

SCHEDA INFORMATIVA PER CHIRURGIA AVAMPIEDE

Alluce valgo, deformità delle dita, metatarsalgia

ALLUCE VALGO

L'alluce valgo è una deformità del primo dito del piede, che tende a deviare verso l'esterno, cioè verso le altre dita. Spesso è presente anche una leggera rotazione del dito, con l'unghia che ruotata verso l'interno. Spesso la sporgenza ossea interna (la cosiddetta «cipolla») diventa progressivamente evidente e fastidiosa. Si tratta di una condizione acquisita nel tempo, ma esiste sicuramente una predisposizione familiare o congenita ^[1].

Quando è necessario intervenire?

- L'alluce valgo può essere corretto con un intervento chirurgico quando:
- il dolore è persistente e forte;
- non riesci ad indossare scarpe comode;
- non riesci a camminare o fare sport per il dolore;
- è presente una grave deformità;
- i sintomi peggiorano rapidamente in sei mesi-un anno.

In alcuni casi, soprattutto nei pazienti più giovani, si valuta un intervento a scopo preventivo, per evitare che la deformità peggiori con il tempo.

In nessun caso l'intervento chirurgico è consigliato per meri motivi estetici.

Spesso l'alluce valgo è accompagnato da altre alterazioni dell'avampiede (piede piatto, deformità delle dita minori, metatarsalgia): queste condizioni vengono valutate prima dell'intervento, con esami clinici e radiografici, per decidere se correggerle nello stesso tempo chirurgico.

Qual è l'obiettivo dell'intervento?

Lo scopo della chirurgia è ristabilire la corretta forma e funzione del piede, migliorando sia l'aspetto estetico sia l'appoggio e la stabilità del primo dito.

In cosa consiste l'intervento chirurgico?

In letteratura sono state descritte oltre cento tecniche diverse, per cui non esiste un intervento «standard» per tutti gli alluci valghi. La scelta dipende dalla gravità della deformità e dalle caratteristiche del piede.

Nella nostra unità operativa utilizziamo tecniche sicure e collaudate, riconosciute dalle principali società scientifiche nazionali ed internazionali, selezionando la più adatta per ciascun paziente.

La chirurgia moderna è veloce, rapida, poco dolorosa, in anestesia periferica (non generale).

Le tecniche possono essere essenzialmente distinte in tre tipologie:

1. Osteotomia «open»: l'incisione cutanea è sul lato interno del dito, in modo tale da evitare lo sfregamento della cicatrice con la scarpa. Dopo aver rimosso la sporgenza ossea, le ossa sono tagliate e spostate nella corretta posizione, sulla base di una precisa programmazione preoperatoria. Si procede quindi alla stabilizzazione mediante viti, cambre o piccoli chiodi (fili di Kirschner);
2. Osteotomia «mini-invasiva»: la tecnica è uguale alla precedente, ma vengono eseguite solo piccole incisioni cutanee ed i tagli vengono eseguiti con particolari frese (simili al dentista). La stabilizzazione avviene mediante viti, piccoli chiodi (fili di Kirschner);

3. Artrodesi: indicata nelle deformità gravi o in caso di artrosi avanzata, consiste nel bloccare l'alluce in posizione funzionale così da permettere la normale camminata senza dolore.

Risultati e aspettative ^[1,2,3]

La chirurgia moderna dell'alluce valgo offre ottimi risultati nella maggior parte dei casi. Nella nostra esperienza, qualsiasi intervento sia stato eseguito:

- circa 60% dei pazienti ottiene un risultato eccellente (ottimo aspetto, piede senza dolore, piena soddisfazione);
- circa 35% riferisce un risultato buono (qualche piccola limitazione o lieve fastidio residuo);
- un 5% può avere esiti meno soddisfacenti o complicanze.

Va ricordato che l'alluce valgo nasce da una alterazione biomeccanica dell'intero piede, quindi l'intervento può correggere la deformità, ma non può modificare la predisposizione individuale né azzerare completamente i cambiamenti articolari accumulati negli anni.

Possibili complicanze ^[4]

Ogni tipo di chirurgia presenta un rischio di complicanze o di insuccesso. Il tasso di complicanze dopo la correzione dell'alluce valgo è piuttosto alto, intorno al 10-15%.

