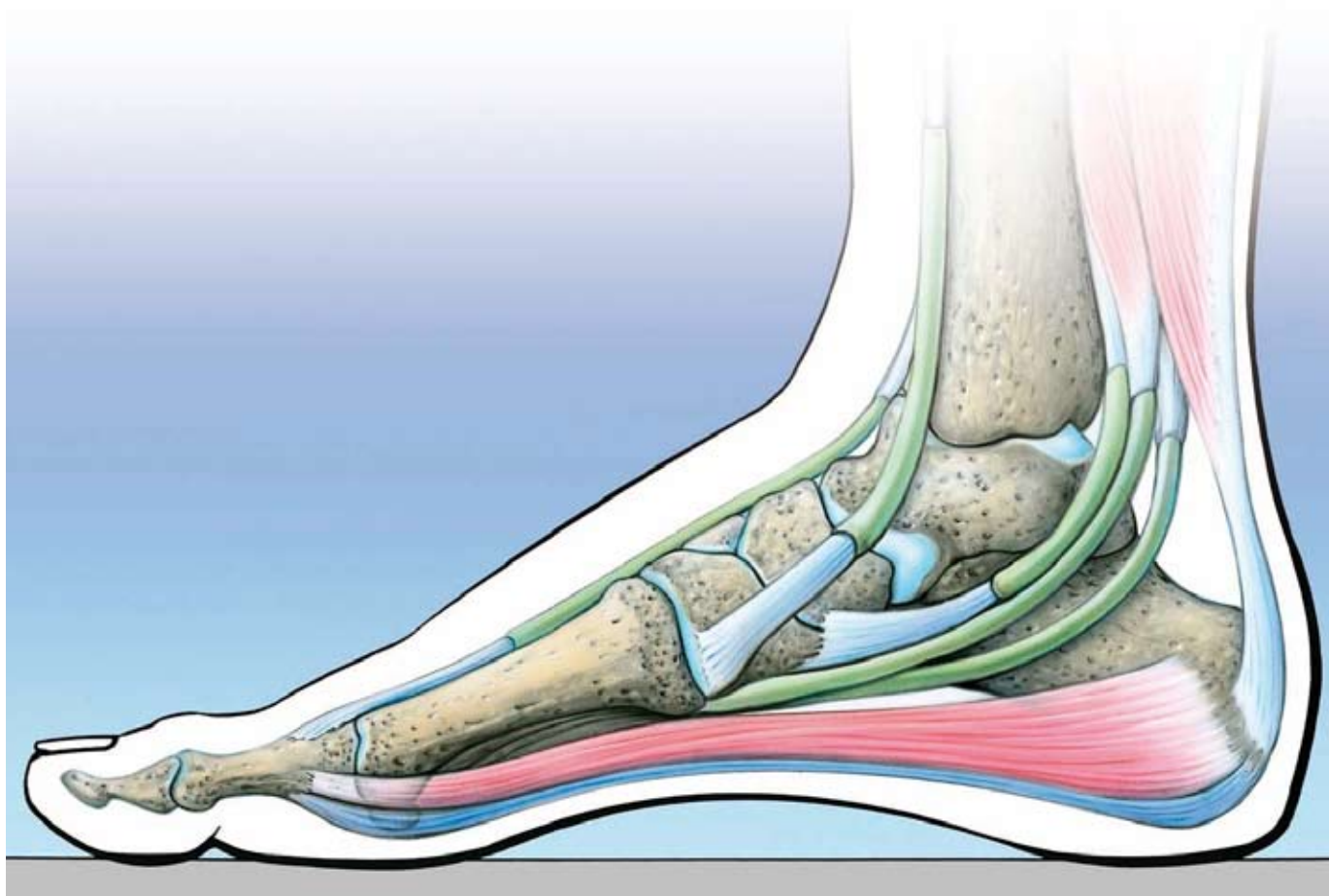


Chirurgia del piede e della caviglia

Testo informativo per i pazienti del Dott. Alex Pellegrino



Introduzione

Negli ultimi anni c'è stato un significativo sviluppo della chirurgia del piede e della caviglia. Alcuni anni fa si ricorreva prevalentemente ai metodi resettivi, ossia procedimenti che prevedevano l'asportazione delle articolazioni. Questo, però, provocava notevoli perdite di funzionalità, soprattutto nella biomeccanica. Oggi, grazie alla maggiore specializzazione e alle nuove conoscenze acquisite, è possibile applicare procedimenti funzionali (mini-invasivi) a quasi tutte le articolazioni.

