

**CENTRO PILOTA DI CHIRURGIA DEL PIEDE DI MILANO**  
**D I R E T T O R E   S C I E N T I F I C O**  
**PROF. PAOLO MARATON MOSSA**  
**TITOLARE DELLA CATTEDRA DI ORTOPEDIA DELL'UNIVERSITA' DI LUGANO**

## **Alluce valgo: non sempre mini-invasivo vuol dire “ottimale”**

Recentemente si stanno diffondendo nuove tecniche di correzione dell'alluce valgo e delle dita dette “mini invasive”, tali tecniche meritano un approfondimento e qualche considerazione.

I pazienti spesso collegano alcuni termini come laser, endoscopia, artroscopia con il concetto di modernità ed efficienza, non è così, si tratta solo della naturale e logica evoluzione della tecnologia che offre al chirurgo la possibilità di scegliere ed utilizzare un maggior numero di tecniche.

Il punto di forza sembra essere il fatto di essere un intervento rapido, di poter camminare subito ed avere un decorso operatorio di circa un mese.

E' bene precisare che quasi tutte le tecniche oggi privilegiate permettono di operare i due avampiedi contemporaneamente e camminare subito !!!!!!!

Ritengo inoltre un grave errore operare tutti i pazienti con la stessa tecnica in quanto la scelta della tecnica deve essere il risultato di un complesso ragionamento sull'aspetto clinico della lesione e delle lesioni associate che dovrebbero sempre essere corrette insieme alla lesione principale ossea, in particolare fondamentale è la correzione della scarsa funzione di appoggio delle dita legato ad un importante squilibrio muscolo tendineo.

La mia esperienza mi porta a dire che negli ultimi anni circa il 40% dei pazienti da me operati per alluce valgo o problemi legati alle dita dei piedi sono pazienti già operati da 1 a 5 volte !!!! a dimostrazione di quanta confusione è ancora presente intorno a questo intervento che viene spesso sottovalutato nella sua complessa delicatezza di alterazioni anatomiche e funzionali.

Quindi la chirurgia mini invasiva ben venga ad ampliare il ventaglio delle tecniche a disposizione del chirurgo, attenzione invece all'utilizzo indiscriminato per convinzione assoluta o per ridurre i tempi di sala operatoria. Queste considerazioni sono la conseguenza del fatto che esistono circa cinquanta tecniche differenti per operare l'alluce valgo tutte offrono vantaggi e svantaggi ma soprattutto si rivolgono a forme differenti di alluce valgo, comprendete che una cosa è operare una donna complessata dalla forma dei suoi piedi, altra operare una forma grave in un adolescente o in un bambino, altra ancora ripristinare l'equilibrio di un avampiede devastato dall'artrite reumatoide.

Bisogna aggiungere che l'alluce valgo ben lungi da essere una deformità di tipo estetico è una deformità con squilibrio funzionale e quasi sempre è lo squilibrio funzionale a porre le basi all'insorgenza della deformità e non viceversa. Pertanto la correzione anatomica e funzionale non può prescindere da una precisa correzione delle ossa, delle capsule articolari, dei tendini e dei rapporti con le formazioni vicine dell'avampiede. La mia non è una crociata contro la chirurgia mini invasiva (ben vengano le innovazioni) ma purtroppo da qualche anno ho iniziato a rioperare soggetti che sono stati sottoposti a chirurgia mini invasiva a mio avviso con indicazione non corretta. Oggi il paziente mi chiede questa tecnica ancora prima di togliersi le scarpe durante la visita quindi attenzione tutti gli alluci valghi non sono uguali sconsiglio di operarli tutti con la stessa tecnica.

**Prof. Paolo Maraton Mossa**

Direttore Centro Chirurgia del Piede Milano

paolomossa@piedeweb.com

www.piedeweb.com



# Bisturi sull'alluce

*Se il valgismo crea dolori e problemi di stabilità è indicato l'intervento chirurgico. Sconsigliabile, invece, quando vi siano soltanto motivi «estetici»*

di PAOLO MOSSA\*

**L'** alluce valgo e il suo trattamento sono sempre stato argomento di discussione tra chirurghi, tecnici ortopedici e pazienti. Questa frequente deformità dolorosa del primo dito del piede, che si porta in deviazione esterna scompaginando l'appoggio dell'avampiede, affligge milioni di persone, soprattutto le donne dopo la menopausa.

L'«alluce valgo isolato» è rarissimo, per lo più colpisce soggetti in giovane età ed è prevalentemente di origine genetica. Ben più frequente è l'avampiede valgo ovvero la deformità dell'alluce alla quale si associano altre deformità delle dita e dei metatarsi (le ossa dell'avampiede).

In questi casi alla deformità genetica di base si sovrappongono per lo più abnormi reazioni delle altre dita che alla lunga aggravano la lesione primitiva.

La sovrapposizione del secondo dito sul primo ed il dolore sotto la pianta del piede sono le affezioni più frequentemente associate all'alluce valgo che per chiarezza chiameremo «alluce valgo complesso».

**Alluce valgo isolato.** Spesso non vi sono sintomi. In alcuni casi infastidisce il paziente per la presenza di una borsite (infiammazione di quella «vescicola» che ha la funzione di facilitare i movimenti articolari) reattiva in prossimità della testa del primo metatarso che si arrossa e diventa dolente.

La scelta di una calzatura con la pianta larga e di buona qualità è la prima cosa da fare. L'eventuale trattamento della borsite con ghiaccio e sostanze antiinfiammatorie è di grande utilità in fase acuta, così come un pediluvio con acqua e sale alla sera.

L'«alluce valgo isolato» se

non ci sono lesioni associate persistenti andrà come tale accettato trovando un razionale equilibrio con calzature adeguate a pianta larga e tacco basso. **Alluce valgo complesso.** Il

piede deve rispondere a due requisiti essenziali: deve appoggiare in modo stabile e non doloroso. In presenza di questa situazione i due requisiti vengono a mancare. Il paziente lamenta

dolore ingravescente nel tempo, cammina sul bordo esterno del piede per sentire meno dolore a tutto scapito della stabilità della sua andatura.

Solamente un intervento chirurgico potrà riportare l'appoggio nella norma. Infatti in questi casi ci troviamo di fronte ad alterazioni importanti di tipo anatomico che potremo risolvere solo meccanicamente, o modificando il piede in modo definitivo, o creando intorno allo stesso un «habitat» più favorevole a scopo palliativo.

Generalmente questi pazienti giungono all'intervento dopo un lungo iter di tentativi con plantari, divaricatori delle dita ecc.

**L'intervento.** Candidati all'intervento chirurgico saranno quindi i soggetti portatori di alluce valgo che nel tempo non si risolve con calzature adeguate.

Esistono circa 50 metodiche di correzione chirurgica dell'alluce valgo e ognuna presenta vantaggi e svantaggi.