Le complicanze possono essere suddivise in:

- generiche: infezioni superficiali e profonde, tromboflebite venosa profonda, embolia polmonare, ritardo o alterata guarigione delle ferite chirurgiche (ulcere, escare, cicatrici inestetiche, cheloidi, ...), alterazioni cutanee (arrossamenti, discromie, mazzamenti, ...), edema residuo, lesione di nervi cutanei sensitivi, formicolio, dolore residuo, iposensibilità, insensibilità, ipersensibilità, intolleranza mezzi di sintesi;
- specifiche: mal consolidazione o ritardo di consolidazione dell'osteotomia, pseudoartrosi, necrosi cefalica, condropatia ed artrosi della MF1, rigidità articolare, disturbi vascolari arteriosi con subcianosi, cianosi, necrosi parziale o totale dita, sporgenze ossee residue o eccessive;
- metatarsalgia da trasferimento, ovvero sui raggi minori; il sovraccarico determina in una prima fase una situazione infiammatoria su base meccanica che tuttavia ben presto evolve in alterazioni strutturali delle parti molli (ipercheratosi ed atrofia del pannicolo adiposo plantare, distensione o rottura della placca plantare e conseguente instabilità o lussazione) o dell'osso, con possibili fratture da stress dei metatarsi.

La recidiva è rara (intorno ai 16% dei casi): nei casi in cui si verificasse, si rende necessario un nuovo intervento.

Queste complicanze sono più frequenti in persone a forte rischio: fumatori, diabetici, con problemi di circolazione o al cuore, patologie reumatologiche e/o metaboliche, condizioni di lassità legamentosa costituzione, alterazioni neuromuscolari^[5].

Anche l'instabilità della prima articolazione cuneiforme-metatarsale, la relativa insufficienza del peroneo lungo, l'eccessiva lunghezza del primo osso metatarsale e dell'alluce, sono considerati fattori favorenti una eventuale recidiva del valgismo^[6].

ALLUCE RIGIDO

L'alluce rigido è una condizione in cui l'articolazione del dito è ridotta, in particolare verso l'alto: di conseguenza, provoca dolore durante l'appoggio ed influenza profondamente il cammino.

A differenza dall'alluce valgo, nell'alluce rigido è il dito è solitamente dritto.

La causa non è tuttora completamente chiara: pure essendo stata descritta una predisposizione familiare per le forme giovanili, spesso l'alluce rigido si manifesta dopo traumi al piede, in persone che svolgono intensa attività sportiva (corsa, bicicletta, salto) oppure che hanno fatto un intervento di correzione dell'alluce valgo. Fattori di rischio importanti sono l'obesità ed il fumo di sigaretta, nonché alcune malattie (gota, artrite reumatoide, sclerodermia).

Cercando di semplificare il più possibile, l'alluce rigido altro non è che la manifestazione dell'artrosi dell'articolazione metatarso-falangea, alla base del dito.

In base alla gravità del quadro clinico e radiografico, possono essere distinti differenti stadi che variano da una semplice limitazione funzionale (*hallux limitus*) ad una grave artrosi con forte dolore e dito bloccato.

Quando è necessario intervenire?

Poiché l'alluce rigido evolve sempre verso una grave artrosi, è opportuno trattarlo il più presto possibile.

Mentre un intervento negli stadi iniziali permette di conservare il movimento del dito, quando la diagnosi è tardiva, l'unico intervento possibile consiste nel bloccare l'articolazione (artrodesi).

In cosa consiste l'intervento chirurgico?

Gli interventi proposti più frequentemente sono:

- **cheiloplastica:** si rimuove la protuberanza ossea sul dorso del dito al fine di ridurre il conflitto con la scarpa, diminuire il dolore e migliorare il movimento dell'alluce;
- **osteotomia correttiva:** dopo aver rimosso la protuberanza sul dorso, le ossa sono tagliate e spostate nella corretta posizione, sulla base di una precisa programmazione preoperatoria. Si procede quindi alla stabilizzazione mediante viti, cambre o piccoli chiodi (fili di Kirschner).
- **artrodesi:** si esegue quando l'artrosi è grave, e consiste nel bloccare le ossa dell'alluce. L'artrodesi ti permette di camminare senza alcun dolore né difficoltà in quanto l'alluce viene posizionato nel modo migliore dal punto di vista funzionale.

