

ALLUCE RIGIDO



Per alluce rigido si intende un processo artrosico primitivo della 1°MP. Regnaud lo definisce come un attacco osteofitico degenerativo e anchilosante che colpisce simultaneamente tutti gli elementi della MP: testa di M1, base di P1, sesamoidi, ligamenti e capsula articolare. Questa definizione esclude le artrosi da causa comune, in particolare quelle che complicano un A.V., quelle secondarie ad una osteocondrite della testa di M1, ad una lussazione traumatica. Sono naturalmente escluse le

artrosi da malattie artritiche metaboliche (gota) o infiammatorie (S. di Fiechter-Leroy-Reiter).

Non si metteranno da parte una serie di dolori MP importanti del giovane adulto, spesso sportivo, esposto a microtraumi.

Si tratta di una malattia cartilaginea, evolutiva verso un raddrizzamento, non di un'artrosi in senso anatomico-patologico, ma piuttosto di una condrolisi un po' simile a quella della coxite laminare.

L'A.R. è frequente e colpisce soprattutto dopo i 40 anni, spesso bilateralmente

Anatomia Patologica

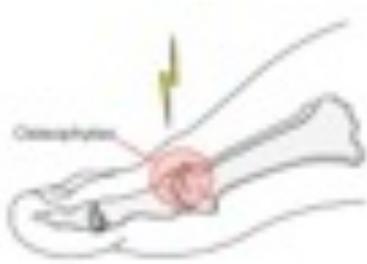
La cartilagine si presenta assottigliata, atrofica, fissurata e ulcerata. L'osso giustapposto si presenta osteoporotico e sclerotico. Si sviluppano osteofiti. La capsula è iperemica con proliferazione fibroblastica.

Eziologia

Si pensa ad una iperpressione sull'articolazione. L'uso di scarpe con tacchi, generatrici di microtraumi assiali potrebbe essere ipotizzata se non fossero preferiti gli uomini. Ha un ruolo l'avampiede egizio nel quale la lunghezza esagerata del 1° dito lo espone a microtraumi ripetuti contro la scarpa. Si pensi all'inclinazione in un alluce abdotto o alla deformazione di un A.V. dove gli elementi capsulo-legamentosi e tendinei interni sono robusti, nella genesi di un A.R. Qualche che sia la causa sopravviene l'artrosi che evolve rapidamente in anchilosi in flessione plantare. La testa di M1 cede il suo carico a quella di P1 dove si sviluppa una iperpressione. Per effetto dell'allungamento del 1° raggio si sollevano i raggi medi e nell'evoluzione si hanno metatarsalgie mediane.

Clinica

All'inizio è presente solo un dolore alla dorsiflessione della 1°MP. Questo dolore sovrviene nella fase terminale del passo, dopo affaticamento e a fine giornata.



Simultaneamente si formano gli osteofiti che formano una barra dorsale e interna e una tumefazione dura della regione. Questi osteofiti sono molto diversi per la loro posizione dorsale e la loro forma spigolosa rispetto all'esostosi dell'A.V. Provocano un conflitto con la scarpa che per lungo tempo può essere l'unico segno della malattia. Il

malato per evitare la flessione dorsale del piede posteriore utilizza diversi espedienti: marcia sul bordo esterno del piede (durone sotto la testa di M5), diminuisce l'ampiezza del passo posteriore. Poco a poco si va verso un'anchilosi in flessione plantare e in questa fase i dolori articolari diventano più rari. La fine del passo posteriore avviene allora a spese dell'interfalangea dell'alluce che a poco a poco diviene eretta per lassità legamentosa e comparirà un durone plantare a livello del condilo interno della P1. L'anchilosi in flessione plantare della MP e l'esagerata dorsiflessione dell'interfalangea formano la deformità a barchetta dell'alluce, il cui assetto è evidenziato dalla prominente dorsale degli osteofiti MP e dalla prominente plantare del durone interfalangeo (fig.2).



