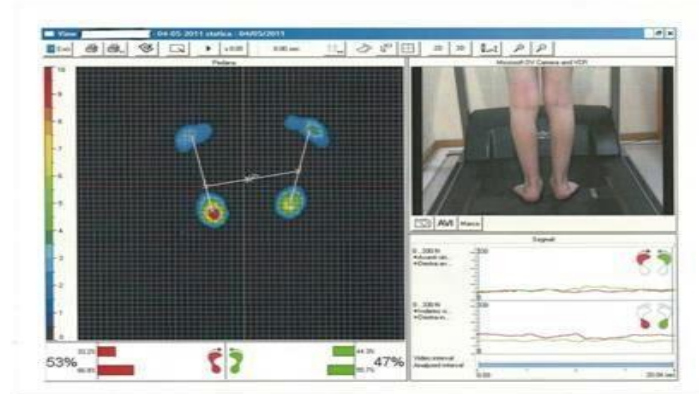


Piede Piatto nel Bambino

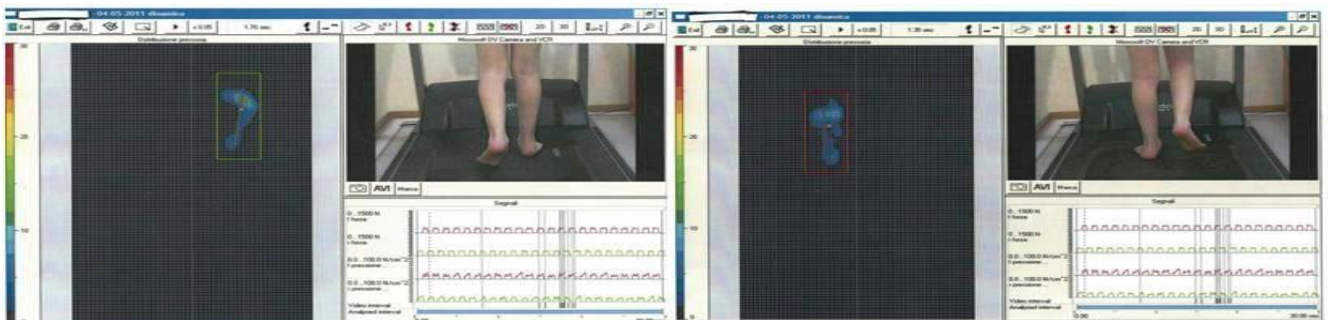


Per “piattismo” si intende un aumento della superficie di appoggio del piede accompagnato da un abbassamento della volta plantare. Nei primi anni di vita il piede è fisiologicamente piatto sia per la conformazione delle ossa del piede che per la relativa insufficienza muscolare. Con la crescita il piede acquisisce progressivamente la struttura che avrà nell’età adulta; generalmente questo si verifica entro i 7-9 anni, esistono tuttavia situazioni nelle quali il piede mantiene un anomalo piattismo verosimilmente per effetto di una condizione congenita e spesso a carattere familiare. Il criterio più importante di valutazione non è tanto quello morfologico, basato sull’esame del piede in posizione statica, quanto un criterio funzionale basato essenzialmente sulla persistenza di una anomala “pronazione” nella fasi portante e propulsiva del passo, momento quest’ultimo nel quale il piede normale ha una fisiologica torsione in “supinazione” che lo irrigidisce e lo rende adatto ad una funzione di spinta. I concetti di “pronazione” e “supinazione” derivano dal fatto che il piede ha una struttura ad elica che, durante le fasi del passo, si svolge (pronazione) nel contatto del tallone al suolo rendendolo adatto ad assorbire le sollecitazioni col terreno, per poi riavvolgersi (supinazione) e irrigidirsi nella fase di stacco dal terreno. Per tale motivo oggi spesso si usa il termine di “sindromi pronatorie” per definire situazioni caratterizzate da anomala pronazione del piede che, dal punto di vista clinico obiettivo si manifestano con una maggior presa di contatto al suolo della superficie plantare, deviazione all’esterno del tallone (valgismo) e all’infuori della parte anteriore del piede (adbuzione). Tuttavia è opportuno tenere distinto il piede piatto valgo, dal piede cavo valgo: questo infatti viene definito come quel piede che sembra piatto ma non lo è. Nel piede piatto valgo il ponte “crolla” venendo così meno la sua volta, mentre nel piede cavo valgo il ponte si “rovescia di lato”, venendo a contatto col suolo (pseudopiattismo) senza evidenti alterazioni architetturali e questo si manifesta alla visione podoscopica con

una zona lineare di appoggio mediale che delimita un'area ovalare esclusa dal carico. Per una corretta diagnosi di "sindrome pronatoria" oggi abbiamo a disposizione sofisticate attrezzature come la pedana baropodometrica computerizzata Treadmill in cui è possibile effettuare misurazioni e valutazioni funzionali sia in statica che in dinamica.