I risultati e le possibili complicanze sono le stesse dell'alluce valgo

DEFORMITÀ DELLE DITA MINORI

Le dita possono presentarsi come:

- **dito a martello:** il dito è piegato all'inizio (interfalangea prossimale, IFP);
- **dito a maglio:** il dito è piegato alla punta (interfalangea distale, IFD);
- **dito ad artiglio (en griffe):** il dito è sollevato e totalmente piegato verso il basso, come l'artiglio di una tigre

Di solito è coinvolto il secondo dito, ma il problema può interessare anche gli altri. È frequente che il dito a martello si associ all'alluce valgo, contribuendo al dolore e alla difficoltà nel camminare o indossare scarpe.

Le cause della deformità delle dita minori possono essere differenti: principalmente sono dovute ad uno squilibrio tra tendini estensori e flessori delle dita, a patologie neurologiche (ictus cerebri), al piede cavo.

Può comparire sia negli uomini che nelle donne.

Quando è indicato l'intervento chirurgico?

L'intervento chirurgico è consigliato quando il dito:

- è rigido;
- è doloroso o presenta callosità importanti;
- causa difficoltà nel calzare le scarpe o dolore sotto la pianta del piede.

Bisognerebbe valutare l'intervento con attenzione: si esegue solo quando è davvero necessario e quando i benefici superano i rischi. A volte, infatti, può essere preferibile lasciare un dito leggermente flesso ma indolore, piuttosto che ottenere un dito perfettamente dritto ma troppo rigido.

In cosa consiste l'intervento chirurgico?

Lo scopo dell'intervento è raddrizzare il dito e migliorare l'appoggio.

A seconda della situazione e della gravità, possono essere eseguiti tagli per allungare i tendini oppure la fusione chirurgica (artrodesi) dell'articolazione coinvolta. Questo permette di estendere il dito e farlo tornare in posizione corretta.

A volte è necessario liberare i tessuti retratti alla base del dito od associare una correzione se presente una sublussazione o lussazione dell'articolazione alla base del dito.

La stabilizzazione dell'osso può essere effettuata con un semplice cerotto di contenzione, piccoli chiodi (fili di Kirschner che spuntano dal dito e vengono normalmente rimossi a 4-6 settimane) oppure piccole viti

Possibili complicanze ^[7]

Ogni tipo di chirurgia presenta un rischio di complicanze o di insuccesso. Le complicanze più frequenti dopo la correzione delle deformità delle dita minori sono:

- generiche: infezioni superficiali e profonde, tromboflebite venosa profonda, embolia polmonare, ritardo o alterata guarigione delle ferite chirurgiche (ulcere, escare, cicatrici inestetiche, cheloidi, ...), alterazioni cutanee (arrossamenti, discromie, mazzamenti, ...), edema residuo, lesione di nervi cutanei sensitivi, formicolio, dolore residuo, iposensibilità, insensibilità, ipersensibilità, intolleranza mezzi di sintesi;
- specifiche: mal consolidazione o ritardo di consolidazione dell'osteotomia/artrodesi, pseudoartrosi, rigidità articolare, disturbi vascolari arteriosi con subcianosi, cianosi, necrosi parziale o totale dita, sporgenze ossee residue o eccessive, iperestensione del dito; gangrena o necrosi del dito (questo perché la circolazione delle dita dei piedi è già di per sé delicata e può essere compromessa in presenza di deformità datate);

Queste complicanze sono più frequenti in persone a forte rischio: fumatori, diabetici, con problemi di circolazione o al cuore. Inoltre, quando le dita da operare sono più di una, il rischio di complicanze aumenta considerevolmente.

La recidiva è alquanto rara (<5% dei casi): nei casi in cui si verificasse, si rende necessario un nuovo intervento.

METATARSALGIA

Metatarsalgia è un termine generico per definire la comparsa di dolore sotto la pianta dell'avampiede, alla radice delle dita. Si tratta di una patologia molto comune che, a seconda della gravità, può creare un semplice fastidio fino a impedire del tutto la camminata. Si associa frequentemente ad altre deformità come l'alluce valgo e il dito a martello.

La metatarsalgia può essere causata da uno squilibrio meccanico del piede che determina una cattiva distribuzione del carico: nella maggior parte dei casi è associato all'alluce valgo, al piede piatto o cavo, all'artrosi del piede. Altre cause possono essere i traumi, la pratica di attività sportive eccessive (corsa, tennis), la presenza di un Neuroma di Civinini-Morton, la gotta, il diabete o l'artrite reumatoide.