Radiologia

I segmenti rx.grafici dell'artrosi sono completi e si accentuano durante l'evoluzione; compaiono discretamente all'inizio. Si ha un pinzamento dell'interlinea articolare con sclerosi dei capi e geodi che non devono far pensare alla gotta. Gli osteofiti deformano la testa metatarsale e la base della falange. Per lo più le altre articolazioni del piede sono indenni.



Trattamento

Si prescrivono antalgici e antinfiammatori. L'impiego di cortisonici segue le indicazioni del caso. Si asportano i duroni a livello di M5 e P1. Si possono utilizzare ortesi (fig.3) per mantenere la flessione dorsale più a lungo possibile che si compongono di un appoggio plantare dell'alluce. Lo scopo è limitare la flessione dorsale della 1° MP durante la marcia e ridurre il dolore. Se l'appoggio della 1° testa metatarsale è indolore, caso più frequente, un semplice appoggio retrocapitato restituisce la possibilità di passo posteriore. A questo appoggio va associato un vuoto elettivo in corrispondenza di M1 in caucciù (fig.3A); così si sospende il 1° raggio e si mette in condizione P1 di sopportare, senza schiacciarsi, il peso durante l'appoggio. Tale apparecchio rischia però di aumentare il conflitto dorsale della testa metatarsale

con la comparsa di osteofiti; perciò va associata una protezione di questa regione. Allorché l'appoggio sotto la testa di M1 è doloroso si ricorrerà a barre retrocapitate che sollevino le teste medie. Lo scopo è di evitare i movimenti dolorosi della MP.

Con la fisioterapia si cercherà di conservare la mobilità in flessione dorsale il più a lungo possibile tramite mobilizzazione.

Trattamento chirurgico tradizionale

- Rimozione degli osteofiti. Nei pazienti che presentano un conflitto fra scarpe e osteofiti questo tipo di intervento è semplice ma comporta recidive.

- Un 2° tipo di intervento mira a ridare all'articolazione una mobilità in flessione dorsale indolore. Per fare ciò si può fare l'ablazione della base di P1 il che crea una neoarticolazione fibrocartilaginea. Si deve evitare di resecare poco (permane il dolore) o di resecare troppo (l'alluce resta troppo mobile e causa un'insufficienza del 1° raggio con metatarsalgie medie molto penose).

- Si possono usare protesi in silastic (tipo Swanson).

Queste hanno alcuni inconvenienti:

+ non migliorano la mobilità, ma il dolore;

+ un'infezione richiede l'eliminazione della protesi;

+ la protesi, dopo un certo utilizzo, si frattura alla punta.

- Un 3° tipo di intervento è l'artrodesi MP che presenta la difficoltà di regolare bene l'artrodesi: se la dorsiflessione è insufficiente il sollievo sarà solo parziale; se è esagerata ci sarà un'insufficienza del 1° raggio con metatarsalgie mediane e conflitto dorsale della 2° falange. In pratica il grado di flessione dorsale va calcolato in rapporto all'altezza abituale del tacco che si usa (questo spiega perché questo tipo di intervento è più usato nell'uomo che nella donna).