Le lesioni del piede e della caviglia vengono spesso sottovalutate e possono causare disturbi a lungo termine. La nostra assistenza, pertanto, si applica sia alla lesione acuta del piede, sia agli stati successivi. La nostra gamma di prestazioni comprende il trattamento delle lesioni di ossa, cartilagini, tendini e legamenti dell'intero piede e della caviglia. Ad essi si aggiungono interventi conservativi e sostitutivi dell'articolazione in caso di artrosi (ad es. mediante un'endoprotesi a livello della caviglia), ma anche operazioni di artrodesi. Oltre che sul trattamento delle lesioni complesse del piede, la nostra attività si focalizza sulla correzione delle deformità e dei malposizionamenti.

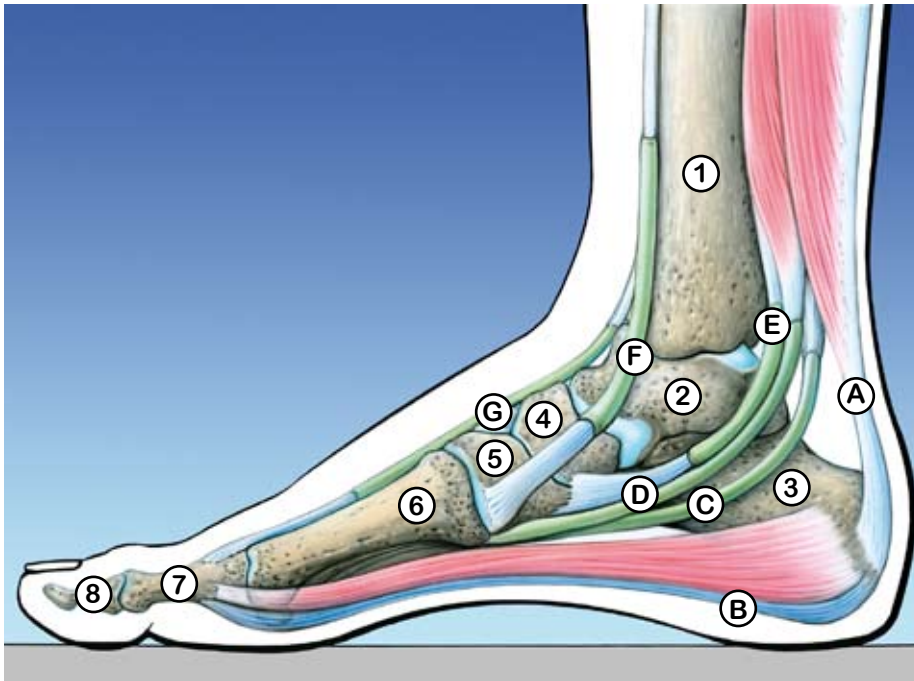
La chirurgia mini-invasiva (MIS) del piede e della caviglia è un termine generico che designa gli interventi operatori con minime lesioni della pelle e delle parti molli. Negli ultimi 30 anni, il settore dell'endoscopia e dell'artroscopia si è enormemente evoluto. L'accesso tramite piccolissime incisioni comporta nella maggior parte dei casi meno dolore dopo l'operazione e, quasi sempre, anche una più rapida ripresa della mobilità.

Questa brochure rappresenta un'introduzione alla chirurgia del piede; per ulteriori problemi frequenti e le relative soluzioni per quanto concerne il piede e la caviglia, vi invitiamo a consultare il nostro sito Internet www.etzelclinic.ch



Dott. Alex Pellegrino

Anatomia



Legenda

- 1 Tibia
 - 2 Talo
 - 3 Calcagno
 - 4 Navicolare
 - 5 Cuneiforme mediale
 - 6 Metatarsale I
 - 7 Falange prossimale I
 - 8 Falange distale I
-
- A Tendine d'Achille
 - B Fascia plantare
 - C flessore lungo dell'alluce
 - D flessore lungo delle dita
 - E Tibiale posteriore
 - F Tibiale anteriore
 - G Estensore delle dita

Il piede, organo di sostegno e di movimento, è composto da elementi di scheletro riuniti in una struttura complessa. Queste 26 ossa sono tenute insieme da legamenti, tendini e muscoli, che contemporaneamente provvedono anche al loro movimento. Scheletro, apparato legamentoso e muscolatura costituiscono pertanto un gruppo funzionale.

L'articolazione tra il piede e la gamba (costituita da tibia e perone) si chiama caviglia o articolazione tibio-tarsica e riposa sul retropiede (composto da talo e calcagno). Il mediopiede è formato da 5 ossa che collegano il retropiede con l'avampiede, che è a sua volta composto dalle ossa metatarsali e dalle falangi. Oltre alle suddette ossa del piede, occasionalmente possono essere presenti altre ossa accessorie o in sovrannumero. Queste sono molto variabili e raramente possono anche dare origine a disturbi.