È invece molto raro che siano dovute all'obesità; altrettanto, non è dimostrata alcuna relazione tra calzature e comparsa di metatarsalgia: ciononostante, l'utilizzo di calzature incongrue e rigide (come scarpe anti-infortunistica) per tempi prolungati può causare l'insorgenza di dolore.

Quando è indicato l'intervento chirurgico?

Quando il dolore è intenso e non risponde alle terapie conservative (come plantari o fisioterapia mirata), si può ricorrere alla chirurgia correttiva.

In cosa consiste l'intervento chirurgico?

Il trattamento correttivo della metatarsalgia prevede l'esecuzione di tagli delle ossa metatarsali (osteotomie), per ridurre il sovraccarico ed ottenere un migliore appoggio del piede. Si possono eseguire incisioni minime o più ampie, a seconda della necessità e della presenza contemporanea di altre problematiche (neuroma di Civinini-Morton, deformità delle dita minori).

La stabilizzazione dell'osso può essere effettuata con un semplice cerotto di contenzione, piccoli chiodi (fili di Kirschner che spuntano dal dito e vengono normalmente rimossi a 4-6 settimane) oppure piccole viti

Considerazioni e risultati

La chirurgia della metatarsalgia è una procedura delicata, che richiede un'attenta valutazione preoperatoria e un'indicazione precisa all'intervento. Sebbene possa offrire ottimi risultati in termini di riduzione del dolore e miglioramento della deambulazione, va eseguita con prudenza, poiché il rischio di complicanze o risultati parziali è superiore rispetto ad altre procedure del piede.

Possibili complicanze^[9]

Ogni tipo di chirurgia presenta un rischio di complicanze o di insuccesso. Le complicanze più frequenti dopo il trattamento della metatarsalgia sono:

- generiche: infezioni superficiali e profonde, tromboflebite venosa profonda, embolia polmonare, ritardo o alterata guarigione delle ferite chirurgiche (ulcere, escare, cicatrici inestetiche, cheloidi, ...), alterazioni cutanee (arrossamenti, discromie, mazzamenti, ...), edema residuo, lesione di nervi cutanei sensitivi, formicolio, dolore residuo, iposensibilità, insensibilità, ipersensibilità, intolleranza mezzi di sintesi;
- specifiche: mal consolidazione o ritardo di consolidazione dell'osteotomia, pseudoartrosi, necrosi della testa metatarsale, condropatia ed artrosi della metatarso-falangea, rigidità articolare, disturbi vascolari arteriosi con subcianosi, cianosi, necrosi parziale o totale dita, sporgenze ossee residue o eccessive; metatarsalgia residua; ipercheratosi; floating toe (instabilità della metatarso-falangea)

Queste complicanze sono più frequenti in persone a forte rischio: fumatori, diabetici, con problemi di circolazione o al cuore. Inoltre, quando le dita da operare sono più di una, il rischio di complicanze aumenta considerevolmente.

NEUROMA DI MORTON

Il neuroma di Civinini-Morton è una condizione dovuta all'intrappolamento di un nervo (generalmente il secondo o il terzo ramo digitale comune del piede, o entrambi).

Colpisce più frequentemente le donne tra i 40 e i 60 anni. Di solito è presente un solo neuroma, anche se in una piccola percentuale di casi (circa il 4,6%) possono esserci più localizzazioni nello stesso piede. La forma bilaterale, cioè presente su entrambi i piedi, è invece rara.

Questa condizione nasce da uno squilibrio meccanico del piede: un appoggio plantare scorretto aumenta la pressione sull'avampiede, provocando irritazione e infiammazione cronica del nervo. Tra i fattori predisponenti troviamo: piede piatto, sovrappeso o obesità, diabete mellito, artrite reumatoide, calzature troppo strette o rigide, attività sportive intense o prolungate (come corsa, sci o golf).

È importante sapere che il neuroma di Morton non è un tumore: si tratta di una reazione fibrotica, cioè la formazione di un piccolo tessuto cicatriziale intorno al nervo, dovuta all'infiammazione. Questo tessuto comprime il nervo, causando dolore, bruciore o formicolio nella parte anteriore del piede.

Quando è necessario l'intervento chirurgico?

L'intervento chirurgico è indicato dopo il fallimento dei trattamenti conservativi od infiltrativi, per neuromi multipli o di dimensione superiore a 11mm, o in caso di contemporaneo trattamento di altre problematiche dell'avampiede (alluce valgo, dita a martello).