Fermo restando che la semplicità di esecuzione e la precoce mobilitazione del paziente dovranno essere privilegiate è molto importante correggere contemporaneamente tutte le altre deformità associate dell'avampiede che contribuiscono a formare l'«alluce valgo complesso».

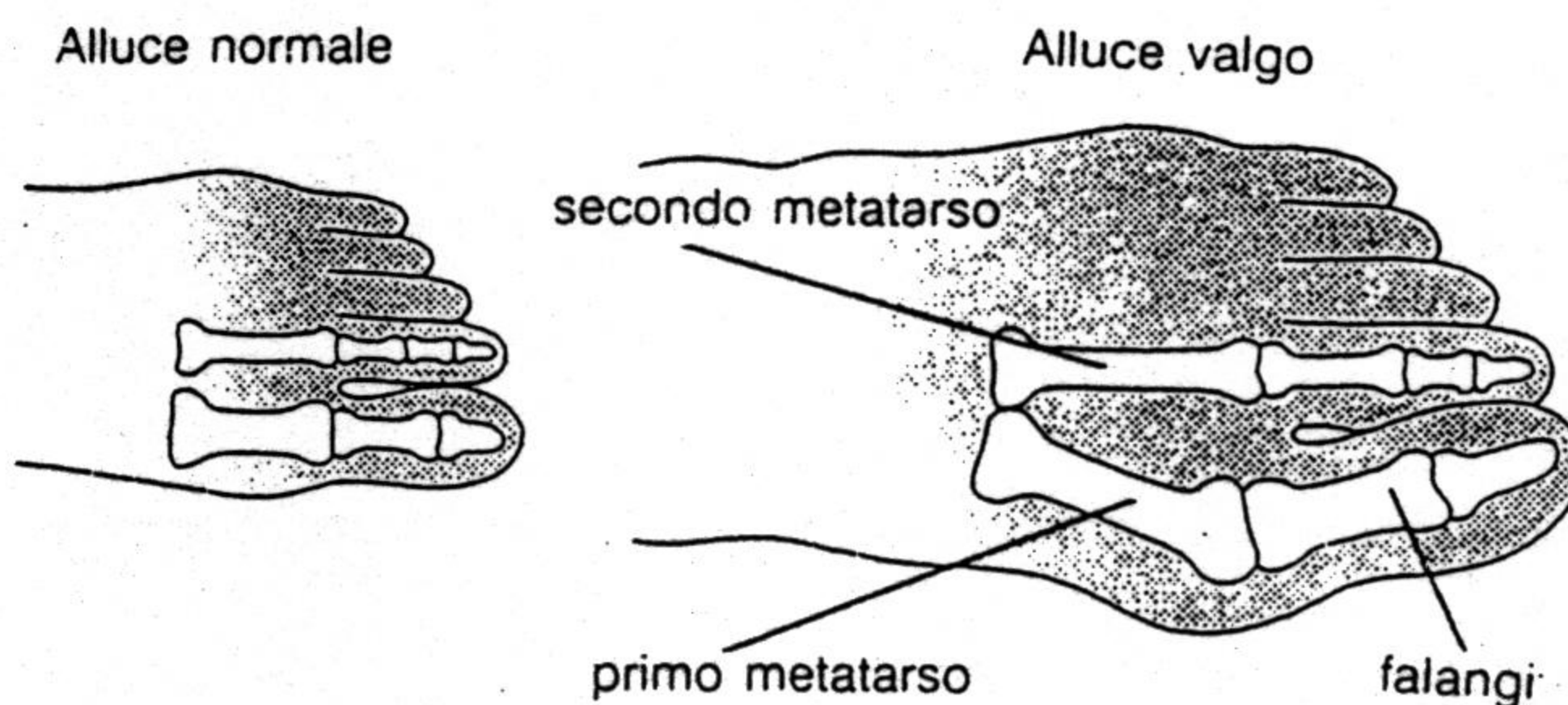
Dall'armonia della correzione deriverà l'appoggio stabile in assenza di dolore.

L'alluce valgo dunque rimane una deformità di pertinenza chirurgica. I risultati dipenderanno dalla accuratezza della scelta della tecnica in funzione delle affezioni associate.

L'esperienza insegna che è opportuno non trattare pazienti per motivi estetici e rivalutare al massimo l'importanza del breve periodo di riabilitazione post operatoria.

\*direttore del Centro  
Chirurgia del Piede  
Milanese

## LE RISPOSTE DEL CHIRURGO



### L'intervento è doloroso?

Sì durante le prime 24 ore, tuttavia mediante l'impiego di farmaci per via locale e per via generale il dolore rimane controllato e sopportabile.

### Si operano i due piedi insieme?

Sempre quando è possibile. I tempi di recupero sono identici e non esistono motivi per differire il secondo intervento.

### Quando si può camminare?

Ma dopo 24 ore, in modo autonomo alla dimissione ovvero dopo 6 giorni. Bene dopo 2 mesi. L'automobile potrà essere guidata dopo 3 settimane.

### Quali le complicazioni possibili?

In alcuni soggetti particolarmente predisposti può perdurare gonfiore al piede e alla caviglia che andrà trattato adeguatamente.

### L'intervento è definitivo?

Sì se non sorgono nuovi elementi che coinvolgeranno il piede come bersaglio a rischio. Questo avviene generalmente a distanza di anni in presenza di gravi malattie artro-reumatiche particolarmente aggressive.

### Nei bambini cosa si deve fare?

La correzione è consigliabile solo nei casi molto gravi e rapidamente evoluti. L'intervento è più conservativo in modo da non compromettere la crescita dell'alluce. In questi casi tuttavia è possibile un 30 per cento di recidive che potranno ovviamente essere rioperate in modo definitivo ad accrescimento terminato.



**ALLUCE VALGO** *Frequente e dolorosa, questa deformazione del piede non va trascurata. Perché col tempo un appoggio innaturale può creare problemi a caviglie, ginocchia e anche alla colonna. Ecco come si corregge*

# Una punta di troppo

di PAOLO MOSSA\*

**Q**uante donne improvvisamente non riescono più a mettersi la scarpa e soffrono pene d'inferno per la sporgenza della base dell'alluce, il cosiddetto «alluce valgo» (in realtà è il primo osso metatarsale).

È l'alterazione di posizione delle dita più frequente e tende a peggiorare, scompaginando col tempo tutto l'assetto del piede. L'errore che si fa più spesso è trascurare il problema, limitandosi a comprare scarpe sempre più larghe per non sentire dolore. Mentre, nel frattempo, l'andatura, a causa del cattivo appoggio del piede, si altera, creando non di rado problemi alle caviglie, alle ginocchia, alle anche, alla colonna vertebrale.

**Le cause.** All'alluce valgo si è predisposti ereditariamente, tanto che spesso lo si incontra nei membri della stessa famiglia.

