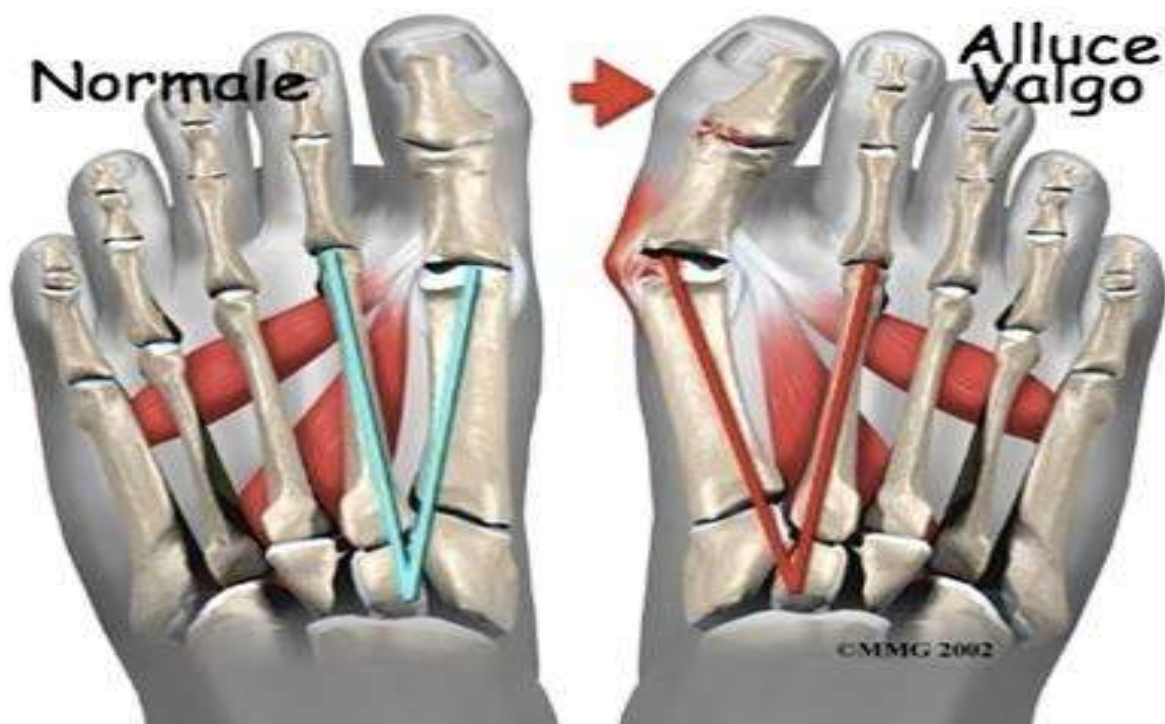


CORREZIONE CHIRURGICA DI DEFORMITA' DELL'AVAMPIEDE

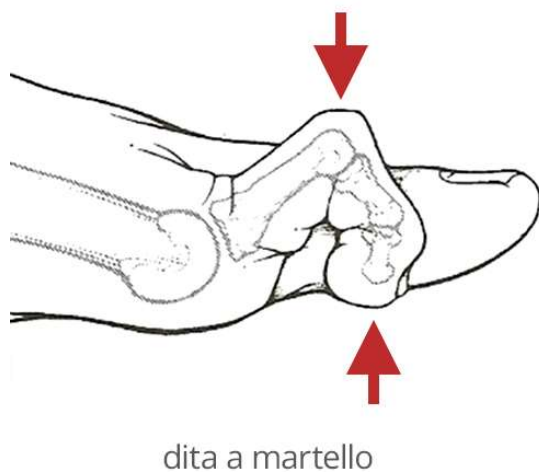


L'avampiede è la porzione del nostro corpo determinante per la fase propulsiva del passo: è costituito da una serie di ossa e strutture capsulo-legamentose e può essere sede di una serie di problemi di natura ortopedica fra i quali l'alluce valgo è certamente il più noto.

Questa patologia interessa soprattutto soggetti di sesso femminile, ma non solo, e può essere influenzato da una serie di fattori (genetica, attività sportiva/lavorativa, peso, patologie infiammatorie/reattive).

Alla deviazione dell'alluce, possono associarsi le deformazioni delle altre dita che assumono aspetto "a martello" ed una sofferenza dei metatarsi, che può dare origine ad un dolore a livello della parte più anteriore della pianta del piede, spesso associato ad evidenti callosità.

Ognuno di questi problemi necessita di trattamenti diversi che possono essere eseguiti in un unico tempo chirurgico. Non esiste pertanto un unico intervento bensì diversi tipi di intervento che possono, o meno, associarsi tra di loro. Potranno quindi essere necessarie più incisioni cutanee, l'utilizzo di mezzi di fissazione interna diversi tra loro (viti, cambre, placche) con tempi chirurgici che pertanto variano in funzione della complessità e del numero di deformazioni presenti.