In cosa consiste l'intervento chirurgico?

L'operazione consiste essenzialmente nella neurectomia (ovvero l'asportazione chirurgica): si asporta il tratto finale del nervo digitale comune, compreso il neuroma con le sue sottili espansioni plantari. La neurectomia può essere effettuata mediante approcci dorsale o plantare: si predilige l'incisione dorsale perché conferisce maggiori garanzie di successo e presenta meno complicanze.

Risultati ed aspettative

I risultati dei trattamenti chirurgici in caso di neuroma di Morton sono soddisfacenti nel 95%, anche se i pazienti possono presentare lievi disturbi locali. Ogni paziente (ed ogni piede) reagisce a suo modo all'intervento chirurgico.

Possibili complicanze ^[10]

La recidiva è alquanto rara (<3% dei casi): nei casi in cui si verificasse, si rende necessario un nuovo intervento pressoché risolutivo, in questo caso con approccio plantare.

Le complicanze più frequenti dopo il trattamento del neuroma di Civinini-Morton sono:

- generiche: infezioni superficiali e profonde, tromboflebite venosa profonda, embolia polmonare, ritardo o alterata guarigione delle ferite chirurgica (ulcere, escare, cicatrici inestetiche, cheloidi, ...), alterazioni cutanee (arrossamenti, discromie, mazzamenti, ...), edema residuo, lesione di nervi cutanei sensitivi, formicolio, dolore residuo, iposensibilità, insensibilità, ipersensibilità;
- specifiche: rigidità articolare, disturbi vascolari arteriosi con subcianosi, cianosi, necrosi parziale o totale dita; metatarsalgia residua; anestesia/ipoestesia/ipertestesia metatarsale e/o digitale;

Queste complicanze sono più frequenti in persone a forte rischio: fumatori, diabetici, con problemi di circolazione o al cuore. Inoltre, quando le dita da operare sono più di una, il rischio di complicanze aumenta considerevolmente.

DOPO L'INTERVENTO

Alla dimissione, il paziente può camminare con l'aiuto di due stampelle; grazie ad una specifica scarpa postoperatoria, il carico è completo permettendo molte delle attività quotidiane.

Nei primi giorni postoperatori sono indicati:

- protocollo di esercizi da svolgere a casa, per recuperare in tempi rapidi il movimento dell'alluce;
- farmaci per limitare il dolore, il gonfiore ed il rischio di trombi nelle vene (terapia eparinica).

Eventuali terapie in corso (pillola estro-progestinica, terapie per il cuore, pressione, diabete, ...) sono ripristinate in accordo con proprio Medico Curante.

La prima medicazione è fissata a 7-10 giorni dall'intervento, ed il controllo clinico-radiografico a 30-40 giorni.

La fisioterapia non è solitamente necessaria, e viene riservata a casi specifici.

La guida di veicoli è consentita solo dopo 45-60 giorni dall'intervento chirurgico, a seconda della tecnica eseguita.

Di solito è consigliato l'utilizzo di un tutore solo di notte per i primi sei mesi postoperatori, al fine di minimizzare eventuali recidive.

DOMANDE GENERALI

Cosa potrebbe succedere se non mi operassi?

La visita specialistica serve proprio a valutare se sia opportuno o meno procedere con un intervento chirurgico.

La decisione viene sempre presa insieme, dopo un confronto tra paziente e chirurgo: è fondamentale capire bene il motivo dell'intervento e condividere la scelta con il proprio chirurgo di riferimento.

Le cure non chirurgiche per l'alluce valgo e per molte altre deformità dell'avampiede non possono correggere definitivamente il problema: possono solo alleviare i sintomi o rallentarne la progressione.

Se si decide di non operare, spesso la deformità tende a peggiorare nel tempo, rendendo poi l'intervento più complesso e con risultati meno soddisfacenti.

Un alluce valgo sintomatico non trattato può infatti portare, con il tempo, ad artrosi precoce (degenerazione articolare), deformità secondarie come dita a martello o ad artiglio, metatarsalgia.

L'intervento chirurgico, invece, permette di correggere in modo definitivo il valgismo dell'alluce o delle dita, risolvendo i disturbi legati alla deformità. È comunque importante ricordare che, come per ogni procedura chirurgica, esiste sempre un minimo rischio e una parte di imprevedibilità.

Esistono controindicazioni all'intervento?