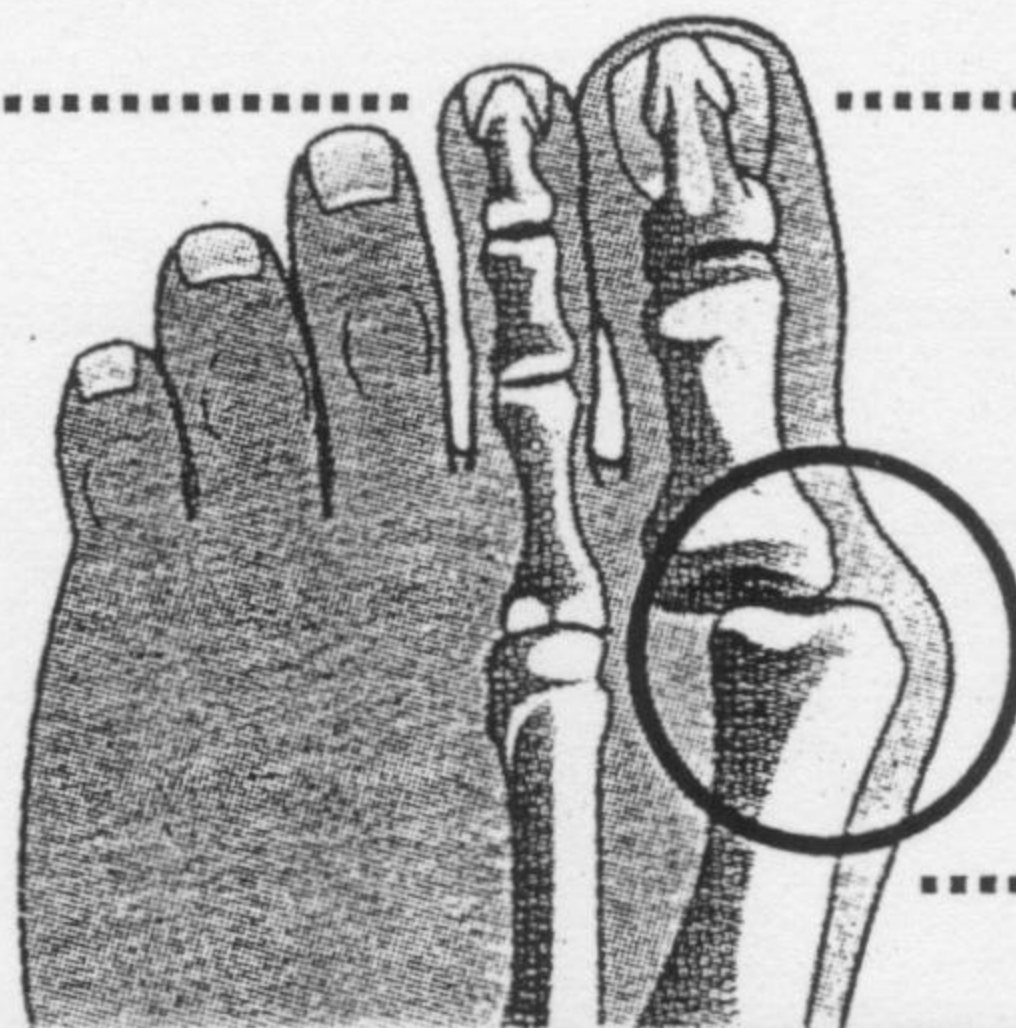
A riprova di ciò, basti pensare che in Africa esi-

stono tribù dove l'alluce valgo è frequente, nonostante che camminino a piedi scalzi. I processi infiammatori e degenerativi dell'età avanzata contribuiscono poi sensibilmente ad aggravarlo.

**L'intervento.** La cura è soltanto chirurgica. Poiché esistono vari tipi di alluce valgo, la meto-

## UN DITO DI DEVIANZA

Il disegno mostra la deviazione del metatarso (l'osso lungo che si articola con la prima falange) tipica dell'alluce valgo.



disegni di MARINA VECCHI

## COSÌ NON TI TROVI ALLE STRETTE

Vediamo, adesso, qualche consiglio pratico:

- Se in famiglia ci sono casi di alluce valgo, scegliete le scarpe con molta cura in modo che siano perfettamente adatte ai vostri piedi.
- Non trascurate lievi dolori sotto la pianta: potrebbero essere il campanello d'allarme che l'alterazione è già presente, anche se non si manifesta ancora con segni evidenti.
- Non decidete l'intervento solo per ragioni

estetiche, per portare scarpe più eleganti. Se basta una calzatura più comoda a farvi sentire bene, questo significa che il difetto è così modesto che per il momento potete evitare l'intervento. In ogni modo, seguite il consiglio dello specialista.

- Se, invece, il difetto tende ad aumentare nel tempo, probabilmente è arrivato il momento di affidarsi ad un chirurgo del piede.

dica (ve ne sono diverse) viene scelta in base al tipo di alterazione e ai problemi che investono altre parti del piede, così da correggere, con un solo intervento, l'alluce valgo e tutto il complesso delle alterazioni che lo accompagnano.

**I risultati.** La cosa migliore è ricorrere al bisturi quando il difetto non è grave e, soprattutto, quando non ha ancora alterato il resto del piede.

Se l'operazione viene fatta da mani esperte, il recupero del movimento è rapido: il piede non viene ingessato, ma solo bendato con strisce elastiche e il secondo giorno dopo l'operazione ci si può reggere in piedi.

I punti vengono tolti dopo un paio di settimane e la riabilitazione può essere seguita a casa. Un intervento fatto a regola d'arte dovrebbe risolvere per sempre il problema.

\*Direttore Centro  
Chirurgia del piede  
Milano



# Corriere Salute



Anno 11 N° 23

20 giugno 1999

2)

&gt; Una frequente deformazione del piede può evidenziarsi in estate &lt;

## Se ti scopri l'alluce ribelle

*Le soluzioni per eliminare dolori e complicazioni del «valgismo»*

In estate si cerca il fresco e anche i piedi hanno le loro esigenze, che si traducono, magari, nell'uso di comodi sandali. Ma anche questa semplice scelta può riservare problemi a chi soffre di alluce valgo, che non è solo una deformazione antiestetica ma è una lesione funzionale, che può diventare dolorosa e modificare l'assetto dell'avampiede, provocando infiammazione e dolore. Un piede sano deve appoggiare per terra in modo stabile, senza dolore, mentre, quando si manifesta l'alluce valgo, questo non avviene: il piede incomincia a far male e la situazione peggiora nel tempo, così, per non sentire il dolore, si tende a camminare sul bordo esterno della pianta, alterando l'andatura. L'origine della malformazione è genetica (in famiglia ci sono più persone che ne soffrono). Vi sono, però, fattori che accelerano l'insor-

genza e che peggiorano l'evoluzione della lesione. Il primo è l'uso di scarpe inadatte, strette in punta e con tacchi alti. Non sono estranei i livelli ormonali, tanto che questa malformazione si manifesta di frequente nelle donne con disfunzioni ormonali o in menopausa. Che cosa fare, allora? Spesso si

Ci sono circa cinquanta metodiche chirurgiche per correggere l'alluce valgo e ognuna presenta pro e contro. L'importante, qualora la malformazione abbia già coinvolto altre parti del piede e complicato la situazione, è intervenire sul piede globalmente, altrimenti i risultati non potranno essere ottimali.

