



L'alluce valgo

Un nuovo intervento mini-invasivo



■ della Dr.ssa Lucia Bondi, chirurgo, specialista in Ortopedia e Traumatologia e del Dr. Corrado Minardi, podologo

L'alluce valgo è una patologia molto comune del piede, colpisce prevalentemente le donne, in un'età compresa tra i 40 e i 60 anni e in Italia circa il 40% ne sembrerebbe affetta.

Numerose sono le tecniche chirurgiche utili alla correzione dell'alluce valgo, ma gli interventi tradizionali sono noti per essere dolorosi nell'immediato post-operatorio e per avere un lunga riabilitazione. Da poco tempo viene utilizzata in Italia una nuova tecnica chirurgica, conosciuta col nome di percutanea o Mis (Minimal Incision Surgery), ideata negli anni '90 da Stephen Isham e introdotta in Europa da Mariano De Prado. Questa metodica sta divenendo estremamente popolare, poiché presenta un post-operatorio quasi privo di dolore e, dal punto di vista riabilitativo, più rapido se paragonato alle tecniche tradizionali.

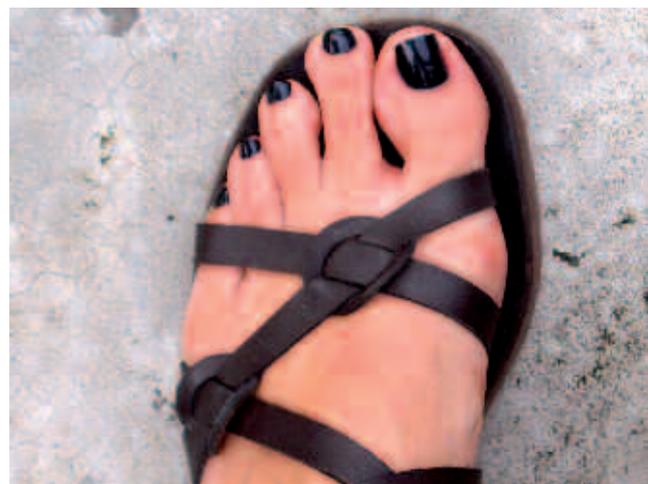
COS'È L'ALLUCE VALGO

Il primo a descrivere l'alluce valgo fu Laforest nel 1782, chirurgo di corte di Luigi XVI di Francia, che ne attribuì le cause alle scarpe troppo strette e con il tacco troppo alto. In realtà, nella forma più comune, è una patologia ad eziologia multifattoriale in cui la componente ereditaria possiede un ruolo fondamentale. Per definizione l'alluce valgo è una deformità della I articolazione metatarso-falangea, caratterizzata dalla deviazione laterale dell'alluce, dallo spostamento mediale del I

metatarso e dalla lussazione dei sesamoidi, i due ossicini che si trovano sotto la testa del I metatarso.

Clinicamente l'alluce si presenta deviato lateralmente, a volte ruotato e spesso con una iper-estensione dell'articolazione interfalangea, conseguente alla limitazione articolare della metatarso-falangea corrispondente (fig. 1).

Caratteristica è la presenza di una "protuberanza" sul versante interno della testa del I metatarso, più o meno voluminosa, comunemente conosciuta col nome di "cipolla", a cui si può associare una borsite generata dall'attrito tra il piede e la calzatura. A livello della "cipolla" spesso la cute appare tesa, lucida, sottile e arrossata e, nei casi più gravi, ulcerata. Non di rado alla deviazione dell'alluce si associa la deformità a martello o ad artiglio del secondo dito,



causata dalla ripercussione sui raggi esterni della insufficienza metatarso-falangea del primo raggio (**fig. 2**).

Con il progredire della patologia, il secondo dito può andare incontro a una sublussazione o a una lussazione e, deviando medialmente, si sovrappone all'alluce, rendendo quasi impossibile calzare la scarpa. Nelle forme più avanzate la dislocazione dorsale del 2° e successivamente del 3° e del 4° dito, provocando un aumento della pressione plantare sulle teste dei metatarsi corrispondenti, determina la comparsa di metatarsalgie spesso resistenti al trattamento ortesico.

IL TRATTAMENTO: INDICAZIONI

Il trattamento conservativo è utile nei casi di alluce valgo asintomatico o in quei casi in cui non è possibile, per vari motivi, effettuare l'intervento, tuttavia non è da considerarsi risolutivo. Tale trattamento incruento deve essere in grado di alleviare i sintomi, come il dolore in corrispondenza della "cipolla" e delle teste metatarsali, e deve garantire una migliore distribuzione dei carichi senza aggravare la progressione della patologia. Obiettivi che si possono raggiungere calzando scarpe in pellame o materiale morbido, con pianta larga e tomaia alta e utilizzando dispositivi ortesici, realizzabili su misura dal podologo, quali plantari, ortesi in silicone, feltraggi e bendaggi funzionali.

