

Il piede torto congenito (PTC).

Cos'è il piede torto?

Il piede torto è una deformità rigida del piede presente dalla nascita, di riscontro frequente, definita da anomali rapporti tra le strutture osteocartilaginee. In Italia la prevalenza è stimata intorno ad 1,2/1000 nati vivi (circa 600 casi all'anno) e più della metà dei casi presenta un quadro bilaterale.



La condizione non mostra solitamente una causa nota (deformità idiopatica) e il meccanismo fisiopatologico non è conosciuto. Anche se nella maggior parte dei casi è un caso isolato, occasionalmente può associarsi ad altre anomalie muscolo-scheletriche o di altri apparati, come la lussazione congenita dell'anca, il torcicollo miogeno, il mielomeningocele o l'artrogriposi. Fondamentale risulta quindi un'accurata valutazione medica, atta ad escludere patologie secondarie sin dal primo momento e durante tutto il percorso terapeutico, visto che a volte alcuni elementi patologici sfumati possono rendersi evidenti successivamente.

La caratteristica del piede torto vero è quella di mostrarsi fin dalla nascita come una deformità rigida e non correggibile, che deve essere trattata tempestivamente per evitare deformità progressive e dolore cronico. La diagnosi differenziale con le forme di piede torto posizionale (malposizione del piede nella cavità uterina) è infatti fondamentale per la prognosi del piccolo paziente e per il percorso terapeutico che dovrà essere intrapreso. Un piede torto posizionale si distingue principalmente per la sua facile correggibilità alle manipolazioni passive e presenta una prognosi estremamente positiva.

Sebbene la diagnosi avvenga clinicamente al momento della nascita, il sospetto di piede torto può essere posto in gravidanza mediante ecografia, che, nel periodo ideale, corrispondente al III trimestre (20°-24° settimana), permette di individuare circa l'80% dei casi. L'esame radiografico ha una scarsa importanza per la valutazione del piede torto alla nascita, poiché i nuclei di ossificazione del piede sono troppo piccoli e non valutabili.

Il piede torto comprende quattro differenti tipologie:

- il piede equino-varo-supinato-addotto, che rappresenta circa il 75-80% del totale, caratterizzato da quattro elementi di deformità (l'equinismo della caviglia, il varismo del retropiede, l'adduzione dell'avampiede e il cavismo della volta plantare); è la forma più frequente e complessa;

- il piede talo-valgo-pronato: si presenta in circa il 10% dei casi con caratteristiche quasi opposte al precedente (talismo della caviglia, valgismo del retro piede e pronazione dell'avampiede); solitamente è più correggibile e appare ben responsivo alla terapia conservativa;
- il metatarso addotto (5% dei casi): è una forma benigna che coinvolge isolatamente l'avampiede e che, se trattato tempestivamente, risponde bene al trattamento conservativo
- il piede valgo-reflesso o astragalo verticale: condizione rara (<5%), grave e complessa, caratterizzata da una deformità tipica e rigida che solitamente necessita del trattamento chirurgico.

Come si misura la gravità di un piede torto?

L'individuazione delle diverse componenti che determinano la deformità è fondamentale in quando il trattamento si pone l'obiettivo di correggere i singoli elementi per portare alla correzione completa. La gravità del piede viene valutata attraverso manipolazioni atte a verificare il grado di rigidità delle varie componenti, assegnando un punteggio in base a scores che vengono usati quotidianamente nella pratica clinica. Tra le classificazioni più diffuse ad oggi abbiamo quella di Dimeglio, basata su un punteggio da 0 (piede normale) a 20 (deformità grave) e la classificazione di Pirani, che pone un punteggio da 0 (piede corretto) a 6 (deformità grave). Entrambi gli scores vengono ripetuti frequentemente durante il ciclo di trattamento per valutare obiettivamente l'andamento del piede.

Il trattamento del piede torto

Un piede torto vero, ossia rigido e non correggibile dalle semplici manipolazioni passive, necessita di un intervento dedicato e precoce, al fine di permettere una correzione tempestiva e permanente della deformità evitando per quanto possibile il rischio di recidive.

Il trattamento ad oggi più diffuso è quello introdotto da Ignacio Ponseti e consiste in una tecnica manipolativa da iniziarsi molto precocemente, fin dai primi giorni di vita del bambino e nell'applicazione di una serie di gessi del piede in correzione progressiva. Tramite la metodica Ponseti, il piede viene gradualmente e dolcemente corretto in tutte le sue componenti e l'applicazione di apparecchi gessati, della durata ognuno di circa 7 giorni, permette il mantenimento della correzione ottenuta attraverso le manipolazioni. L'obiettivo principale della metodica Ponseti è quella di ridurre al minimo l'aggressività chirurgica sul piede, poiché l'unica componente che non risulta correggibile dalle semplici manipolazioni è l'equinismo, che infatti necessita di un piccolo intervento chirurgico da svolgersi al termine della serie di gessi. La tenotomia percutanea del tendine d'Achille prevede un'incisione millimetrica a 1.5-2 cm sopra il calcagno per l'incisione del tendine, tale da permettere la discesa del tallone e la correzione dell'ultima componente di deformità rimasta (l'equinismo).



Progressione dei gessi correttivi secondo la metodica Ponseti

Una volta raggiunta la correzione, la metodica prevede una fase di tutorizzazione che dura fino ai 4 anni circa e che risulta fondamentale per ridurre al minimo il rischio di recidiva. La funzione fondamentale del tutore è infatti di mantenere la posizione di correzione ottenuta fino a questo momento. Il tempo di utilizzo è inizialmente pieno, poi successivamente parziale e progressivamente minore con l'avanzare dell'età del bambino, che dovrà alla fine indossarlo solamente durante la notte. Proprio durante quest'ultima fase è fondamentale la compliance dei genitori e l'attinenza alle indicazioni terapeutiche per permettere un buon risultato clinico-funzionale.



Tutore Dennis-Brown da indossare dopo gessi e tenotomia

Casi di piede torto particolarmente rigido, recidivato o con diagnosi tardiva possono necessitare di un trattamento chirurgico più invasivo. L'intervento di Codivilla, in precedenza estremamente diffuso, ma ad oggi ampiamente superato dalla tecnica precedentemente descritta, prevede, attraverso un doppio accesso al piede (uno posteriore ed uno mediale), la liberazione e l'allungamento di tutte le strutture che appaiono retratte nel quadro della deformità (capsule articolari, strutture muscolo-tendinee). L'aggressività chirurgica è sicuramente superiore rispetto alla metodica Ponseti, ma i risultati clinico-funzionali sono comunque soddisfacenti.

Il rischio di recidiva (ossia la ricomparsa di una o più componenti della deformità) è tra le principali preoccupazioni del trattamento per piede torto. Essa compare solitamente entro i primi 5-6 anni di vita e può essere dovuta a diversi fattori (mancata correzione iniziale, scarsa adesione al trattamento, squilibrio muscolare, patologia di base). Il trattamento tempestivo è fondamentale e può richiedere un nuovo ciclo di gessi correttivi secondo metodica Ponseti (soprattutto se il paziente è ancora piccolo) o la correzione chirurgica della deformità recidivata (nuova tenotomia percutanea del tendine d'Achille in caso di ricomparsa dell'equinismo, trasferimento del tendine tibiale anteriore in caso di supinazione dinamica, liberazione miotendinea secondo intervento di Codivilla in caso di deformità più complessa).