Il piede non deve essere «smontato» e «rimontato» per un riassetto armonico e, quindi, è indispensabile affidarsi a un bravo chirurgo che sappia scegliere e applicare la tecnica adatta al caso. La degenza è di 6 giorni, senza ingessature ed è possibile iniziare subito a

### Alluce valgo

Nel disegno la deviazione del metatarso (l'osso lungo che si articola con la prima falange) che caratterizza questa deformazione



commette l'errore di lasciar passare troppo tempo prima di consultare uno specialista ortopedico e solo quando si inizia a sentire il dolore ci si allarma.

La cosa migliore è, invece, intervenire subito, perché più si aspetta più l'operazione è complessa.

camminare. Dopo due mesi, la camminata torna normale. I risultati sono definitivi, salvo che subentrino malattie artroreumatiche che causano alterazioni del piede.

**Paolo Maraton Mossa**

*direttore Centro chirurgia del piede  
Milanese*

### Non solo al femminile

#### \* In lui non fa una piega

L'alluce valgo si manifesta in modo diverso nei due sessi: mentre nella donna prevale la deviazione verso l'esterno, nell'uomo prevale la rigidità. Si presume che sia la situazione ormonale, unitamente a quella genetica, a determinare questa differenza. Nei giovani può presentarsi, poi, un particolare tipo di alluce valgo, quello «isolato» perché non coinvolge altre parti del piede. Sempre di origine genetica, questa malformazione può essere corretta senza far ricorso all'intervento chirurgico. In tutte le situazioni è molto importante adottare sempre calzature di buona qualità, a pianta larga e con tacco basso.

## **L'ALLUCE VALGO E SUE POSSIBILITA' DI CORREZIONE**

L'Alluce valgo, ben lungi dall'essere solo una deformità di tipo estetico, è forse l'alterazione che più frequentemente affligge l'avampiede.

Trattasi prevalentemente di soggetti di sesso femminile che in pratica hanno sempre avuto la deformità dell'alluce: rivolto all'esterno, con voluminoso ingrossamento alla base dello stesso. Tale deformità, che durante l'età giovanile era semplicemente un cruccio estetico, col passare del tempo diventa motivo di intenso dolore e di insofferenza nei confronti della calzatura; in una fase successiva diventa la causa irreversibile di uno scompaginamento anatomico dell'avampiede con dolore sotto la pianta del piede.

L'alluce valgo quindi è un complesso problema di alterazione della funzione del piede. Infatti, più l'alluce diventa valgo, meno svolge la sua funzione di appoggio. Tutto il peso viene quindi trasferito nella parte centrale del piede che non è nata per sopportare una eccessiva quantità di peso e pertanto il piede inizia a difendersi fondamentalmente in due modi: in un primo tempo la cute si ispessisce per creare una "suola" naturale in una zona del piede che appoggia troppo, in un secondo tempo il piede si difende cercando di aumentare l'appoggio sul polpastrello delle dita attecchendo ad artiglio od a martello.

Quando il piede non riesce più a difendersi compare la grave realtà dell'alluce valgo che alla lunga, nel tempo, non è mai un problema solo di alluce, ma prevalentemente di dolore sotto e sopra la pianta del piede.

Ne consegue un coinvolgimento delle caviglie, delle ginocchia, delle anche che se pur dolenti, tentano di compensare l'errore di appoggio e di postura.

La possibilità di correzione è solo chirurgica.

L'intervento da ottimi risultati ed è definitivo purché vengano rispettati i seguenti presupposti: non bisogna mai standardizzare la tecnica chirurgica, ma organizzare l'intervento caso per caso, correggendo contemporaneamente tutte le alterazioni associate delle dita e dell'appoggio. Ove necessario, consiglio sempre l'intervento bilateralmente, senza gesso, senza protesi, senza infibuli metallici, con deambulazione fin dalla prima giornata dall'intervento. Se la tecnica chirurgica è ben selezionata ed applicata con arte, la degenza è di 3-4 giorni, l'immobilità praticamente nulla e il decorso post operatorio è di circa un mese sempre in situazione di buona autonomia ed autosufficienza.

Tale intervento radicale, per la sua complessità e durata, correzione sia dello scheletro che di tutte le parti molli dell'avampiede, non può essere effettuato in anestesia locale, ma viene eseguito in anestesia generale o peridurale o locoregionale.

Il dolore post operatorio viene perfettamente controllato mediante l'uso di un infusore automatico venoso continuo per le prime 36 ore che dosa automaticamente opportune associazioni farmacologiche preparate da specialisti dopo lo studio della soglia del dolore di ogni singolo paziente.



A fine intervento, il paziente deve avere piedi esteticamente perfetti e funzionalmente deve appoggiare in modo stabile, morbido ed indolore su tutto l'avampiede.

### **Una nota particolare meritano i soggetti giovani, gli sportivi ed i soggetti molto dinamici :**

in questi casi è opportuno tenere in considerazione una particolare tecnica più sofisticata delle altre che permette di mantenere totalmente integra la cartilagine delle articolazioni dell'alluce mediante l'utilizzo delle "cambre a memoria".

Esistono infatti più di 20 tecniche chirurgiche differenti per correggere l'alluce valgo; senza entrare nel merito dei vantaggi e degli svantaggi di ogni singola tecnica, quasi tutte hanno in comune un concetto: durante l'intervento è utile accorciare la falange basale dell'alluce.

Questo atto chirurgico ha sempre posto il problema della conservazione della cartilagine articolare della falange, perdita di scarsa importanza in età avanzata, o quando la stessa è distrutta da malattie artro reumatiche molto aggressive, quali l'artrite reumatoide od altre similari più rare.

Per questo motivo, salvo casi eccezionalmente gravi, la tendenza era quella di procrastinare l'intervento chirurgico avanti negli anni per non eliminare la cartilagine di buona qualità nei soggetti giovani.

Questo atteggiamento di attesa tuttavia faceva sì che l'alluce valgo avesse tutto il tempo negli anni di compromettere irrimediabilmente l'appoggio del piede, la posizione delle altre dita, la postura.

Pertanto quando si optava per l'intervento, il chirurgo si trovava davanti a quello che noi chiamiamo in termine tecnico "avampiede valgo complesso": nato come alluce valgo semplice in età giovanile e complicatosi negli anni.

Oggi, nuove acquisizioni di biomeccanica permettono di realizzare delle piccole cambre di diverse misure di un materiale metallico che in condizioni particolari diventa modellabile a piacimento ed al ritorno delle condizioni standard, riassumono perfettamente la forma iniziale.

Le condizioni che permettono di modellare la cambra sono: il freddo, il caldo, la deformazione meccanica.

Questa nuova tecnologia permette di accorciare la falange eseguendo la resezione ossea nella parte centrale falangea risparmiando quindi l'articolazione e la cartilagine.