In generale non esistono vere e proprie controindicazioni assolute all'intervento chirurgico.

Tuttavia, ci sono alcune condizioni che richiedono maggiore prudenza nella valutazione dell'opportunità di operare.

È importante discutere con il chirurgo se sono presenti situazioni come:

- Età avanzata
- Problemi di circolazione a livello del piede o della gamba
- Malattie cutanee (come ulcere o infezioni tipo erisipela)
- Terapie croniche con cortisone o farmaci immunosoppressori
- Diabete o altre malattie sistemiche (metaboliche, vascolari, reumatologiche)
- Malattie neurologiche (come morbo di Parkinson, neuropatie, esiti di paralisi o paresi);
- disturbi psicologici o cognitivi

Infine, vanno sempre considerate le necessità funzionali, lavorative e sportive della persona, per adattare la scelta e il tipo di intervento al suo stile di vita

Dovrò fare fisioterapia?

Dopo l'intervento non sempre è necessario un ciclo di fisioterapia, soprattutto nei casi in cui sia stata eseguita solo la correzione dell'alluce: in questi casi, al paziente viene solitamente consegnato un programma di esercizi da svolgere in autonomia a casa.

In realtà, la migliore fisioterapia è il cammino stesso: il piede, appoggiandosi progressivamente al suolo, recupera naturalmente la funzione e la mobilità. È però importante utilizzare una scarpa comoda, ben allacciata, con tomaia morbida e suola stabile e ammortizzata, preferibilmente di tipo sportivo.

La fisioterapia specifica viene invece prescritta solo in casi particolari o in presenza di complicanze durante il recupero postoperatorio.

Mediamente quali sono i tempi di guarigione?

È difficile dare una risposta valida per tutti, perché ogni paziente è diverso e il recupero può variare in base al tipo di intervento e alle caratteristiche personali.

Nei casi standard di chirurgia semplice (ad esempio per un alluce valgo isolato), il cammino è consentito da subito grazie all'uso di una scarpa postoperatoria a carico sul tallone (scarpa ad appoggio retropodalico).

In questa fase è possibile svolgere brevi attività domestiche, ma è fondamentale tenere il piede sollevato il più possibile per ridurre gonfiore, dolore e favorire una buona guarigione delle ferite.

Dopo circa 5 settimane, tolta la scarpetta postoperatoria, si può indossare una scarpa comoda tipo ginnastica e riprendere a camminare più a lungo.

La guida di veicoli è solitamente consentita dopo 45–60 giorni dall'intervento.

Dopo circa 2 mesi è possibile indossare una scarpa con tacco fino a 6 cm, mentre calzature più alte potranno essere riprese in base alle abitudini individuali.

Il recupero completo avviene in media entro 3 mesi, mentre per attività sportive più impegnative (come la corsa) servono almeno 5 mesi.

È importante non esporre la cicatrice al sole diretto per il primo anno, per evitare che si scurisca in modo permanente. Se ci si espone al sole, va sempre usata una crema con protezione solare totale.

Infine, ricordiamo che ogni paziente ha tempi di guarigione personali: in alcuni casi il recupero può richiedere fino a 12 mesi.

Cosa significa «risultati non soddisfacenti» nella chirurgia dell'avampiede?

Nella nostra esperienza, qualsiasi intervento sia stato eseguito:

- circa 60% dei pazienti ottiene un risultato eccellente (ottimo aspetto, piede senza dolore, piena soddisfazione);
- circa 35% riferisce un risultato buono (qualche piccola limitazione o lieve fastidio residuo);
- un 5% può avere esiti meno soddisfacenti o complicanze.

È importante sottolineare che, nella chirurgia dell'avampiede, il rischio di risultati non pienamente soddisfacenti non è trascurabile. Per questo motivo è fondamentale valutare con attenzione diversi aspetti medici prima di decidere l'intervento. Le principali considerazioni riguardano:

- La natura delle deformità dell'avampiede: si tratta spesso di alterazioni di origine costituzionale e familiare, presenti da molti anni o addirittura dalla nascita;
- Il profilo dei pazienti candidati all'intervento: la maggior parte appartiene alla terza età e può presentare più patologie concomitanti;
- Le condizioni delle articolazioni da trattare, spesso già compromesse da processi degenerativi;
- La natura stessa della chirurgia del piede: si tratta di una chirurgia ricostruttiva e riparativa, il cui obiettivo è ristabilire l'equilibrio e la funzionalità del piede, non semplicemente «sostituire» le strutture danneggiate;

- La complessità anatomica del piede e della caviglia: questo distretto è formato da 32 ossa collegate tra loro, che devono muoversi in modo coordinato. Tale complessità rende impossibile correggere tutte le alterazioni in un solo intervento;
- La necessità di intervenire su più sedi contemporaneamente: in molti casi è necessario operare più articolazioni o segmenti del piede, aumentando così il rischio di complicanze e la variabilità dei risultati.

