal of loose bodies. *Orthopedic clinics of North America*. Vol. 13, N° 2, 313-328, 1982.
- 4) Milgram J.W.: The development of loose bodies in human joints. *Clinical orthopedics and related research*, 134, 292-303, 1977.
- 5) F. Pellacci, S. Gagliardi et al : La chirurgia artroscopica nella patologia endoarticolare del ginocchio del bambino. *Atti del III Corso Teorico - Pratico di Chirurgia Artroscopica*. La Fotocromo Emiliana Editrice. Bologna 1989.
- 6) Smillies I.S.: *Diseases of the knee joint*. Churchill-Livingstone, 1974.