La resezione viene immediatamente bloccata dalla piccola cambra la cui forma programmata nella sua "memoria", comprime stabilmente i due capi ossei.

La stabilità è tale da permettere la deambulazione libera senza immobilizzazione il giorno dopo l'intervento anche operando i due piedi contemporaneamente.

Con questa tecnica è possibile operare di alluce valgo, sportivi, atleti, adolescenti, ed anche bambini senza dover attendere l'accrescimento o l'aggravamento dei sintomi.



## **INTERVISTA DA "TOP\_SALUTE" : ALLUCE VALGO**

**RISPONDE IL Prof. Paolo Maraton Mossa : Direttore Centro Pilota di Chirurgia del Piede di Milano-Titolare della Cattedra di Ortopedia dell'Università di Lugano**

### **10 risposte sull'alluce valgo**

Perché si forma, come si previene, quando operare.

Dalla voce dello specialista ecco ciò che serve sapere per camminare bene.

Qualcuno la chiama «cipolla» per il suo aspetto tondeggiante e a volte arrossato. È come la cipolla può far piangere, ma per il dolore. L'alluce valgo è, infatti, di una delle più frequenti deformità del piede che riguarda la base del primo dito (l'alluce, appunto): colpisce milioni di persone di ogni età ma a soffrirne sono soprattutto le donne. Di che si tratta? È una prominenza più o meno marcata dovuta alla deviazione del dito verso l'esterno che tende ad accentuarsi in modo progressivo, scompaginando così tutto l'assetto dell'avampiede.

Il trattamento di questa dolorosa malformazione è da sempre oggetto di dibattiti fra specialisti ortopedici, esperti del piede e pazienti. Le più recenti cognizioni sulla patologia, l'ampia gamma di mezzi diagnostici e di trattamenti disponibili oggi ci consentono di avere idee chiare sull'argomento. Perché si forma? Si può prevenire? Quando operare? A queste e altre domande risponde uno dei maggiori esperti europei del piede: il Professor Paolo Maraton Mossa Direttore del Centro Pilota di Chirurgia del Piede di Milano e Titolare della Cattedra di Ortopedia dell'Università di Lugano

### **1 È dovuto alle scarpe strette?**

Non esattamente. La prima causa di questa deformità spesso molto dolorosa è di tipo genetico, ossia la ereditiamo dai nostri genitori, anche se si manifesta in molti casi in età matura e oltre. Le scarpe strette, inadatte ai nostri piedi, e con tacchi troppo alti sono certo un fattore aggravante che spesso anticipa e peggiora l'evidenziarsi dell'alterazione. Sembra inoltre che sul disturbo abbiano una certa influenza i livelli ormonali. Il meccanismo non è noto, ma statisticamente si è visto che gli ormoni femminili accelerano i tempi di comparsa nelle persone predisposte.

### **2 È un problema di tipo estetico?**

No, prima di tutto si tratta di un serio disequilibrio della distribuzione del peso del corpo sulla parte anteriore del piede che perciò inizia a difendersi in vari modi: con l'ispessimento della cute della pianta (duronì sotto il piede), con l'iperappoggio sui polpastrelli delle altre dita con conseguenti malformazioni delle dita stesse, tra cui è quella delle dita a martello.

### **3 È vero che si associa spesso ad altri difetti del piede?**

Sì. L'alluce valgo isolato è piuttosto raro. Se non curato può peggiorare e dar luogo ad altre malformazioni dell'avampiede (alluce complesso); si tratta di deformità più o meno gravi delle dita e dei metatarsi (ossa dell'avampiede), come la sovrapposizione del secondo dito sul primo e il dolore sotto la pianta del piede.

#### **4 Quali sono gli esami da fare?**

Il paziente arriva già dall'ortopedico con sintomi precisi: arrossamenti, dolori sotto la pianta, insofferenza verso le calze o le scarpe, bruciori, e si ha già un quadro clinico piuttosto chiaro. Con la visita completata da esame radiologico si giunge a una diagnosi sicura. Non c'è bisogno di ulteriori approfondimenti.

#### **5 Come si tratta l'alluce valgo «isolato»?**

Spesso non c'è dolore, ma talvolta si produce un'inflammazione che dà luogo a una borsite reattiva in prossimità dell'ingrossamento che si arrossa e diventa dolente. La prima cosa da fare è adottare scarpe larghe di buona qualità ed eventualmente plantari personalizzati per evitare che il disturbo peggiori. Se c'è borsite la si tratta localmente con ghiaccio, mercurio cromo e pediluvì con acqua e sale. Vanno evitate le pomate medicate perché macerano la cute, il processo è tuttavia evolutivo.

#### **6 E l'alluce valgo complesso?**

L'alluce valgo complesso è la forma più diffusa e può essere risolta in modo definitivo solo con intervento chirurgico che riporti l'appoggio nella norma. In questi casi infatti la deformazione ha creato un dissesto in tutto il piede e non è più possibile camminare in modo corretto.

#### **7 Quando invece si deve intervenire chirurgicamente nell'alluce isolato?**

Mai per ragioni soltanto estetiche e comunque l'intervento si rende necessario quando il problema non sia stato risolto con calzature adeguate e plantari. A questo punto la correzione chirurgica diventa una scelta obbligata. A seconda del tipo di malformazione lo specialista ortopedico può scegliere fra le diverse metodiche disponibili (vedi riquadro in alto).

#### **8 Si tratta di una correzione definitiva?**

Normalmente sì, purché non sorgano nuove patologie che investano il piede, come può capitare a distanza di anni per gravi malattie artroreumatiche.

#### **9 Si possono operare i due piedi insieme?**

Di norma sì, anche perché nell'80% dei casi il problema interessa entrambi i piedi. I tempi di ricupero sono identici.

#### **10 Cosa si rischia trascurando il problema?**

Con gli anni si può andare incontro all'immobilità. Infatti, come abbiamo detto, se non si adottano calzature comode e plantari e, nei casi più gravi, non si interviene chirurgicamente, l'alluce valgo tende a disestare tutto l'avampiede che diviene col tempo sempre più sofferente, fino a impedire di camminare, inducendo anche gravi vizi di postura.

**Per eventuali approfondimenti [WWW.piedeweb.com](http://WWW.piedeweb.com)**



ricevuto il XXXXXXXX  
revisionato il XXXXXXXX

read this article in English at page XX

# L'ALLUCE VALGO O MEGLIO L'AVAMPIEDE VALGO

**Prof. Paolo Maraton Mossa**

Titolare della Cattedra di Ortopedia Università L.U.de.S, Lugano - Svizzera  
Direttore del Centro Pilota di Chirurgia del Piede, Milano



## ABSTRACT

In questa breve esposizione viene fatto il punto a 360 gradi sulla problematica dell'alluce valgo e sulle possibili tecniche di correzione. Questo intervento viene spesso sottovalutato nei suoi molteplici aspetti, soprattutto quelli funzionali, rendendo a volte i risultati imperfetti o a volte insoddisfacenti. L'Autore, che si occupa solo di chirurgia del piede, fa notare che negli ultimi anni i pazienti che si rivolgono al suo centro sono già stati operati da una a cinque volte a riprova di quanta confusione sia presente intorno a questo frequente e delicato intervento. Sempre l'Autore precisa di essere in linea di massima contrario all'utilizzo di mezzi di sintesi fatta eccezione delle cambre a memoria mediante le quali è ora possibile operare pazienti di tutte le età, anche adolescenti e bambini o soggetti che svolgono intense attività sportive.