Domande, dubbi, perplessità?

PRIMA di un intervento chirurgico è importante chiarire ogni dubbio o incertezza, senza timore di essere fraintesi o giudicati: fare domande, chiedere spiegazioni e condividere eventuali timori è un diritto del paziente e un passaggio fondamentale per affrontare l'intervento con serenità e consapevolezza.

La decisione di sottoporsi a un intervento deve essere una scelta personale e responsabile, presa in piena consapevolezza: il compito del chirurgo è proprio quello di fornire tutte le informazioni necessarie sul tipo di intervento, sui possibili risultati (che possono essere totali, parziali, temporanei o definitivi) e sui rischi di insuccesso, in modo che il paziente possa decidere in modo informato e consapevole.

Riferimenti

1. Zirngibl B, Grifka J, Baier C, Götz J. Hallux valgus : Ätiologie, diagnostische und therapeutische Prinzipien [Hallux valgus : Etiology, diagnosis, and therapeutic principles]. Orthopade. 2017 Mar;46(3):283-296. German. doi: 10.1007/s00132-017-3397-3. PMID: 28251259.
2. Fukushi JI, Tanaka H, Nishiyama T, Hirao M, Kubota M, Kakihana M, Nozawa D, Watanabe K, Okuda R. Comparison of outcomes of different osteotomy sites for hallux valgus: A systematic review and meta-analysis. J Orthop Surg (Hong Kong). 2022 May-Aug;30(2):10225536221110473. doi: 10.1177/10225536221110473. PMID: 35836406.
3. Alimy AR, Polzer H, Ocokoljic A, Ray R, Lewis TL, Rolvien T, Waizy H. Does Minimally Invasive Surgery Provide Better Clinical or Radiographic Outcomes Than Open Surgery in the Treatment of Hallux Valgus Deformity? A Systematic Review and Meta-analysis. Clin Orthop Relat Res. 2023 Jun 1;481(6):1143-1155. doi: 10.1097/CORR.0000000000002471. Epub 2022 Nov 4. PMID: 36332131; PMCID: PMC10194698.
4. Milano L. Complicanze nella chirurgia dell'alluce valgo. GIOT 2020; 46:239-251; doi 10.32050/0390-0134-225
5. Duan X, Kadakia AR. Salvage of recurrence after failed surgical treatment of hallux valgus. Arch Orthop Trauma Surg. 2012 Apr;132(4):477-85. doi: 10.1007/s00402-011-1447-6. Epub 2011 Dec 29. PMID: 22205157.
6. Dayton PD. Evidence Based Bunion Surgery. Springer Int 2018
7. Phisitkul P. Managing Complications of Lesser Toe and Metatarsophalangeal Joint Surgery. Foot Ankle Clin. 2018 Mar;23(1):145-156. doi: 10.1016/j.fcl.2017.09.010. Epub 2017 Nov 28. PMID: 29362029.
8. Charen DA, Markowitz JS, Cheung ZB, Matijakovich DJ, Chan JJ, Vulcano E. Overview of Metatarsalgia. Orthopedics. 2019 Jan 1;42(1):e138-e143. doi: 10.3928/01477447-20181206-06. Epub 2018 Dec 13. PMID: 30540873.
9. Reddy VB. Metatarsal Osteotomies: Complications. Foot Ankle Clin. 2018 Mar;23(1):47-55. doi: 10.1016/j.fcl.2017.10.001. Epub 2017 Nov 20. PMID: 29362033.
10. Lu VM, Puffer RC, Everson MC, Gilder HE, Burks SS, Spinner RJ. Treating Morton's neuroma by injection, neurolysis, or neurectomy: a systematic review and meta-analysis of pain and satisfaction outcomes. Acta Neurochir (Wien). 2021 Feb;163(2):531-543. doi: 10.1007/s00701-020-04241-9. Epub 2020 Feb 13. PMID: 32056015.