L'obiettivo del trattamento chirurgico è invece quello di correggere la deformità e di mantenere un avampiede funzionale dal punto di vista biomeccanico. L'intervento però è indicato solo quando il paziente lamenta dolore o se la deviazione dell'alluce è responsabile di uno squilibrio dell'appoggio e quindi della deambulazione. A mio parere interventi che abbiano solo un fine estetico vanno assolutamente sconsigliati.



fig. 1

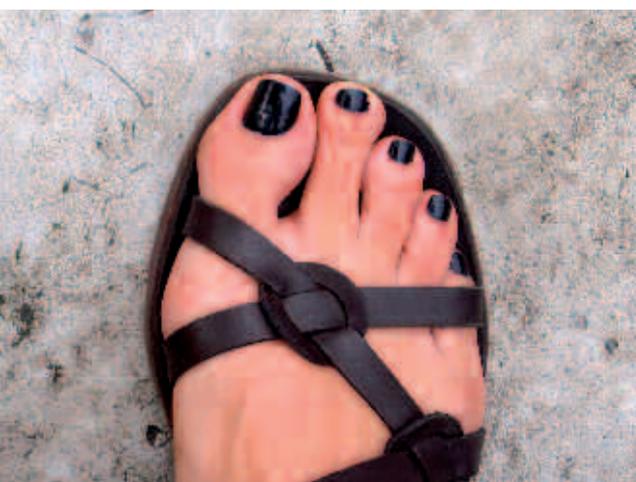


fig. 2



fig. 3



fig. 4



LA TECNICA PERCUTANEA O MIS

La tecnica percutanea è una metodica applicabile a gran parte delle patologie del piede e in particolare all'alluce valgo, alle dita a martello o ad artiglio, al V dito varo e alle metatarsalgie. La sua principale indicazione è rappresentata dall'alluce valgo di grado lieve e moderato, la cui valutazione deve essere effettuata da uno specialista su un esame radiografico eseguito dal paziente sotto carico. Si intende per alluce lieve o moderato un alluce che presenti un angolo intermetatarsale, formato dagli assi del I e del II metatarso, non superiore a 20° (fig. 3).

Naturalmente la scelta della tecnica chirurgica più idonea non si effettua solo sull'esame radiografico, ma si basa sulla valutazione di altri fattori. L'età, l'attività quotidiana, l'attività sportiva e la concomitanza o meno di patologie sistemiche o locali rappresentano elementi fondamentali nella scelta della metodica più appropriata. L'intervento viene eseguito in anestesia loco-regionale o troncale, si può pertanto effettuare anche in regime di day hospital, e non necessita dell'uso della fascia ischemica o "tourniquet", utilizzata nella chirurgia a cielo aperto a evitare l'afflusso di sangue nel campo operatorio.

La tecnica consiste nell'esecuzione di micro-incisioni cutanee o "forellini" attraverso cui, inserite piccole frese, si effettuano l'asportazione della esostosi e le osteotomie di riallineamento dell'alluce, il tutto sotto controllo di immagini ottenute

con un apparecchio di brillantezza. Attraverso le incisioni della cute, le frese operano tagli per loro natura stabili, senza danneggiare i tessuti molli circostanti e in particolare la capsula articolare. Non sono pertanto necessari mezzi di sintesi (fili, placche, viti, cambre), che potrebbero favorire l'insorgenza di intolleranze, infezioni o necessitare di un secondo intervento di rimozione.

La stabilità delle osteotomie, così eseguite, permette di concedere il carico con una calzatura apposita, non appena regredisce l'anestesia, in genere poche ore dopo il termine dell'intervento. In questa fase il paziente può deambulare per piccoli tratti possibilmente in ambiente domestico. Dopo circa 7-15 giorni, rimosso il bendaggio e applicato uno spaziatore tra alluce e secondo dito, si indossa una calzatura comoda, di tipo sportivo e con suola rigida. Lo spaziatore va mantenuto altre 2-3 settimane, a giudizio dell'operatore, ma è già possibile svolgere altre attività come guidare. A due mesi dall'intervento si può riprendere l'attività sportiva e ritornare completamente alla vita di tutti i giorni (fig. 4-5).