**Parole chiave:** alluce valgo - avampiede valgo – metatarsi – Viladot - alluce rigido osteocondritico

## INTRODUZIONE

Spesso eseguiamo interventi molto complessi di estrema difficoltà con eccellenti risultati e immensa gratitudine da parte dei pazienti che appaga il nostro operato e impegno: la sicurezza decisionale, l'ottima manualità e l'abitudine ripetitiva dei gesti chirurgici contribuiscono all'ottimo risultato dell'intervento. Eppure la correzione dell'alluce valgo, peraltro atto chirurgico diffusissimo nel nostro lavoro, lascia spesso il paziente insoddisfatto e lascia noi dubbiosi sulla scelta della tecnica e sulle modalità di esecuzione della stessa. A riprova di quanto affermato, segnalo che negli ultimi 6-7 anni i pazienti da noi visti per problematiche di alluce valgo sono per lo più già stati operati in altra sede da una a cinque volte (o più!) a riprova di quanta confusione sia presente intorno a questa frequentissima patologia spesso invalidante.

Per chi si occupa solamente di chirurgia del piede senza dubbio l'alluce valgo è la patologia più comune per la quale si viene consultati e assicuro che è rarissimo il caso del paziente pienamente soddisfatto dell'intervento subito. Forse operiamo con eccessiva leggerezza o usiamo le tecniche in modo seriale e non discriminativo o forse sottovalutiamo questo intervento che può migliorare la vita di relazione del paziente o renderla definitivamente precaria. Non starò certo a dilungarmi sull'anatomia dell'alluce valgo, ma ne vorrei focalizzare alcuni aspetti. La componente genetico-ereditaria è sicuramente presente ma anche la componente ormonale gioca un ruolo particolarmente importante. L'uso e l'abuso di ormoni femminili come la pillola anticoncezionale o la terapia post menopausa forse gioca un ruolo importante nell'aggravamento dell'alluce valgo. Infatti



nell'uomo è più frequente l'alluce rigido, ebbene negli uomini che hanno trattato il cancro alla prostata con ormoni femminili è facile notare l'insorgenza di un alluce valgo mentre nelle donne isterectomizzate, e quindi con un profilo ormonale più vicino a quello maschile, più frequente è una forma di alluce con una spiccata componente di rigidità. Anche le malattie autoimmunitarie giocano un ruolo importante interferendo sulle parti molli delle articolazioni metatarso falangee del piede così come le malattie artro-reumatiche condizionano lo stato delle cartilagini e la presenza di recidive. Siamo poi certi che l'alluce valgo sia primitivo? O non sia la conseguenza di uno squilibrio muscolo tendineo di tipo spastico laterale? Pertanto la componente genetica potrebbe non essere ossea ma la conseguenza di una trazione anomala del primo raggio da parte delle parti molli del compartimento esterno metatarso falangeo durante lo sviluppo scheletrico. Se noi trazioniamo con ugual forza le briglie di un cavallo, l'animale alza la testa; se una briglia tira più dell'altra il cavallo piega la testa; la testa è l'alluce in questione. Il termine alluce valgo inoltre definisce l'aspetto anatomico della deformità, forse quello meno importante, l'anomalia funzionale viene invece definita insufficienza del primo raggio che sta a indicare la parziale o totale perdita di appoggio al suolo della testa del primo metatarso e dell'alluce. Questo fenomeno quasi sempre presente è la conseguenza dell'accorciamento geometrico del primo metatarso che si posiziona in varo e conferisce vari difetti posturali che il cervello mette in atto per minimizzare il disagio della inevitabile metatarsalgia centrale del piede. Le calzature scorrette inoltre giocano un ruolo veramente minimo, oserei dire semplicemente irritativo a maggior ragione se teniamo presente che esistono tribù africane dove tutti camminano notoriamente scalzi ed è presente comunque un'incidenza di alluce valgo dell'80%.

Il nostro comportamento varia da caso a caso, non utilizziamo mai una sola tecnica ma applichiamo una delle numerosissime tecniche dopo una valutazione attenta dell'aspetto anatomico ma soprattutto funzionale dell'avampiede, convinti che quasi sempre è più opportuno parlare di avampiede valgo piuttosto che di alluce valgo, spesso utilizziamo una tecnica parzialmente, completando poi l'intervento utilizzando altra metodica, non dimenticando mai



Fig. 1 - Tipico alluce valgo prima dell'intervento.

che un piede è parte anatomica di un uomo con tutte le sue problematiche di salute e le sue esigenze specifiche. Generalmente preferiamo lavorare sulla falange basale e sulle parti molli piuttosto che eseguire osteotomie di qualunque tipo della testa metatarsale. Siamo generalmente contrari all'utilizzo di mezzi di sintesi o di protesi di qualunque tipo convinti che un buon posizionamento venga egregiamente stabilizzato dalla natura con tessuto fibroso di buona qualità anche abbastanza simile alle qualità meccaniche della cartilagine. In casi selezionati usiamo minicambre a memoria termica sulla falange, delle quali poi parleremo. Siamo inoltre convinti che durante l'intervento debba essere eseguita qualunque altra correzione di deformità eventualmente presente nell'avampiede, metatarsi, dita, ossa sesamoidee, allungamenti tendinei capsulotomie, morbo di Morton o altro. Non eseguiamo mai incisioni longitudinali per evitare eventuali retrazioni ma sempre trasversali seguendo le linee di forza naturali, non utilizziamo mai fili di Kirschner ma diamo molta importanza al corretto posizionamento dei vari componenti scheletrici mediante la medicazione secondo Lelievre da noi personalizzata. Ove sia presente l'indicazione operiamo sempre entrambi i piedi nella stessa seduta operatoria, non ingessiamo mai, eseguiamo semplicemente un bendaggio compressivo solo sull'avampiede concedendo il carico libero a distanza di poche ore dall'intervento anche nei casi bilaterali senza scarpa in talo anche in presenza di asportazione associata di morbo di Morton con



via di accesso plantare, ciò è possibile studiando accuratamente le incisioni in funzione delle linee di forza e praticando sempre anche una anestesia locale aggiuntiva con anestetico a lento smaltimento indipendentemente all'anestesia praticata.

