



La caviglia è sottoposta ai carichi principali del nostro corpo e spesso cede con traumi non trascurabili. Ma anche il piede è soggetto a problematiche ortopediche di rilievo, a partire dall'alluce valgo

**Di Lorenzo Castellani e
Matteo Laccisaglia**
Medici ortopedici

Piccoli traumi di piede e caviglia

La caviglia

La più comune patologia della caviglia è quella post-traumatica: specialmente come esito di distorsioni che avvengono perlopiù in inversione, con il piede cioè ruotato verso l'interno e un danno capsulo-legamentoso esterno. Generalmente, queste distorsioni guariscono senza bisogno della chirurgia, anche se questa può essere indicata al persistere della

sintomatologia con periodiche tumefazioni o continui episodi distorsivi dolorosi per almeno 6 mesi dall'inizio della riabilitazione. Si parla in questo caso di instabilità cronica.

La visita deve identificare i punti dolorosi a livello delle inserzioni legamentose e la presenza di instabilità agli stress in prono-supinazione e in antero-posteriore. Molto importante è isolare la funzione di ogni singola componente del complesso legamentoso, te-

stando la flessione plantare e la flessione dorsale (posizioni di fisiologica massima tensione).

Accanto alle principali manovre utilizzate in ambulatorio per identificare l'origine del dolore, sono di estremo aiuto all'ortopedico alcuni esami strumentali come la radiografia standard completata eventualmente con indagini di risonanza magnetica per il planning preoperatorio, e per la valutazione dei rapporti tra osso e tessuti molli limitrofi e quindi per escludere sospette anomalie intra-articolari.

La terapia farmacologica

Riposo, ghiaccio, bendaggio compressivo, arto elevato sono i primi consigli dopo una distorsione acuta.

Nei traumi della caviglia, come del resto in qualsiasi altro trauma, le pomate antinfiammatorie ed anti edemigene locali sono consigliate per ridurre la sintomatologia.

Attualmente sono in uso anche le schiume a base di piroxicam, la cui indicazione primaria resta per i dolori articolari e muscolari, ma che spesso vengono utilizzate anche dopo traumi di lieve entità.

L'immediata sensazione di freddo sulla pelle e l'efficacia dell'antinfiammatorio inducono al paziente un senso di benessere rapido e prolungato.

Tra i Fans, sono utili nel trattamento del dolore locale di medio-bassa entità anche il diclofenac, il ketoprofene e il ketorolak. Disponibili in svariate forme commerciali, sono utilizzati sia localmente attraverso pomate - gel - creme - cerotti a rilascio continuo, sia per via sistemica.

Sempre per via sistemica, il celecoxib è, come altre molecole analoghe, un antinfiammatorio non steroideo di nuovo tipo; la sua

ALCUNI INTEGRATORI DA BANCO

L'acido α -lipoico: utile come integratore del sistema nervoso periferico, antiossidante naturale e assolutamente indispensabile al nostro organismo nel contrastare la formazione dei radicali liberi. Tra le principali caratteristiche possiamo riassumere: alta assorbibilità - versatilità - mantenimento del potere antiossidante - ampio spettro d'azione - completa la rete difensiva - riduzione della fuoriuscita di radicali liberi. Generalmente assunto con posologia di 2 cpr in monosomministrazioni giornaliere per il primo mese seguite da una terapia di mantenimento (1 cpr/die) per due mesi.

Acido ialuronico assunto per via orale: nella posologia di 100 mg giornalieri lo possiamo trovare in bustine e compresse. Dose di attacco 1 bustina 7 die per 30 giorni, seguita da una cpr al giorno per tre mesi circa. Di utile aiuto nei dolori articolari da consumo cartilagineo.

Collagene idrolizzato di tipo II favorisce la naturale elasticità dei tendini.

azione selettiva su uno solo dei due enzimi responsabili della risposta infiammatoria, la ciclossigenasi 2 (COX-2), porta con sé il vantaggio, non indifferente, di non esporre il tratto gastrointestinale al rischio di sanguinamenti ed ulcere. Della stessa famiglia, ma di più moderna introduzione sul mercato, è anche l'etoricoxib.

Dopo una fase di trattamento locale o sistemico di circa 7-10 giorni deve cominciare la riabilitazione con esercizi di rinforzo muscolare e propriocettività: rinforzo selettivo dei peronei (forza in eversione); esercizi su superfici instabili (es. tavoletta). Nelle attività ad alto rischio (ripresa attività sportiva) può essere indicato per un primo periodo l'uso di tutori.

Nelle instabilità croniche o di alto grado sono possibili approcci a cielo aperto, artroscopici o artroscopicamente assistiti a seconda dell'entità del danno. Generalmente, nell'immediato post-operatorio, il carico viene tutelato con l'uso di stampelle e/o di un tutore

che impedisca gli stress in pronosupinazione, proteggendo così la riparazione dei tessuti operati.