Queste patologie hanno caratteristiche di cronicità ed un decorso peggiorativo; i trattamenti farmacologici, fisici o ortesici hanno un'efficacia limitata per cui l'intervento chirurgico è l'unica soluzione per ottenere la risoluzione del dolore, la correzione della deformità ed il ripristino di un equilibrio funzionale valido e duraturo nel tempo.

Per mantenere la correzione ottenuta vengono generalmente utilizzati dei mezzi di sintesi metallici; alcuni di questi vengono rimossi dopo qualche settimana con semplice manovra esterna (fili di K.), altri (cambre, viti, placche) rimangono in sede a permanenza, a meno che non diano intolleranza (eventualità rara seppur possibile).

I tempi ed il grado di recupero funzionale sono influenzati da variabili anche indipendenti dalla corretta esecuzione tecnica dell'intervento, quali la gravità della situazione di partenza e le patologie preesistenti, in particolare il diabete e le vasculopatie periferiche.

Presso il nostro Reparto vengono impiegate numerose tecniche operatorie, sia a cielo aperto che mini-invasive; la scelta viene effettuata dal chirurgo in base alla tipologia delle deformità e alle esigenze e caratteristiche del singolo paziente.

La durata del ricovero è generalmente di due giorni. Per il primo mese dopo l'intervento è generalmente necessario l'utilizzo di una speciale calzatura per evitare il carico sull'avampiede. I tempi per il recupero funzionale sono generalmente di 40-60 giorni.

Seppure in percentuali ridotte, sono possibili complicanze postoperatorie:

- **marcato e persistente gonfiore del piede:** è una complicanza minore che viene risolta in genere con applicazioni regolari di ghiaccio e maggiore riposo mantenendo l'arto in posizione di scarico;
- **flebotrombosi della gamba:** è una infiammazione delle vene della gamba operata che si manifesta con voluminoso gonfiore del piede e della gamba stessa, un senso di forte pesantezza all'arto e dolore al polpaccio. Per minimizzare i rischi di tale complicanza viene prescritta una profilassi come da protocollo di reparto;

- **ritardo di cicatrizzazione della ferita**: può essere sostenuto da alterazioni della circolazione locale ed in base a ciò può presentare diverse forme di gravità clinica, da semplici discromie con ipertrofia della cicatrice fino a vere e proprie piaghe con necrosi dei tessuti che possono comportare notevoli allungamenti dei tempi di guarigione della ferita. Tale complicanza può essere favorita da patologie generali preesistenti quali il diabete e le vasculopatie periferiche;

- **infezione della ferita**: l'infezione provocata da fenomeni di colonizzazione batterica, è una complicanza rara ma possibile; per la sua prevenzione verrà praticata una profilassi antibiotica come da protocollo;

- **perdita della correzione con parziale recidiva della deformità**: indipendentemente dalla tecnica chirurgica impiegata, il mantenimento della correzione è condizionato anche dalle qualità meccaniche dei tessuti molli periarticolari; in relazione all'età o ad altri fattori costituzionali e/o locali non si può escludere un parziale cedimento futuro di tali tessuti con tendenza ad una recidiva delle deformità preesistenti

- **psudoartrosi o necrosi epifisaria delle ossa metatarsali**: si tratta di una complicanza piuttosto rara, provocata da alterazioni acquisite della vascolarizzazione di tale segmento osseo; può rendersi responsabile di dolori plantari durante il carico.

- **perdita parziale di movimento delle articolazione dell'avampiede**: è una complicanza possibile sia all'alluce che alle altre dita; la migliore prevenzione è quella di eseguire una adeguata fisioterapia con esercizi di mobilizzazione delle dita. La perdita di movimento non costituisce una complicanza bensì una fisiologica conseguenza dell'intervento, nel caso si proceda ad intervento di **artrodesi** a carico di una o più articolazioni. Tale intervento, che si esegue nei casi di deformità non altrimenti correggibili o in caso di avanzata artrosi, ha lo scopo di eliminare il dolore bloccando il movimento dell'articolazione mediante l'impiego di mezzi di fissazione (placche o viti)

- **precoce mobilizzazione dei mezzi di sintesi eventualmente impiegati o intolleranza agli stessi** : i mezzi di sintesi metallici utilizzati possono mobilizzarsi precocemente provocando dolori locali e rendere necessario il ricorso alla loro rimozione o riposizionamento. Un'altra eventualità è che nel tempo diano segni di intolleranza e diventi necessario un intervento di rimozione degli stessi.