



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

Interventi ripetuti nelle patologie del piede

*Oggi è drasticamente aumentato
il numero dei pazienti rioperati più
volte al piede per lo stesso problema*

E' un dato di fatto: negli ultimi anni è aumentato in modo esponenziale il numero dei pazienti che operati ad uno o ad entrambi i piedi manifesta insoddisfazione o drammaticamente debba risottoporsi ad altro intervento similare, spesso non risolutivo, che a sua volta deve essere rivisto sempre in chiave chirurgica. Spesso i chirurghi del piede si trovano a dovere gestire pazienti operati per lo stesso problema da una a cinque volte in diverse sedi. Perché?

Uno dei punti chiave è la diagnosi: gli alluci valghi non sono tutti uguali, così come le distorsioni della caviglia possono differire per tipo di lesione e per le formazioni anatomiche lese e coinvolte; inoltre l'aspetto diagnostico clinico e strumentale combinato non deve essere differito in quanto se la diagnosi certa ed immediata è il punto cardine della questione, il che cosa fare ne è la logica conseguenza. Pertanto il "facciamo così" per ora e poi vediamo è un atteggiamento improprio.

Spesso si confonde l'integrità anatomica scheletrica di una radiografia con l'integrità del piede che è co-



stituito da legamenti, tendini, superfici cartilaginee, ecc. tutte formazioni che per lo più non vengono studiate in prima battuta e non sono visibili al solo esame radiografico. Questo porta spesso ad atti chirurgici mirati allo scheletro cui dovranno inevitabilmente seguire reinterventi mirati alle parti molli a fronte di instabilità e dolore.

Anche la scarsa conoscenza delle problematiche è spesso causa di reinterventi, atteggiamenti sicuramente in buona fede ma che non sempre sono confortati da importanti esperienze legate allo studio del problema ed alla ripetitività dell'atto chirurgico.

La chirurgia di un apparato complesso come il piede richiede sempre una valutazione nella sua globalità valutando le esigenze del paziente. Una cosa è operare l'avampiede di una ballerina, altra cosa è operare una persona anziana che passa la vita davanti alla televisione ed ancora differente è operare un soggetto non più giovanissimo ma che gioca a golf o a tennis tre volte alla settimana. Quindi tecniche

diverse per esigenze diverse senza nessuna standardizzazione per evitare di dovere rimettere tutto in discussione, e mai abbracciare una tecnica chirurgica ed applicarla incondizionatamente.

Non tenere in considerazione l'inevitabile evolutività di molte lesioni del piede è un'altra causa di reinterventi spesso multipli. In malattie come l'artrite reumatoide o altre malattie aggressive auto immunitarie è sconveniente operare un avampiede come si farebbe in una donna sana di trent'anni. Tali malattie sono spesso inesorabilmente evolutive ed ingravescenti nel tempo, pertanto il pericolo è quello di fare troppo poco durante l'atto chirurgico. E' consigliabile invece essere lungimiranti e giustamente aggressivi per evitare di dovere riprendere il problema dopo qualche mese o anno, un po' come succede nei reparti di chirurgia vascolare relativamente alle amputazioni multiple "al risparmio". Capisco che in momenti in cui il rapporto medico-paziente è particolarmente critico possa essere difficoltoso proporre interventi su formazioni sane nella assoluta certezza dell'aggressività della malattia di base per lo più non conosciuta o non tenuta in giusta considerazione dal paziente anche perché scarsamente spiegata. Questa problematica è delicatissima e spesso è alla base di contenziosi ove vengono messi in discussione sia l'eccessiva aggressività dell'intervento, sia il rapido peggioramento dei sintomi nei casi di eccessiva prudenza chirurgica che porterà inevitabilmente al reintervento.

Non bisogna inoltre utilizzare terapie fisiche quali roentgen, laser, marconi, ionoforesi, ecc. nell'immediato decorso post operatorio. Già la natura tende ad attivare i processi riparativi per eccesso e apportare energia porta alla formazione di iperproduzione cicatriziali ed aderenze che spesso devono essere rimosse chirurgicamente.

Anche l'eccessivo utilizzo dei mezzi di sintesi è spesso causa di reinterventi a breve distanza. Se non si riesce a ripristinare il delicato ed armonioso equilibrio delle formazioni muscolo - tendinee - legamentose coinvolte in molte deformità del piede, vengono spesso utilizzati infibuli di ogni genere, viti a volte progettate appositamente per la chirurgia del piede a volte reperite tra quelle che ha a disposizione in quel momento in sala operatoria.

Il tutto per stabilizzare ed ottenere un buon risultato radiologico, spesso ignorando le complicità del decorso post operatorio, il dolore, le conseguenti rigidità quando si trattano parti mobili come l'avampiede o la tenuta meccanica come nell'artrodesi dell'articolazione sottoastragalica.

Faccio un esempio significativo: esaminiamo il cassetto di una scrivania antica realizzata da un falegname esperto, non troveremo una sola vite ma il cassetto è solidamente assemblato solo con perfetti incastri a coda di rondine e sono passati centinaia di anni! Osserviamo invece un cassetto fatto oggi sarà assemblato con numerose viti "a stella" destinate a cedere nel tempo. Quanti falegnami oggi sanno fare ancora gli incastri a coda di rondine?

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.

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

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. Bisogna aggiungere inoltre 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 e delle capsule articolari, dei tendini, dei rapporti con le formazioni vicine dell'avampiede a volte difficilmente correggibili con questo tipo di tecnica.

Le eccessive aspettative da parte del paziente sono un'altra delle cause frequenti di reinterventi.

Si tratta prevalentemente di donne, per le quali la componente estetica del piede è di fondamentale importanza. Non dimentichiamo che in tante culture il piede rientra costantemente nella sfera erotico-sessuale. Questo tipo di paziente generalmente nasconde durante la visita lo spiccato interesse di tipo estetico focalizzando la problematica su fantomatici disturbi funzionali e spesso anche il chirurgo più esperto ci casca. In questi casi, che non bisognerebbe mai operare, si innesca un meccanismo di insoddisfazione continua che può portare a molteplici ritocchi chirurgici sull'alluce e sulle altre dita. Queste pazienti non saranno mai contente e il meccanismo che innesca è lo stesso che i chirurghi plastici conoscono molto bene.