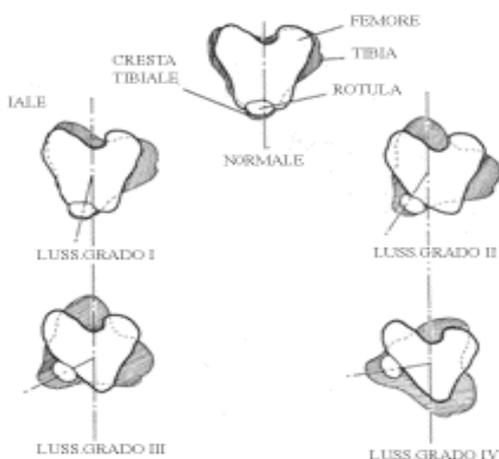


LA LUSSAZIONE ROTULEA MEDIALE NEL CANE

La lussazione rotulea mediale nel cane è una patologia dello sviluppo a predisposizione ereditaria che colpisce cani di tutte le taglie con maggiore incidenza nei soggetti di taglia piccola e toy.

La sua eziologia non è stata ancora del tutto chiarita; è certa però la presenza di una alterazione del meccanismo estensorio del ginocchio.

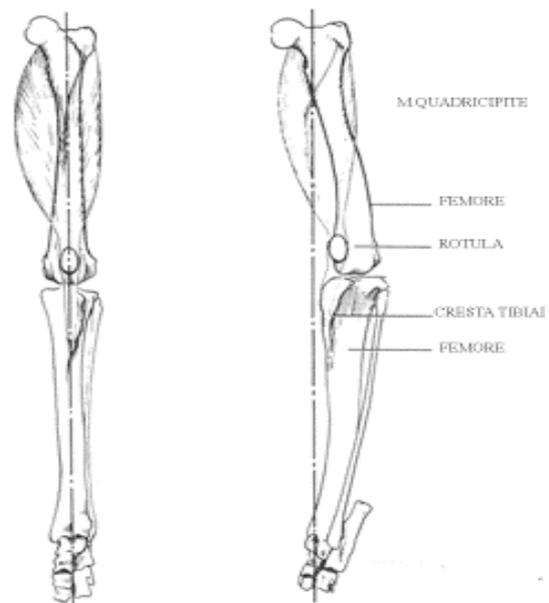
Secondo alcuni autori tale patologia, nella maggior parte dei casi, sarebbe da attribuire alla presenza di alterazioni anatomiche a carico dell'epifisi prossimale del femore: coxa vara (diminuzione dell'angolo cervico-diafisario) e una diminuzione dell'anteversione (che esprime l'angolo formato tra l'asse cervicale e quello transcondilare del femore).



A queste primitive anomalie consegue una non omogenea distribuzione delle forze che agiscono in particolare a livello di femore distale e tibia prossimale, questo provoca inarcamento laterale del femore con deviazione in

varo e torsione laterale dell'epifisi distale, displasia della troclea e deviazione in varo dell'epifisi prossimale della tibia.

L'alterazione dell'anteversione e la torsione laterale del femore, insieme all'intrarotazione della tibia concorre alla dislocazione mediale del quadricipite che a sua volta provoca la deviazione mediale della cresta tibiale, dotata di un nucleo di ossificazione proprio.



NORMALE

LUSSAZ. MEDIALE

La pressione fisiologica esercitata dalla rotula sulla troclea femorale modula la crescita dei condrociti nella sua porzione centrale forgiando il solco trocleare che appunto nei soggetti predisposti è scarsamente profonda (perché viene a mancare la pressione esercitata dalla rotula) e con labbro mediale ipoplasico.

La diagnosi di lussazione mediale viene effettuata in base ad un esame clinico-ortopedico.

L'esecuzione di esami radiografici mette in evidenza l'entità delle eventuali deviazioni angolari.

L'osservazione del soggetto evidenzia atteggiamenti posturali e deambulatori tipici che vanno dalla zoppia intermittente o deambulazione in posizione acquattata ad un atteggiamento di defecazione, ginocchia vare e intrarotazione delle porzioni distali degli arti.

Alla palpazione si potranno apprezzare una ipotrofia muscolare, estasia dei fondi ciechi sinoviali, la localizzazione della rotula e la sua possibile dislocazione, in questo caso sarebbero utili i movimenti di flessione-estensione e rotazione dell'arto.

In alcuni casi la rotula potrebbe essere lussata manualmente e ritornare in sede al rilascio della pressione, in altri potrebbe essere ridotta solo temporaneamente, in altri casi invece la riduzione è praticamente impossibile.

(classificazione in I°-II°-III°-IV° grado)

La terapia di elezione è l'intervento chirurgico che ha il fine di riallineare il meccanismo estensorio del ginocchio e che va eseguito il più precocemente possibile (soprattutto nei soggetti giovani con lussazione di grado elevato) al fine di prevenire le alterazioni muscolari come la contrattura del quadricipite e le gravi deformità scheletriche descritte in precedenza. Il tipo di intervento è scelto in relazione al grado di lussazione e alle alterazioni radiografiche.