In ogni caso indipendentemente dal modo scelto per correggere il valgismo dell'alluce, sempre valutiamo ed eventualmente correggiamo i seguenti parametri:

- Varismo del primo metatarso: nei casi meno gravi viene corretto mediante un ampio scollamento della parte laterale del metatarso dalle parti molli aderenti stando molto vicini all'osso per evitare lesioni vascolari e nervose, il buon posizionamento verrà mantenuto dall'adeguata tensione della capsula e dal tessuto fibroso che si formerà nella zona di scollamento. Nei casi più gravi completiamo quanto sopra con una severa artroliasi tarso-metatarsale. Interessante segnalare che questa correzione porta a un allungamento geometrico del primo metatarso con parziale correzione dell'insufficienza del primo raggio.
- Ossa sesamoidee: sempre sono dislocate verso l'esterno pertanto provvediamo al riposizionamento delle stesse mediante un ampio scollamento e stabilizzazione in buona posizione mediante un punto non riassorbibile passante attraverso il tendine flessore lungo dell'alluce (punto di Viladot). Ove necessario in caso di presenza di fenomeni osteocondritici eseguiamo spongiosizzazione dei sesamoidi riducendone drasticamente il volume.
- Spasticità tendinea dorsale: quasi sempre presente viene corretta mediante allungamento a "Z" di EPA (estensore proprio dell'alluce) e tenotomia alta di ECD (estensore comune delle dita) in rarissimi casi associamo un allungamento a "Z" dei muscoli pedidi.
- Formula metatarsale: in presenza di secondo e terzo metatarso eccessivamente lungo rispetto al primo, eseguiamo osteotomia tangenziale e trasversa della testa dei due metatarsi riportando la lunghezza a valori ottimali e alleggerendo il sovraccarico plantare in quella zona. Se ciò non è sufficiente per eccessivo abbassamento plantare dei metatarsi eseguiamo osteotomie basali a "V" al fine di sollevarli in posizione corretta. Il carico precocissimo senza immobilizzazione

condiziona il corretto posizionamento degli stessi ripristinando la distribuzione fisiologica dei pesi sotto l'avampiede.

- Formula digitale: l'eccessiva lunghezza delle dita rispetto all'alluce ed eventuali deformità associate vengono corrette mediante osteotomie interfalangee di sottrazione a livello delle falangi intermedie. Anche qui non usiamo mai fili di Kirschner ma eseguiamo una accurata medicazione di posizionamento. Il paziente giunge all'intervento dopo avere camminato a lungo sull'esterno del piede a scopo antalgico pertanto il quinto dito tenderà a posizionarsi sotto il quarto, riteniamo opportuno correggere sempre la posizione del quinto dito per evitare un ritocco in un secondo tempo.

Confermiamo quindi che l'alluce valgo o meglio l'avampiede valgo è ben lungi dall'essere una deformità di tipo estetico, come spesso viene considerato dalle Compagnie di assicurazione in fase di rimborso, ma trattasi di una complessa e dolorosa lesione funzionale che coinvolge la statica e la dinamica di tutto il piede e del passo con alterazione degli assi di carico che se non ripristinati creano danni alle articolazioni a monte e condizionano gravi e dolorosi difetti di postura.

## INDICAZIONI E METODI

Le tecniche da noi usate sono in funzione del tipo di alluce valgo da trattare, dell'età del paziente, delle deformità associate, dal tipo di vita che abitualmente il paziente conduce e desidera condurre. Riteniamo un grave errore stabilire tecniche standardizzate a prescindere dalle citate condizioni. Precisiamo che ci rifiutiamo di operare pazienti per puri motivi estetici, tuttavia abbiamo operato due o tre casi inviati dallo psichiatra e operiamo anche forme molto lievi anche in età giovanile ove sia presente una familiarità certa o intravediamo la certezza di lesioni funzionali future.

**Nella forma più comune di alluce valgo semplice** in soggetto ultrasessantenne che conduce vita sedentaria: abbiamo rivalutato e rivisto in chiave moderna il classico intervento di Viladot senza osteotomie di traslazione della testa metatarsale ma con resezione alla base della falange basale dell'alluce. Il tessuto fibroso che si formerà in sede di intervento è di ottima qualità e il buon risultato dipenderà molto dal rispetto del protocollo di fisioterapia post operatoria. Questa





Fig. 2 - Tipico alluce valgo dopo correzione secondo Viladot-modificato.

tecnica negli ultimi anni era stata molto criticata a causa dell'asportazione della cartilagine falangea troppo invasiva a vantaggio di altre tecniche che prevedevano alleggerimenti delle teste metatarsali mediante viti o altri mezzi di sintesi subito ben accolte dal chirurgo perchè concettualmente affascinanti, ma il passare degli anni ha dimostrato che gli interventi più semplici danno risultati migliori, noi condividiamo questa corrente di pensiero.

**Nel soggetto giovane o non più giovanissimo** che comunque svolge attività dinamica o sportiva: in questi casi se la cartilagine della falange basale dell'alluce è in buone condizioni tendiamo a conservarla eseguendo osteotomia a "Z" della diafisi e bloccando la stessa mediante una "minicambra a memoria". In questo modo pur decomprimendo l'articolazione manteniamo intatta la cartilagine falangea pur facendo camminare il paziente senza bastoni o stampelle lo stesso giorno dell'intervento. Riteniamo l'utilizzo delle cambre a memoria un fatto decisamente innovativo in questo tipo di chirurgia, ricordo brevemente che trattasi di cambre metalliche che memorizzano la forma in compressione dopo

averle modificate in fase di applicazione, il ritorno alla forma memorizzata coarta i capi ossei favorendone la stabilità e la formazione del callo osseo. Ne esistono di diversi tipi e misure alcune utilizzano un trattamento a freddo, altre a caldo, altre utilizzano fattori meccanici per eseguire la compressione ossea. Questa metodica non recentissima ma sicuramente innovativa fa cadere le critiche che a volte venivano fatte all'intervento precedentemente descritto e permette di operare giovani, adolescenti e bambini in quanto è possibile non interferire con le cartilagini di accrescimento. I limiti di questa metodica sono la gravità dell'alluce valgo e la presenza di malattie artro-reumatiche.

**Nel soggetto portatore di malattia artro-reumatica:** in questi casi l'approccio chirurgico che noi utilizziamo è di tipo pessimistico in quanto per certo la malattia di base, anche se ben controllata, evolverà inesorabilmente peggiorando la situazione già critica del piede. Inoltre in particolare in presenza di artrite reumatoide sappiamo che l'aggressione autoimmune è prevalentemente a carico delle cartilagini, quindi meno cartilagine si lascia più il piede rimarrà svincolato dall'aggressività della malattia. Con queste premesse dopo avere parlato a lungo con il paziente proponiamo interventi lungimiranti relativamente al decorso della malattia di base spiegando che in questi casi il pericolo è



Fig. 3 - Alluce valgo complesso.