Il piede

Il piede, in virtù della sua posizione, gode di importanza fondamentale nella stabilità meccanica di tutto il corpo. E' facile comprendere come affezioni congenite o acquisite in grado di deformare i fisiologici punti d'appoggio del piede possano creare instabilità sia durante la dinamica (il passo), che nella statica (stazione retta). Il piede possiede tre punti d'appoggio (tuberosità calcaneare, I testa metatarsale, V testa metatarsale) e tre archi plantari intersecati tra loro proprio nei punti d'appoggio.

La visita inizia con l'ispezione in scarico che permette di vedere l'esistenza di deformazioni, edemi, ecchimosi. La valutazione della cute plantare con particolare attenzione ad eventuali tilosi (calli) ed

arrossamenti può essere conseguenza di un appoggio non completamente fisiologico del piede. L'ispezione dovrebbe essere da ultimo completata tramite l'utilizzo di un comune podoscopio, in modo da valutare sia dinamicamente sia staticamente l'appoggio.

Gli esami strumentali di maggior importanza per una corretta valutazione diagnostica iniziano con la radiografia eseguita sia in scarico che in carico in almeno due proiezioni. Alcune patologie specifiche come possono essere le neoformazioni (la più comune è il neurinoma di Morton) trovano utile l'uso dell'ecografia e della RMN.

L'iter terapeutico

Patologie chirurgiche del piede di riscontro comune sono la deviazione in valgismo del primo dito (alluce valgo) e la possibile, anche se non necessariamente correlata, deformità a "martello" delle altre dita. In entrambe queste patologie, una volta che vi sia indicazione all'intervento sulla base della clinica (deformità associata a dolore e difficoltà alla deambulazione) ed evidente riscontro agli esami strumentali (documentazione radiologica di deformità),

l'atto chirurgico offre ottime possibilità di correzione, anche se talvolta la deformità può recidivare. In nessun caso si deve eseguire un intervento per soli fini estetici. A prescindere dalla specifica tecnica chirurgica utilizzata, il principale obiettivo è quello di correggere la deformità iniziale cercando di preservare quanto più possibile l'anatomia e la fisiologia delle articolazioni e dei segmenti scheletrici.

L'immediato post-operatorio è generalmente doloroso, ma con l'uso delle moderne tecniche di analgesia perioperatoria può essere facilmente controllato in ambiente ospedaliero. Si deve tener presente che, per correggere le deformità, il chirurgo deve intervenire mediante una "frattura" sulla componente ossea. Chiaramente la linea di "frattura" (osteotomia) è appositamente studiata per conferire da subito la migliore stabilità in modo da garantire una guarigione più facile, che comunque necessiterà di un tempo sufficiente per la consolidazione dell'osso, stimato in circa 45 giorni. Il paziente potrà in ogni caso camminare fin dal primo giorno dopo l'intervento attraverso calzature ortopediche con


apposito appoggio calcaneare (scarico anteriore) in modo da proteggere l'osteotomia fino alla completa consolidazione.

I plantari ortopedici e il loro principale utilizzo

I più comunemente usati sono sicuramente i plantari che si adottano nel trattamento precoce del piede piatto nel bambino: presentano una forma tale da dare sostegno principalmente al sustentaculum tali e al calcagno, spesso con bordo elastico laterale.

Oltre ad un effetto di spinta e di sostenimento sono efficaci nella messa in asse del calcagno evitando così deviazioni in valgismo del retro piede.

In alcuni casi di artrosi della tibio-tarsica, del ginocchio e per lo sperone calcaneare, ovvero in quelle sindromi da sovraccarico sportive o lavorative, l'utilizzo di ortesi fatte con plantare in silicone viscoelastico presentano una eccezionale capacità di assorbimento dei carichi (dovuta alla conformazione a nido d'ape con cui vengono strutturati i plantari stessi; capaci di comprimersi e poi restituire l'energia elastica in fare di spinta durante la deambulazione).

Con le stesse indicazioni vengono sviluppate anche semplici talloniere ammortizzanti che coinvolgono solo il retro piede con un vistoso effetto di alleggerimento del carico a livello degli arti inferiori. Nella spina calcaneare l'utilizzo di talloniere con "punto soffice" centrale garantisce un effetto di scarico della pressione a livello del punto di appoggio senza variare la fisiologica struttura del piede. 

ORTESI PER L'ALLUCE VALGO

Ortesi particolari studiate appositamente per la correzione dell'alluce valgo: costituite da una componente a presa sul dorso del piede ed una ovviamente a presa sul primo raggio del piede presentando una spinta in varizzazione dell'alluce.

Sono indicate soprattutto nei casi:

- alluce valgo non operabile
- fase non chirurgica ma sintomatica della malattia
- distorsione dell'alluce
- borsite del primo metatarso
- alluce gottoso
- piede reumatoide iniziale