Tecniche operatorie

La chirurgia moderna punta indiscutibilmente in direzione delle tecniche mini-invasive, che integrano i metodi aperti tradizionali e li sostituiscono in molti settori. Ad esempio, nella chirurgia del ginocchio e della spalla, la tecnica mini-invasiva dell'artroscopia si è imposta dopo le violente critiche di 10 anni fa. In generale, si può dire che minore è l'aggressione chirurgica e più semplici e brevi risultano il trattamento post operatorio e la riabilitazione.

L'artroscopia della caviglia è applicata con successo da molti anni e, grazie allo sviluppo di strumenti e dispositivi ottici con diametri sempre più piccoli, è addirittura possibile eseguire interventi complessi in detta articolazione e intorno ad essa.

Oggi anche la tendoscopia dei tendini che circondano la caviglia (tendine d'Achille, tendine peroneo, tendine tibiale posteriore) è un'applicazione terapeutica di routine. La chirurgia mini-invasiva o percutanea del piede è stata introdotta 30 anni fa negli USA da chirurghi specializzati in podologia. Oggi è ampiamente standardizzata e si è diffusa con successo anche in Spagna e in Francia.



Tendoscopia



Tendoscopia – vista dall'interno, ago sopra il tendine peroneo

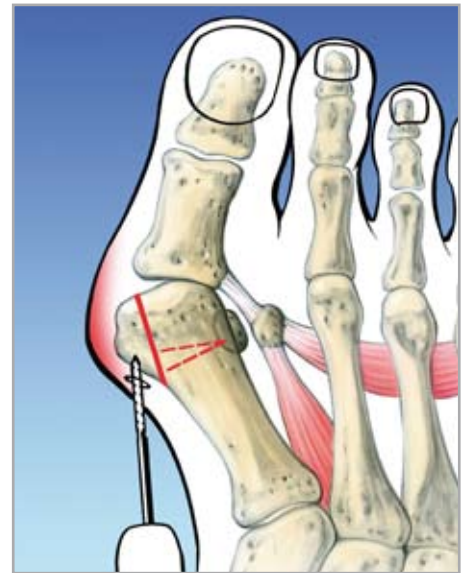
La chirurgia percutanea o mini-invasiva del piede è un metodo che consente di correggere tutti gli elementi patologici di deformità di questa parte del corpo (ad es. alluce valgo, dita a martello, neuroma di Morton, quinto varo, sperone calcaneare, ecc.) mediante piccole incisioni, senza esposizione diretta di strati e strutture. I tessuti circostanti subiscono traumi minimi e non è necessario aprire le articolazioni. Per questo non viene neppure introdotta una telecamera artroscopica, ma durante l'intervento è necessario un controllo radiologico con una fluoroscopia per garantire il corretto orientamento delle singole fasi dell'operazione.

I vantaggi della chirurgia mini-invasiva del piede non sono soltanto le incisioni più piccole con cicatrici puntiformi, ma soprattutto i minori dolori post operatori, a fronte di una durata inferiore dell'operazione e di un trattamento post operatorio più semplice. Dato che l'irradiazione sanguigna di ossa e tessuti subisce pochissimi danni, i tagli correttivi eseguiti sulle ossa (osteotomie) guariscono senza problemi. Inoltre, dopo l'osteotomia sussiste una stabilità sufficiente che rende superfluo un fissaggio mediante fili o viti. Nella stragrande maggioranza dei casi, inoltre, dopo un intervento mini-invasivo è possibile caricare normalmente il piede con una scarpa post-operatoria dalla suola rigida.

A fronte di risultati assolutamente comparabili a quelli della chirurgia del piede tradizionale, la chirurgia percutanea non richiede pertanto l'immobilizzazione con il gesso, né periodi di mancato appoggio del piede o materiali di osteosintesi quali fili e viti da rimuoversi eventualmente in un secondo tempo.



Controllo preliminare con fluoroscopia



Resezione MIS dell'esostosi



Controllo con fluoroscopia dopo l'intervento

Metodi di anestesia

Un altro grande vantaggio consiste nel fatto che queste tecniche possono essere eseguite senza problemi con un'anestesia regionale. Ciò significa che non è necessaria una narcosi totale o un'anestesia lombare (spinale o epidurale). Dopo una premedicazione (compressa di sedativo), i singoli nervi del piede vengono addormentati all'altezza della caviglia con anestetici locali, in modo tale che il paziente non presenti alcuna sensibilità o dolori nella zona operata per circa 18-36 ore. Il piede, tuttavia, mantiene la sua normale funzione motoria, cosicché è possibile alzarsi e camminare subito dopo l'operazione.