Fig. 4 - Alluce valgo giovanile, correzione mediante cambra a memoria.

quello di fare troppo poco e non quello di fare troppo. Escludiamo quindi interventi di minima, sicuramente da ripetere più volte nel tempo optando per interventi più demolitivi ma che possano assicurare benessere per periodi lunghissimi. L'allineamento metatarsale riteniamo sia l'intervento elettivo in questi casi particolari. Dunque, severa correzione dell'alluce secondo la tecnica di Viladot abbinata ad asportazione di tutte le teste metatarsali creando così un nuovo appoggio dei metatarsi a livello del colletto degli stessi. I risultati sono molto buoni e duraturi: appoggio morbido, stabile in assenza di dolore.

Noi eseguiamo tale intervento preferibilmente per via dorsale, solo in casi gravissimi questa via non è praticabile per le gravi lussazioni metatarso falangee, in questi casi usiamo una via di accesso plantare lussando i tendini flessori. In rari casi eseguiamo un modesto accorciamento della testa del primo metatarso al fine di evitare una metatarsalgia 1 dovuta all'accorciamento anatomico e funzionale dei metatarsi 2-3-4-5.

**L'avampiede valgo complesso:** inizia come un banale alluce valgo ma in breve tempo viene complicato da deformazioni multiple delle dita che tendono a posizionarsi in valgo o a sovrapporsi creando dolorosissime sublussazioni o lussazioni metatarso falangee, voluminose callosità plantari, greef delle dita marcato appoggio antalgico all'esterno del piede. Questi soggetti negativi dal punto di vista reumatologico hanno quasi sempre una pesante familiarità genetica. L'indicazione varia da caso a caso, importante è affrontare la problematica nella sua complessità nella stessa seduta operatoria. A volte queste forme sono associate a cavismo del piede quindi non escludiamo che possa essere presente anche una importante componente neurologica. In questi casi la cute è molto delicata pertanto sono possibili ritardi o anomalie di cicatrizzazione nel decorso post operatorio. La presenza di sindrome diabetica deve rendere molto prudente il chirurgo, noi affidiamo il paziente al diabetologo al fine di seguirlo prima, durante e dopo l'intervento, solo a queste condizioni procediamo.

**L'insufficienza del primo raggio:** è una forma particolare di alluce valgo ove prevale la compromissione funzionale su quella anatomica. Peraltro non esiste un rapporto diretto tra valgismo e insufficienza del primo raggio in quanto possono esistere lievi valgismi con importante insufficienza e valgismi gravissimi dove l'alluce svolge egregiamente la sua funzione di scarico del peso al suolo. Anatomia



Fig. 5 - Cambra a memoria posizionamento intraoperatorio.



e funzione dell'alluce quindi spesso non viaggiano di pari passo. Il sintomo più frequente in presenza di insufficienza del primo raggio è la metatarsalgia centrale da iperappoggio spesso abbinato a un modesto alluce valgo. Ipercheratosi plantare e tentativo di scarico del peso sui polpastrelli sono molto frequenti spesso abbinati anche ad alluce impennato per spasticità di EPA. In questi casi è spesso presente una eccessiva lunghezza o distensione del flessore lungo dell'alluce è quindi utile abbinare un accorciamento funzionale dello stesso in fase di intervento. Noi pratichiamo questo artificio con un punto di Viladot molto teso o posizionando il tendine in accorciamento con una plica.

**Nell'uomo l'alluce valgo** è molto più raro rispetto alla donna, in un rapporto 1:20 forse per i problemi ormonali precedentemente citati, è invece molto più frequente l'alluce rigido osteocondritico: trattasi di una forma particolare di interessamento produttivo dell'articolazione metatarso falangea del primo raggio ove sia la testa metatarsale che la falange basale aumentano di volume coinvolgendo grossolanamente le ossa sesamoidee e la rima articolare, forse trattasi di una artrosi primaria. In fase iniziale l'alluce è molto doloroso e il dolore diminuisce man mano che aumenta la rigidità fino a sparire nel momento in cui l'articolazione diventa praticamente bloccata. In questa fase successiva sorgono tuttavia importanti problemi posturali in quanto nella fase terminale del passo viene a mancare l'indispensabile flessibilità dell'avampiede che condiziona il fisiologico distacco del piede dal suolo. In questi casi pratichiamo un'ampia revisione chirurgica dell'articolazione metatarso falangea riducendo ampiamente le zone osteocondritiche spongiosizzando ampiamente le ossa sesamoidee, eseguiamo una resezione abbondante prossimale della falange basale senza applicare il punto intersesamoideo di Viladot che potenzia il raggio in quanto nell'alluce rigido lo stesso è già eccessivamente potente. In casi particolari interponiamo un lembo capsulare tra la testa metatarsale e la zona di osteotomia falangea. Spesso è necessario un accorciamento tranfalangeo del secondo dito per ottimizzare la formula digitale. Molto importante eseguire fisiokinesi terapia precoce per evitare fenomeni aderenziali, utile a volte una manovra violenta di sblocco in anestesia locale come ultimo atto terapeutico a distanza di circa un mese.

Abbiamo valutato insoddisfacenti centinaia di casi che si sono a noi rivolti dopo essere stati trattati con protesi in silastic tipo Swanson o altre metodiche che prevedano l'utilizzo di sistemi meccanici sostitutivi dell'articolazione.

## CONCLUSIONI

Non sempre mini invasivo vuol dire ottimale: recentemente molti pazienti si rivolgono al nostro centro chiedendo di essere trattati con le nuove tecniche di chirurgia mini invasiva. Altri invece a distanza di uno o due anni da interventi mini invasivi ci contattano disperati per risolvere i gravi problemi che riferiscono dopo tali interventi eseguiti altrove. Spesso il paziente identifica alcuni termini come mini invasivo, laser, endoscopico e così via con modernità ed efficienza in assenza di dolore e con un rapidissimo recupero. È bene fare un po' di chiarezza. Innanzitutto queste metodiche vengono presentate con il vantaggio di poter appoggiare il piede a terra nella stessa giornata dell'intervento, ebbene tutte le tecniche citate in questa esposizione permettono appoggio immediato anche se eseguite bilateralmente. Inoltre ho espresso più volte la complessità delle correzioni funzionali sulle parti molli, sui tendini, sui legamenti, l'esigenza di eseguire scollamenti mirati, la necessità di applicare cambre a memoria, l'utilità delle artrolisi tarso metatarsali e altro ancora, ritengo pertanto la chirurgia mini invasiva limitante nell'ambito decisionale della programmazione personalizzata di un atto chirurgico, a maggior ragione se durante l'intervento riscontriamo anomalie anatomiche o situazioni non precedentemente previste. Pertanto la chirurgia mini invasiva ben venga ad ampliare il numero delle tecniche a disposizione del chirurgo, è invece da noi criticata se usata indiscriminatamente in tutti i pazienti o ancor peggio se usata per ridurre i tempi di sala operatoria. ♦

## CORRESPONDING AUTHOR

Prof. P. Maraton Mossa  
C.so Lodi 47 - Milano  
Tel. +39.02512263  
Fax +39.02514191  
paolomossa@piedeweb.com