È facile comprendere come la tecnica appena descritta presenti numerosi vantaggi:

- la via di accesso (i forellini), così poco invasiva, riduce notevolmente il dolore post-operatorio, spesso insopportabile e tanto temuto dal paziente negli interventi di correzione tradizionali. Le cicatrici cutanee, grazie alle microincisioni, normalmente a distanza di tempo divengono invisibili;
- la stabilità delle osteotomie, permettendo un carico quasi immediato, riduce il periodo di riabilitazione;
- l'assenza dell'uso del "tourniquet", preservando l'apparato linfatico e venoso, riduce il pericolo di tromboflebiti e di edema nel post-operatorio, frequenti in chirurgia del piede.

Pertanto una breve durata dell'intervento, in media 20 minuti (circa un'ora negli interventi tradizionali), un post-operatorio più semplice e meno doloroso, una deambulazione praticamente immediata e le minori complicanze rendono questa tecnica particolarmente gradita dal paziente. Non va dimenticato però che è il chirurgo a dover scegliere la tecnica più appropriata per ogni piede, che sia essa tradizionale, percutanea o "ibrida" (un misto delle due tecniche), con lo scopo di scegliere la metodica più risolutiva e al tempo stesso vantaggiosa per il paziente. ■

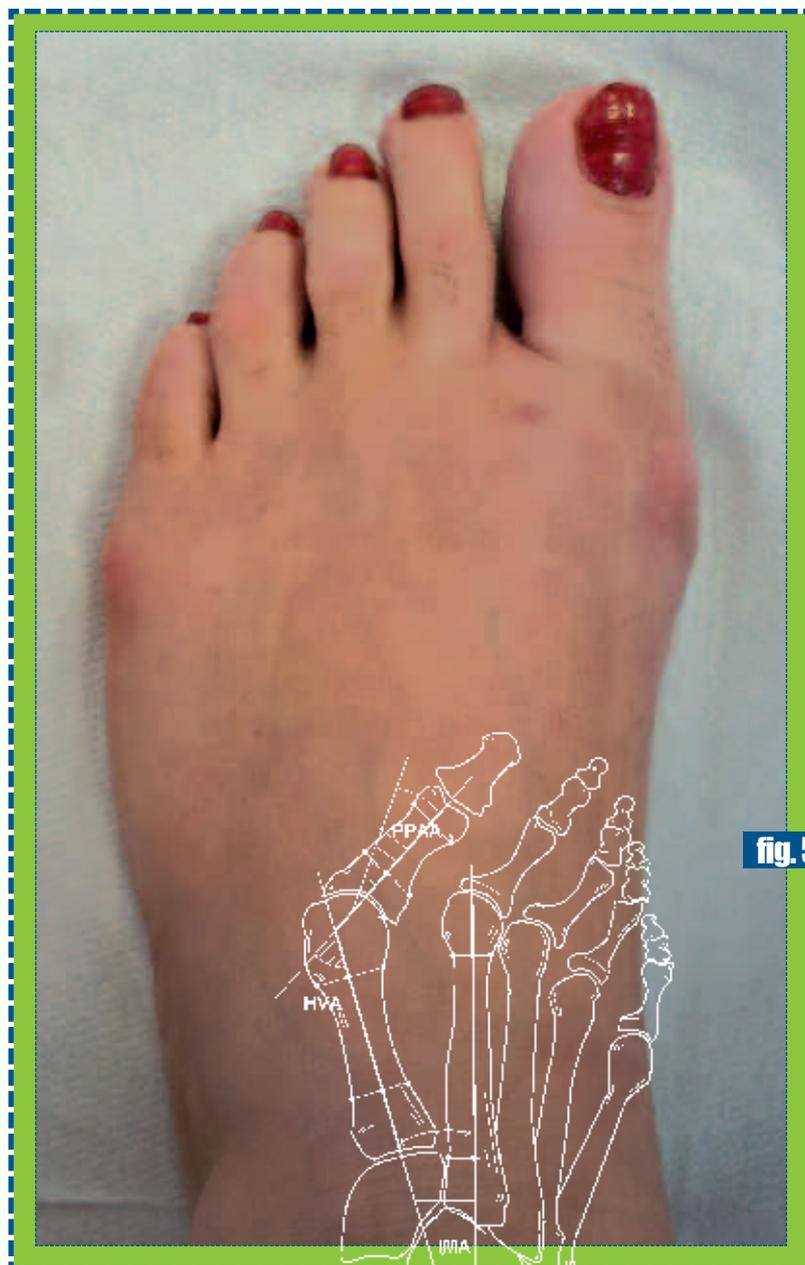


fig. 5

