

Ortopedia

Piede cavo

Quale tipo e quale correzione

di Paolo Maraton Mossa

 Titolare della Cattedra
di Ortopedia dell'Università di Lugano;
Direttore Centro Pilota di Chirurgia
del Piede di Milano

Il cavismo del piede, quasi mai isolato, per lo più associato ad altre deformità dello scheletro o delle parti molli del piede è una grave deformità per lo più evolutiva in senso peggiorativo di tutto il piede e non solamente della volta.

Parleremo in questa sede del piede cavo, ovvero di quella frequente patologia della volta plantare che è costituita prevalentemente da una riduzione della superficie di appoggio della pianta del piede nei confronti del suolo senza dimenticare la complessità della sindrome nella quale il cavismo della volta si inserisce in modo a volte dominante.

Un dato interessante consiste nel fatto che se indaghiamo a fondo la storia anamnestica di questi pazienti, quasi sempre riscontriamo un episodio neurologico di varia natura che ha colpito in modo più o meno significativo il sistema nervoso centrale o periferico od entrambi.

Il cavismo può essere conseguenza di alterazioni prevalentemente a carico dell'avampiede o del retro-piede, interessare prevalentemente le ossa del tarso o le ossa metatarsali, può essere complice o associato a deformità delle dita, può essere prevalentemente a carico dello scheletro o delle parti molli.

Comunque si presentino ed a qualunque età, i piedi cavi hanno una problematica comune: l'iperappoggio.

La mancanza di sostentamento della parte centrale della volta plantare porta necessariamente ad un sovraccarico o delle teste metatarsali o del calcagno. Generalmente il paziente si reca dallo specialista perché avverte dolore sotto il piede, spesso sono i genitori che si accorgono dell'insofferenza dei piccoli pazienti durante la deambulazione.

La diagnosi è molto semplice pur nella sua variabilità; un accurato esame morfologico del piede ci permette di fare la diagnosi di piede cavo e soprattutto di quale tipo di piede cavo si tratti, uno studio pressofoto-podologico permette di stabilire il grado di cavismo mentre un esame radiologico permette di stabilire il tipo di cavismo in funzione dell'apice del cavismo stesso. Riportiamo a grandi linee l'atteggiamento seguito nel nostro centro di chirurgia del piede di fronte ad un piede cavo a seconda del tipo di cavismo e della sua gravità.

12


Cavismo di lieve entità riducibile con calcagno piede in asse

Situazione molto frequente nel soggetto giovane o non più giovanissimo ma con una marcata elasticità del piede in tutte le sue componenti. La situazione può essere aggravata da pratiche sportive e dalla danza, in questi casi la fascia plantare è lievemente tesa ma priva di consistenza anomala ed indolente. In questi casi abitualmente temporeggiamo controllando il paziente ogni anno per valutare l'eventuale aggravamento, la comparsa di dolore e rigidità o di deformità associate.

Nel frattempo scarichiamo le teste metatarsali ed il calcagno con plantari progettati al computer e non utilizziamo mai plantari in ausilio del sostentamento della volta plantare che tendono ad indebolire passivamente la muscolatura intrinseca del piede.

Cavismo di lieve entità riducibile con retro piede in asse e fascia aponevrotica tesa

In questi casi il piede pur essendo elastico è impedito a distendersi da una fascia aponevrotica eccessivamente corta. Trattasi di pazienti per lo più giovani che lamentano i tipici dolori di una fascite plantare. In questi casi eseguiamo una fasciotomia calcaneare, preferendo la tecnica sottocutanea mediale all'ampia incisione calcaneare nel pieno rispetto delle formazioni neuro-vascolari e tendinee adiacenti. I risultati sono molto buoni in quanto trattasi di un piccolo intervento che risolve un grande problema. Siamo comunque obbligati a seguire il paziente nel tempo per valutare l'eventuale evoluzione del sospetto danno neurologico.

Piede cavo

Cavismo dell'arco interno con retropiede in asse

E' una forma clinica discretamente frequente ove il cavismo coinvolge solo il primo metatarso ed il passaggio tarso-metatarsale del primo raggio, ove per raggio intendiamo il complesso alluce più metatarso. In questi casi il resto della volta plantare è nella norma mentre la parte interna del piede è marcatamente cava, spesso dolente sotto la testa del primo metatarso ove è molto frequente la comparsa di una tipica callosità superficiale. Alla base di tutto ciò gioca un ruolo molto importante uno squilibrio funzionale del tono muscolare dei muscoli flessori ed estensori del primo raggio in un contesto di spasticità verosimilmente di natura neurologica. In questi casi utilizziamo con ottimi risultati la trasposizione del tendine estensore proprio dell'alluce sul colletto del primo metatarso.

Cavismo del piede con retropiede varo

E' la forma più grave di cavismo, la forma più rapidamente evolutiva e quella più invalidante per lo stesso piede e per le articolazioni a monte a causa delle alterazioni degli assi di carico.

Il varismo rapidamente evolve in senso peggiorativo fino a diventare nei casi più gravi incompatibile con l'appoggio sia per il dolore sia per l'instabilità sia per il coinvolgimento delle articolazioni di tutto il piede. L'intervento elettivo in questi casi per offrire stabilità in assenza di dolore è la duplice artrodesi. Duplice perché consiste nell'asportazione di un cuneo di osso dall'alto verso il basso a tutto spessore per correggere il cavismo del tarso più asportazione di un altro cuneo dall'esterno verso l'interno per correggere il varismo del retro piede.

Deformità più frequentemente associate a piede cavo

Sono molteplici e possono essere associate ed abbinate tra di loro secondo una logica non sempre prevedibile. Quando è possibile correggiamo queste deformità contemporaneamente all'intervento principale, quando invece riteniamo la correzione totale troppo invasiva o pericolosa per la formazione di lembi cutanei poco vascolarizzati eseguiamo la correzione totale in un secondo tempo. Non dimentichiamo, infatti, che il trofismo cutaneo è di buona qualità in presenza di buona vascolarizzazione e di buona innervazione. In questi casi ci troviamo quasi sempre di fronte ad una grave neuropatia conseguente alla malattia neurologica di base e pertanto i processi di cicatrizzazione possono essere critici.

L'esperienza ci ha insegnato che è sempre necessario in questi casi arrivare ad una correzione totale del piede; pertanto nella stessa seduta operatoria eseguiamo qualunque altra correzione riguardante l'avampiede e le dita quando questo è tecnicamente fattibile, nei casi più complessi preferiamo affrontare il problema in due tempi.

Un piede cavo non trattato porta ad una totale sovversione della cinetica sequenziale della marcia.

La nostra esperienza porta a codificare le seguenti conclusioni:

Nel piede cavo poche volte il trattamento conservativo da buoni risultati.

Non si devono mai operare quei piedi cavi con modeste alterazioni morfologiche e senza disturbi funzionali. Quanto si guadagna nell'aspetto viene perso nel movimento.

Nelle forme complesse, spesso esiti di poliomielite, sarà opportuno non standardizzare l'atteggiamento chirurgico, ma valutare volta per volta le possibilità di eseguire trasposizioni muscolari ed osteotomie mirate ad assicurare un appoggio fisiologico stabile ed indolore.



13