

Per il trattamento di un organo estremamente complesso

Dalla diagnosi alla terapia, una nuova Unità per Piede e Caviglia

di Riccardo Scagni

La Chirurgia del Piede e della Caviglia è una specialità che ha raggiunto negli ultimi anni un valore di notevole interesse nell'ambito chirurgico ortopedico, tanto da assumere la dignità di vera e propria branca super-specialistica, come già - da molto tempo - la Chirurgia della Mano.

In questi campi sono stati fatti enormi progressi nelle procedure e nei materiali per ridurre considerevolmente i tempi chirurgici e post-operatori.

Il piede e la caviglia rappresentano un segmento anatomico che necessita di **estrema precisione e padronanza delle tecniche chirurgiche**; non a caso, spesso vi si dedicano ortopedici specialisti in Chirurgia della Mano.

Le richieste di consulenze ed i conseguenti trattamenti chirurgici sono sempre più frequenti e pressanti.

Come si può quindi capire, il piede e la caviglia necessitano di attenzioni particolari:

per questo, nell'intento di fornire un servizio di qualità, ma allo stesso tempo agile e facilmente fruibile, Ospedali Privati Forlì ha deciso di attivare un Servizio di Chirurgia del Piede e della Caviglia che consentirà di ridurre ulteriormente i tempi di attesa, offrendo al contempo una prestazione di altissimo livello.

Il servizio nasce per fornire un punto di riferimento in Romagna per tutti i pazienti affetti da patologie del piede e della caviglia, ma anche per i medici di base, i pediatri, i fisioterapisti e i neurologi che non abbiano interlocutori di fiducia o facili da raggiungere. Ospedali Privati Forlì attiverà, quindi, differenti tipologie di ambulatorio presso la clinica di Villa Serena: nello specifico, un **Ambulatorio del Piede pediatrico**, per utenti dagli 8 ai 14 anni; un **Ambulatorio del Piede neurologico**, un **Ambulatorio del Piede degenerativo** ed un **Ambulatorio della Caviglia**, in modo da coprire

tutto lo spettro di patologie legate al distretto piede-caviglia, da quelle più comuni a quelle legate ad un periodo particolare della vita.

Il piede è un organo di movimento estremamente complesso, costituito da uno scheletro composto da 26 ossa articolate tra loro, che sfrutta, per i propri movimenti, un complicato sistema di forze muscolari, tendinee, capsulari, ligamentose e aponeurotiche.

Il piede rappresenta una struttura che si deve adattare contemporaneamente al piano statico per mantenere l'appoggio, e alle forze dinamiche per assicurare lo spostamento; deve, insomma, effettuare quello che si può definire un "compromesso meccanico" tra una struttura rigida (ossa e legamenti) e strutture dinamiche (muscoli e tendini).

Il piede si deve adattare alle svariate situazioni che si riscontrano durante la marcia (terreno liscio o irregolare, scale, sabbia, ghiaia, etc), deve assicurare la stabilità in condizioni di riposo e, allo stesso tempo, adattare e ammortizzare la trasmissione delle forze discendenti e ascendenti nel corso della marcia.

Ci mantiene in contatto, o meglio, in relazione con l'ambiente: è pertanto fondamentale che conservi la motilità più completa possibile con i suoi motori in totale efficienza.

Nello specifico, il piede può essere definito un organo propriocettivo, dove la **propriocezione** è l'insieme dei messaggi inviati al sistema nervoso centrale da fibre sensitive, connesse a recettori specializzati interni a muscoli, legamenti e articolazioni. I recettori propriocettivi sono organi nervosi estremamente specializzati e sono presenti in numero elevato nelle strutture articolari, soprattutto su legamenti e capsule; il loro compito è quello di inviare continuamente informazioni sullo stato di stiramento di tali tessuti per permettere al nostro sistema nervoso di reagire in modo adeguato ed estremamente rapido con contrazioni della muscolatura, idonee



le divisioni

6

a stabilizzare l'articolazione e, quindi, conservare i rapporti articolari stessi, anche in situazioni dinamiche particolarmente stressanti per la caviglia.

