

MeB – Pagine Elettroniche

Volume II

Settembre 1999

numero 7

ORTOPEDIA PER IL PEDIATRA

Piede torto: equino-varo-supinato*Divisione di Ortopedia infantile, IRCCS 'Burlo-Garofolo', Trieste*

Daniela Di Bello

*fig.1**fig.2*

E' il tipo più comune di piede torto (vedi fig.1 e 2). E' una deformità complessa, difficile da correggere, con tendenza alle ricadute. Al pediatra spetta la prima diagnosi, la prima valutazione, e spesso anche la comunicazione della diagnosi e della prognosi: è una cosa che dovrebbe essere in grado di fare, almeno orientativamente.

VALUTAZIONE

Ci sono 4 distinte componenti da considerare per il programma correttivo: equinismo, varismo, adduzione, cavizzazione.

Il goal del trattamento è quello di ottenere un piede plantigrado, non doloroso, cosmeticamente accettabile, con buona mobilità e funzionalità, che non richieda scarpe ortopediche.

L'esame del piede, nel neonato, deve comportare la valutazione della morfologia, della presenza di pliche cutanee, della allungabilità, della attività muscolare, ma specialmente della riducibilità.

E' soprattutto la valutazione della riducibilità che offre un ottimo criterio prognostico; più rigido è il piede, più difficile è da correggere in via conservativa (e più si prospetta, quindi, la necessità di intervento chirurgico).

CLASSIFICAZIONE

Si distinguono 3 gradi di piede torto:

1) il piede torto di 1° grado: l'equinismo, il varismo e la supinazione sono modeste. Il varismo e la supinazione sono completamente correggibili, mentre l'equinismo si corregge a non più del 90% (>40% di riducibilità)

2) piede torto di 2° grado: sia l'equinismo che il varismo che la supinazione sono solo parzialmente correggibili (20-40% di riducibilità)

3) piede torto di 3° grado: le tre deformità presentano un grado di riducibilità modesto

TRATTAMENTO

Dalla nascita fino al 3° mese di vita il trattamento del piede torto idiopatico consiste nelle manipolazioni, alternate a correzione con gambaletti in plastica semirigida.

Dopo i 3 mesi è possibile continuare la correzione con i tutori tipo Clubax (fig.3 e 4)



fig.3

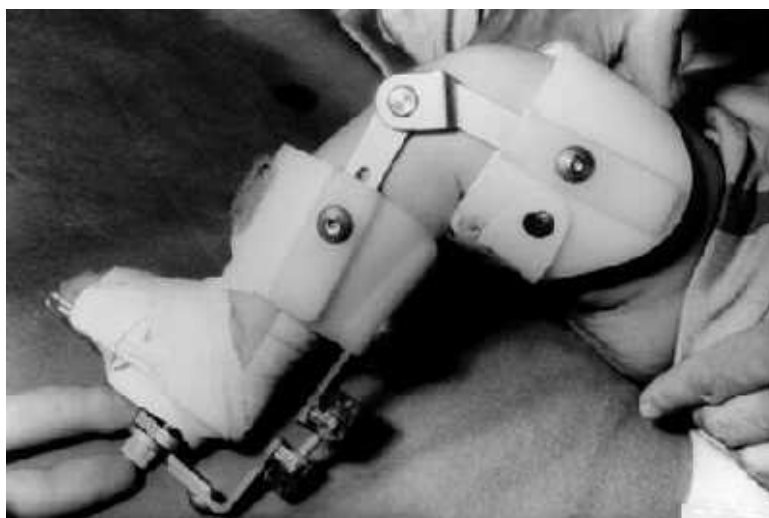


fig.4

Nel piede torto di 1° grado, quest'ultima sarà la terapia di scelta e la correzione ortesica verrà seguita fino a correzione completa della deformità

Nel piede torto di 2° grado, alla fine del 3° mese, è consigliabile la correzione chirurgica che consiste nell'allungamento del tendine d'Achille con capsulotomia della articolazione sottoastraglica e dell'astragalo-tibiale allargata, apparecchio gessato di arto inferiore con cosciale per 3 settimane, e successivamente con gambaleto.

Il trattamento con tutori tipo Clubax completerà e stabilizzerà la correzione.

Nel piede torto di 3° grado, l'intervento è più complesso: allungamento del tendine d'Achille, capsulotomia posteriore, allungamento dei tendini mediali, (tibiale posteriore, flessore breve delle dita, flessore proprio dell'alluce), capsulotomia della articolazione sottoastraglica e della medio-tarsica, con eventuale correzione a livello del tibiale anteriore quando esista una inserzione anomala.