

L'alluce rigido e le sue possibilità di correzione



di Paolo Maraton Mossa

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

L'alluce rigido, ben lungi dall'essere solo una deformità di tipo estetico, è forse una delle alterazioni che più frequentemente affligge l'avampiede. Trattasi prevalentemente di soggetti che in pratica hanno sempre avuto problematiche metatarso-falangee, con voluminoso ingrossamento alla base dello stesso.

Tale deformità, che durante l'età giovanile può semplicemente essere un cruccio estetico, col passare del tempo diventa motivo di intenso dolore e di insoddisfazione nei confronti della calzatura e durante la marcia; in una fase successiva diventa la causa irreversibile di uno scompaginamento anatomico dell'avampiede e del suo appoggio con dolore articolare ed artrosi metatarso falangea.

L'alluce rigido quindi induce un complesso problema di alterazione della funzione del piede.

Infatti, più l'alluce diventa rigido, meno svolge la sua funzione ottimale di appoggio potenziando un dannoso appoggio esterno di compenso del piede.

Tutto il peso viene quindi trasferito nella parte esterna 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 esternamente per creare una "suola" naturale in una zona del piede che appoggia troppo, in un secondo tempo il piede si difende cercando di compensare con la postura anomala la difficoltà di appoggio.

Quando il piede non riesce più a difendersi compare la grave realtà dell'alluce rigido che alla lunga, nel tempo, non è mai un problema solo di alluce, ma prevalentemente di dolore a tutto l'arto che per l'impossibilità di flettere l'alluce assume nei casi molto gravi un'andatura "falcitante" all'esterno.

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 dà 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.

Ove necessario, consiglio sempre l'intervento bilateralmente, senza gesso, senza protesi che inducono modesti risultati e frequenti rigetti, mobilizzazioni e recidive, 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, con correzione sia dello scheletro che di tutte le parti molli dell'alluce, 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 rigido; 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 sacrificare la cartilagine della falange basale dell'alluce che spesso è irrimediabilmente coinvolta nel processo doloroso.

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 rigido 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 rigido complesso": nato come alluce rigido 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 decomprimendo l'articolazione risparmiando quindi 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 rigido soggetti sportivi, atleti, adolescenti, ed anche bambini senza dover attendere l'accrescimento o l'aggravamento dei sintomi. In alcuni casi selezionati la stessa tecnica potrà essere utilizzata quale valida metodica di decompressione articolare al fine di evitare invalidanti artrodesi nelle recidive.

Questa particolare tecnica, peraltro non applicabile a tutti i pazienti, non sostituisce quelle già citate ma offre un'ulteriore possibilità di scelta sempre più personalizzata.