Tali recettori forniscono anche le informazioni al cervelletto, insieme ai recettori visivi, vestibolari e uditivi, necessarie per il mantenimento dell'equilibrio nello spazio. Nel piede i propriocettori si situano in particolare sulla capsula e sui legamenti dell'articolazione tibiotarsica, sottoastragalica e metatarso-falangea dell'alluce.

La **degenerazione del piede**, che interessa pazienti tra l'età media e l'età avanzata, porta ad alterazioni che accompagnano il fisiologico invecchiamento del piede in tutte le sue componenti: la più diffusa è l'artrosi, ovvero un'alterazione dei tessuti articolari che causa dolore e riduzione del movimento ma anche deformazioni e iperostosi, distacchi ossei e corpi mobili, tendinopatie e rotture tendinee, ulcere cutanee.

Ma non dobbiamo dimenticare le forme reumatoidi che presentano spesso evoluzioni molto aggressive.

Spesso si tratta di quadri clinici molto invalidanti che vanno ad incidere sulla vita lavorativa, sportiva e sociale: per questo, dopo un'attenta valutazione del paziente e gli opportuni esami clinici e strumentali, è necessario decidere un percorso terapeutico idoneo, che può essere di tipo chirurgico, conservativo (farmacologico o riabilitativo), o prevederli entrambi.

Un'altra delle patologie più frequenti nell'ambito della Chirurgia del Piede e della Caviglia è l'**alluce valgo**, sul quale esistono

ancora non pochi dubbi (e non solo da parte dei pazienti) su quando (e se) sia opportuno sottoporsi all'intervento chirurgico. Nonostante una sorta di leggenda metropolitana che narra quanto questo tipo di intervento sia tra i più dolorosi nel vasto panorama della chirurgia ortopedica, si tratta di una disfunzione semplice, facilmente diagnosticabile e, in mani esperte, anche facilmente trattabile, senza contare che le tecniche attuali, sempre più atraumatiche e precise, consentono un recupero rapido. Le premesse fanno però capire come spesso si riscontrino gravissime deformità dell'avampiede causate da un ritardo eccessivo nella diagnosi e, soprattutto, nel trattamento.

L'alluce valgo non è altro che la deviazione verso l'esterno della prima falange dell'alluce rispetto al primo metatarso; le cause sono molteplici e complesse ma, a prescindere da queste, occorre ribadire che siamo di fronte ad un disturbo di notevole importanza per l'economia della funzionalità del piede e, quindi, per la deambulazione stessa.

Si tratta, quasi sempre, di forme con una significativa tendenza all'evoluzione e, quindi, al peggioramento, con interessamento delle dita vicine che si possono deformare (tipici, in questo senso, il dito a martello e il "cross-over" tra alluce e secondo dito); per questo il consiglio che voglio dare è di non attendere che si presentino complicanze, ma di consultare lo specialista da subito, dal momento che i migliori risultati si ottengono sempre nelle fasi iniziali.

La sintomatologia postoperatoria è scarsamente significativa e comunque non sostanzialmente differente da altri interventi

di chirurgia ortopedica sul piede o su altri segmenti scheletrici.

La deambulazione è consentita già in prima giornata postoperatoria con una calzatura specifica detta "in talo".

Il trattamento postoperatorio consiste in mobilizzazioni assistite della metatarsofalangea dell'alluce da iniziare dopo 15 giorni dall'intervento, massaggi di scollamento sulle cicatrici con uno specifico gel dopo 40 giorni e magnetoterapia a domicilio per 30 giorni.

Un altro ambito di intervento del nuovo Servizio di Ospedali Privati Forlì riguarda il **trattamento del piede**, in particolare in **età infantile**: è fondamentale infatti che quest'organo conservi la più totale efficienza a partire dal periodo evolutivo. Il bambino ha un valgismo fisiologico del retro piede all'inizio della deambulazione che diminuirà progressivamente dopo i 5-6 anni. Il piede piatto valgo è un'alterazione morfologica del piede, molto diffusa, che occorre valutare tempestivamente: la diagnosi è estremamente semplice e comprende un controllo della deambulazione, un'indagine statica sul podoscopio e una radiografia in ortostatismo (cioè in posizione eretta).