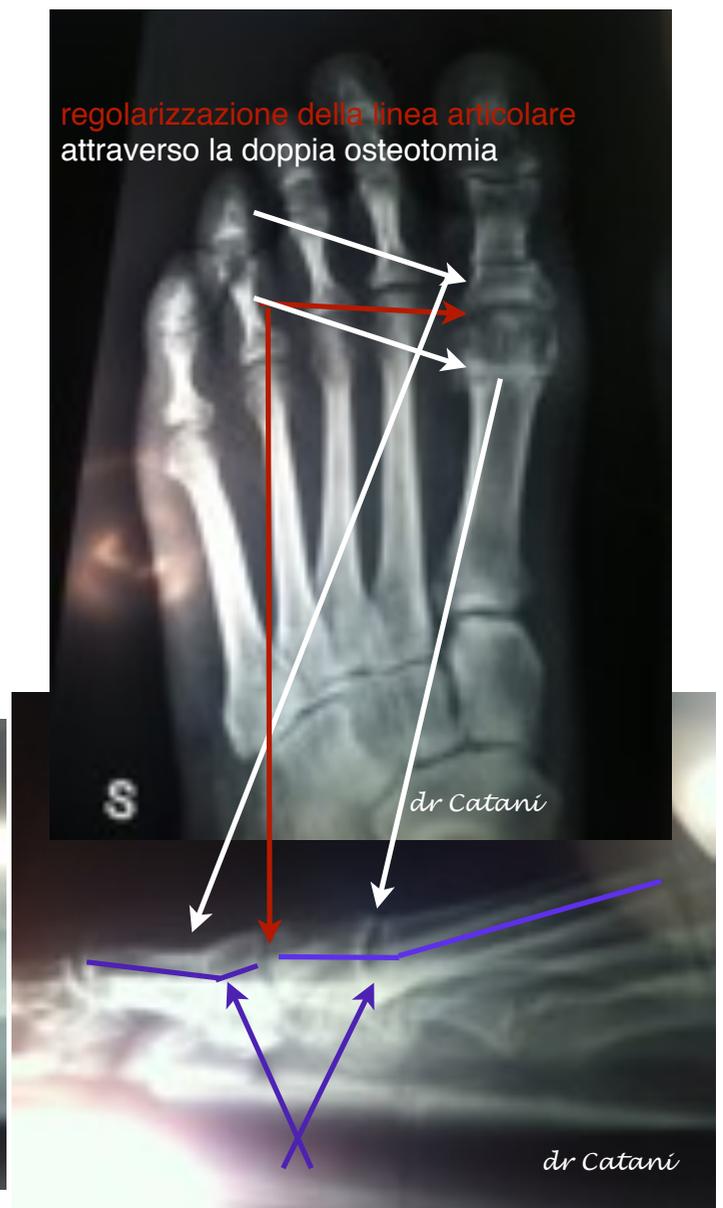
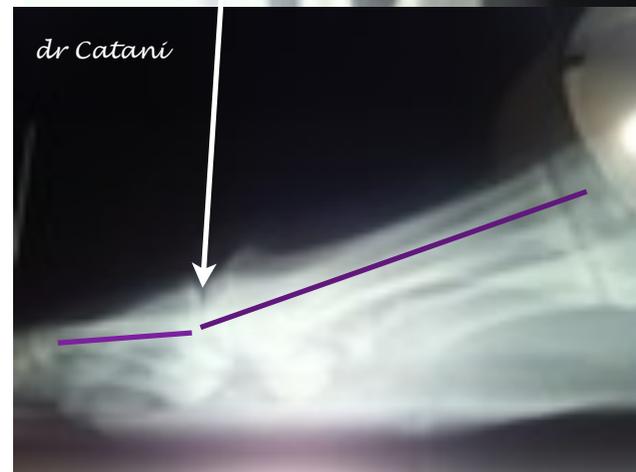
Trattamento chirurgico mininvasivo:

il trattamento m.i. prevede attraverso dei mini accessi percutanei di rimuovere le esostosi dorsali, di aumentare lo spazio articolare e di consentire una maggiore flessione dorsale del primo dito.

Tale tipo di intervento trova indicazione massima nei soggetti relativamente giovani e nelle forme iniziali, ma già dolorose della patologia.

Di solito sono previste due diverse osteotomie : la prima , detta di Valenti, che prevede un cuneo di sottrazione a base dorsale sul collo della testa del primo metatarso ed una falangea con medesimo principio di dorsalizzazione della falange prossimale con una osteotomia a cuneo, tipo Akin , ma a base dorsale.

Il carico postoperatorio è immediato, con adeguato bendaggio, ed i risultati a distanza sembrano essere molto incoraggianti.



Effetto dorsalizzante della doppia osteotomia