CASO CLINICO

Tappo; Jack Russel Terrier, M, 45gg
Al momento della visita, Tappo presentava una lussazione mediale bilaterale congenita delle rotule, riusciva a stento a rimanere in stazione e a deambulare (con zoppia marcata), ipotrofia muscolare, intrarotazione distale degli arti, ginocchia semiflesse, rotule costantemente lussate e troclee poco profonde. L'esecuzione di un esame radiografico degli arti posteriori in proiezione dorso-palmare mette in evidenza le deviazioni angolari di femore e tibia tipiche dei cani affetti da una grave lussazione di rotula, la posizione ectopica di quest'ultima e la deviazione mediale della cresta tibiale, punto di inserzione del legamento tibio-rotuleo.

Tappo è stato quindi sottoposto a due interventi chirurgici a distanza di 15gg.

ANESTESIA

PREMEDICAZIONE: Metadone 0,2 mg/Kg

INDUZIONE: Fentanyl 2 microgr/Kg, Propofol 4mg/Kg

MANTENIMENTO: Isoflurano

BLOCCO NEURO-MUSCOLARE:

Lidocaina 2%.

Nervo sciatico: componente peroneale (0,2 ml), componente tibiale (0,2 ml). Nervo femorale (0,2 ml)

CHIRURGIA

L'approccio all'articolazione femoro-tibio-rotulea avviene tramite una

incisione parapatellare laterale(vedi”An Atlas of Surgical Approaches to the Bones and Joints of the Dog and Cat”,Piermattei)

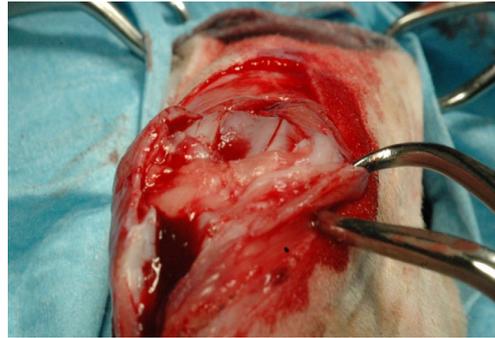


Plastica del solco trocleare con riposizionamento

Tramite due incisioni sulla troclea si ricava un cuneo a forma di V(Fig.).



Una seconda incisione permetterà al cuneo,una volta riposizionato,di alloggiare in una troclea più profonda della precedente(Fig).



La giovane età del cane e quindi la scarsa mineralizzazione dell'osso permettono in questo caso di usare per le incisioni una lama di bisturi N°10.Il nuovo solco trocleare è ancora ricoperto da cartilagine ialina, i suoi margini invece si ricopriranno di tessuto fibro-cartilagineo.Non occorrono mezzi di fissazione interna perché sarà la pressione esercitata dalla rotula a garantirne la stabilità.

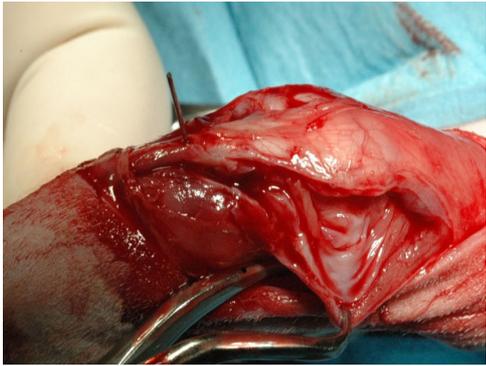
Trasposizione della cresta tibiale

Il riposizionamento laterale della cresta tibiale mira a riallineare il quadricipite e quindi il meccanismo estensore relativo alla troclea femorale.

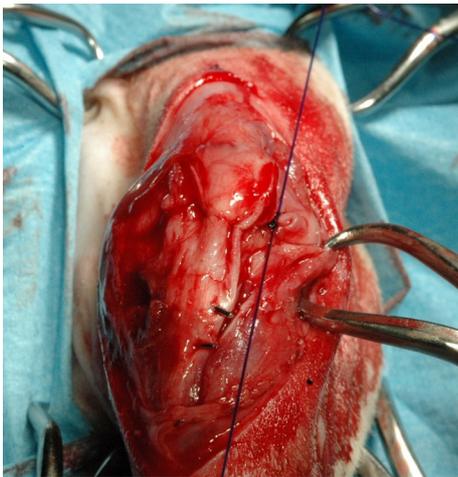
Il muscolo tibiale craniale viene sollevato dalla superficie della tibia ,si procede così alla osteotomia della cresta tibiale utilizzando anche in questo caso una lama di bisturi N°10(fig),prestando particolare attenzione a lasciare in situ le inserzioni distali di tessuto molle.



Il margine laterale dell'osteotomia è rimosso con una pinza ossivora per facilitare l'alloggiamento della cresta tibiale in posizione laterale. La stabilizzazione della cresta nella sua nuova sede è garantita da due chiodi di Kirschner.(fig)



Per stabilizzare ancora di più la rotula nella sua nuova sede, si crea un nuovo legamento rotuleo laterale tramite un filo di sutura in materiale non riassorbibile che viene fatto passare intorno alla rotula (imbrigliamento) e che poi viene fissato alla fabella laterale.(fig)



Tappo è stato rivisitato a distanza di 5 e 13 giorni da ciascun intervento chirurgico per il controllo della sutura e la rimozione dei punti.

Le visite di controllo a scadenza bisettimanale accertavano il recupero

funzionale che dopo 60 giorni era totale.

Dott. Gian Mauro Ferrara, Med. Vet.