In base a questi parametri si deciderà se procedere o meno al trattamento chirurgico. Solo una minima parte di piedi che appaiono inizialmente piatti valghi arriverà ad un trattamento.

All'età di 8-9 anni il piede trova la sua conformazione definitiva. Nei casi in cui siano ancora presenti una pronazione significativa del retro piede o segni di sovraccarico come "stanchezza del piede" dopo attività



Responsabile del servizio di Chirurgia del Piede e della Caviglia di Ospedali Privati Forlì è il dottor Riccardo Scagni, Specialista in Ortopedia con indirizzo in Chirurgia della Mano e Microchirurgia Ortopedica. Il dottor Scagni si occupa di Patologia e Chirurgia del Piede e della Mano da circa 20 anni e collabora con Ospedali Privati Forlì dal 2001. Vanta una casistica specifica su piede e mano di oltre 10.000 interventi.



sportiva e precoci tendinopatie del tibiale posteriore, sarà necessario intervenire chirurgicamente.

Questa procedura, quando vi è l'indicazione, non deve essere vista come l'ultima risorsa ma come l'unica.

Per il trattamento viene utilizzata da molti anni l'endortesi ad espansione installata nel seno tarsale, effettuando la cosiddetta artroresi cioè elevazione della sottoastraglica. Si tratta di un trattamento con un duplice effetto: meccanico inizialmente e propriocettivo in seguito.

L'intervento avviene in anestesia generale. Per l'intervento non viene utilizzato alcun tipo di laccio emostatico e si impiegano circa 3-4 minuti. Dopo l'intervento il piede va immobilizzato per 8 giorni, concedendo il carico in seguito, con tutore per altri 8 giorni e poi libero, con il divieto di svolgere attività sportiva (eccettuato il nuoto, concesso subito) per 2 mesi.

L'Ambulatorio della Caviglia, infine, si occupa del **trattamento protesico dell'articolazione tibio-tarsica**, una tipologia di intervento ancora non molto conosciuto, ma che personalmente utilizzo da tempo con successo, ritenendolo anche in pazienti "giovani" (al di sotto dei 50 anni) una valida alternativa all'artrodesi, in caso di artrosi

della caviglia (evento sempre più frequente soprattutto a causa dei traumi che coinvolgono l'articolazione, dalle distorsioni alle fratture, alle lesioni legamentose).

L'artrodesi, cioè la fusione articolare indotta chirurgicamente dell'articolazione tibio-tarsica, è un trattamento invalidante e irreversibile ma con indicazioni ancora ampie; per questo, in generale, ogni paziente va studiato in base ad una serie di parametri che nell'insieme portano alla scelta del trattamento.

Ad esempio, mentre per un lavoratore di 37 anni che debba trasportare pesi su terreni accidentati o su pontili è maggiormente consigliabile un'artrodesi, più "sicura" in termini di stabilità e sicuramente più "forte" nel sopportare carichi per molti anni, per una donna di 34 anni con un lavoro sedentario e magari con la voglia di portare calzature con un po' di tacco, risulta preferibile sicuramente un'artroprotesi.

Nel paziente giovane con una grave artropatia dell'articolazione tibiotarsica (quasi sempre per esiti traumatici) risulta estremamente utile effettuare prima, quando possibile, un'estesa artroliasi, ovvero un'accurata pulizia articolare, con il duplice effetto di concedere ancora un po' di tempo al paziente prima di effettuare l'artroprotesi e, non meno importante, di creare

un'articolazione parzialmente mobile per qualche anno, permettendo di effettuare in seguito l'artroprotesi in un contesto ancora lievemente funzionante; nel paziente anziano invece quest'ultima soluzione, laddove è indicata, è preferibile all'artrodesi perché consente una più rapida mobilizzazione e tempi di recupero più veloci.

Il decorso postoperatorio prevede una breve immobilizzazione con tutore, quindi un'intensa rieducazione fisiochinesiterapica, sia in acqua che in palestra.