Piede cavo valgo: valutazione statica su pedana Treadmill



Piede cavo valgo: valutazione in dinamica: notare il notevole valgismo del calcagno e la pronazione nella fase portante del passo. A sinistra si può rilevare l'isolamento di un'area ovalare non in carico ad attestare che la volta plantare si rovescia di lato conservando la sua struttura architettonale.

Nella maggior parte dei casi il bambino non accusa alcuna sintomatologia dolorosa, solo in alcuni casi può lamentare dolorabilità sulla parte interna del piede legata alla sollecitazione delle strutture legamentose, tendinee e muscolari, più frequente è invece facile affaticabilità. La sintomatologia diventa più frequente e insistente con la crescita, con l'inizio di un'attività sportiva o comunque attività che richiedano una prolungata stazione eretta. In età evolutiva la deviazione all'esterno dell'avampiede spiega la comparsa di alluce valgo, mentre, specie nel piede cavo valgo, possono comparire alterazioni di tutto l'arto inferiore, in particolare a carico del ginocchio, che presenta una rotazione interna caratterizzata dal cosiddetto "strabismo rotuleo convergente", per cui le rotule anziché essere rivolte in avanti "si guardano". Tale disassetto del ginocchio spiega le frequenti gonalgie specie in concomitanza con attività sportive.

Indicazione al trattamento è il riscontro clinico della patologia indipendentemente dalla sua eventuale sintomaticità. Salvo casi particolari nei primi anni di vita non vengono presi particolari provvedimenti che rischierebbero di interferire con la normale maturazione del piede. Dopo i 6 anni di età si può considerare il trattamento con plantari anche se piuttosto controverso; probabilmente quello con maggiore efficacia è il plantare avvolgente al tallone che mantiene la posizione di correzione del calcagno riducendo il valgismo ed impedendo, con opportuna spinta mediale, la pronazione dell'astragalo. Si tratta del cosiddetto plantare a Spinta Elastica Mediale (S.E.M.) che, messo a confronto in alcuni studi con i plantari tradizionali, ha dimostrato una reale efficacia correttiva.



Esempio di plantare a Spinta Elastica Mediale (S.E.M.)

Nei piedi che non dimostrano miglioramenti e che presentano importanti alterazioni funzionali come una persistente pronazione, in particolare nella fase propulsiva del passo, valutabile efficacemente all'esame baropodometrico, si può proporre il trattamento chirurgico in genere dopo gli 8 – 10 anni

In questi casi l'intervento di elezione è "l'artrosi della sottoastragalica" comunemente noto come "calcaneo stop"; l'intervento consiste nell'inserimento nel piede di un dispositivo simile ad una vite (endortesi) che ha lo scopo di limitare l'eccessiva pronazione e di mantenere il calcagno in una posizione verticale.

L'intervento dà i migliori risultati quando il piede è ancora in crescita in modo che le ossa e le strutture molli si adattino alla nuova situazione e la mantengano indipendentemente dalla presenza dell'endortesi che quindi dopo circa tre anni potrà essere rimossa.

Oltre al posizionamento dell'endortesi può essere necessario aggiungere l'allungamento chirurgico del tendine di Achille che viene effettuato con piccole incisioni posteriori o la ritensione dei legamenti della parte interna del piede che col tempo perdono tensione.

Se l'intervento è limitato al posizionamento dell'endortesi si confeziona un gesso in resina, per 3 settimane, con cui il paziente può deambulare subito eventualmente aiutandosi con stampelle; se vengono associati anche gli altri tempi chirurgici il gambaletto viene mantenuto per 4 settimane, senza carico.



Tempi chirurgici dell'intervento di "artrosi della sottoastraglica" (calcaneo stop)