Naturalmente, la decisione in merito all'applicazione di una tecnica mini-invasiva, artroscopica o aperta deve essere discussa con il paziente sulla base degli esiti riscontrati dal chirurgo. Anche il tipo di anestesia viene discusso e stabilito con il paziente in occasione del colloquio pre-operatorio con l'anestesista.

La maggior parte delle operazioni al piede e alla caviglia è costituita da interventi programmati; questo significa che tutti i rischi dovrebbero essere esclusi nella misura del possibile. Affinché ciò sia possibile, è importante che l'anestesista e il chirurgo sappiano se i pazienti, cioè voi, soffrono o meno di altre patologie che possono influire sulla narcosi e sull'operazione. Naturalmente, prima dell'intervento, i pazienti vengono sottoposti a un'accurata visita in ospedale. È però emerso che una visita presso il proprio medico generico spesso fornisce molte informazioni supplementari, poiché di norma il medico di famiglia conosce il paziente da più tempo. Prima di un'operazione, è quindi consigliabile sottoporsi a una tale visita presso il proprio medico generico. Se questa visita non ha avuto luogo, vi invitiamo a riflettere su eventuali dettagli medici di cui siete a conoscenza e che potrebbero interessarci (ad es. allergie, assunzione di medicinali, diabete, anticoagulazione, patologie cardiache, ecc.).



Anestesia regionale

Trattamento post operatorio

Dopo l'operazione, il chirurgo applica in sala operatoria una fasciatura spessa che ha un forte effetto assorbente e mantiene il piede nella giusta posizione.

- Questa fasciatura protegge il piede e non deve essere sostituita fino al successivo appuntamento alla etzelclinic, che ha luogo dopo una settimana.

Dimissioni dopo l'operazione previo accordo con il chirurgo e l'anestesista:

- Il/la paziente viene dimesso/a lo stesso giorno dell'operazione o nella maggior parte dei casi dopo uno o due giorni di degenza in ospedale. Subito dopo l'operazione, al paziente non è consentito guidare l'auto.
- Quasi sempre è possibile caricare normalmente il piede con una scarpa post-operatoria rigida (DARCO®).
- Per gli interventi al retro piede, invece del gesso molto spesso viene predisposta un'ortesi amovibile (stivaletto VACOPED®) che permette la mobilità con un carico parziale.

Nella prima settimana dopo l'operazione:

- È possibile percorrere a piedi distanze ragionevoli con la scarpa post-operatoria rigida, sempre interrotte da pause con sollevamento del piede.
- Dopo la prima o la seconda settimana successiva all'operazione, il paziente viene visitato presso la etzelclinic: la fasciatura e i punti vengono rimossi.

Nelle tre settimane successive:

- I pazienti procedono autonomamente al cambio della fasciatura, ad es. dopo la doccia.
- La fasciatura viene applicata con un divaricatore infradito lavabile, un cerotto adesivo in seta non irritante per la pelle e un bendaggio autoadesivo.

Al termine del primo mese successivo all'operazione:

- I pazienti vengono visitati dal loro chirurgo con nuove radiografie.
- Se il gonfiore lo consente, ora è possibile indossare una scarpa "normale". Questa deve essere larga e sostenitiva (**NON** indossare vecchie scarpe sformate dal malposizionamento pre-operatorio e dall'esostosi).
- A questo punto inizia il programma di riabilitazione (andatura, stabilizzazione, irrobustimento), eventualmente su istruzioni di un fisioterapista.
- Ora è già consentita la pratica di sport quali la bicicletta o il nuoto.
- L'inabilità temporanea al lavoro dura nella maggior parte dei casi da 3 a 5 settimane.

Il successivo appuntamento con il chirurgo della etzelclinic è circa 3-4 mesi dopo l'operazione:

in questa occasione, il consolidamento delle osteotomie (guarigione dei tagli nelle ossa) viene controllato con nuove radiografie.



Scarpa DARCO®



Stivaletto VACOPED®

Conclusione

Con queste spiegazioni generali mi auguro di aver già risposto ad alcune domande sulla chirurgia del piede e della caviglia. Ulteriori contributi su temi quali alluce valgo, neuroma di Morton, piede a martello, quinto varo, sperone calcaneare, lesioni della caviglia, piede piatto e tendine d'Achille sono disponibili sul nostro sito Internet www.etzelclinic.ch alla voce piede & caviglia.

I quesiti individuali o specifici, tuttavia, dovrebbero sempre essere chiariti in occasione di un colloquio con il medico, quindi non esitate a sottoporvi le vostre domande.

Vi ringrazio per l'attenzione.

Dott. Alex Pellegrino

