



Dr Ottorino Catani
chirurgo ortopedico
ospedale San Paolo
sez. chirurgia del piede
Napoli

ALLUCE VALGO IN PERCUTANEA

Questa tecnica si inserisce nell'ambito delle pratiche chirurgiche mininvasive, così di moda in quest'ultimo periodo. In realtà la possibilità di diminuire al massimo l'esposizione dei tessuti molli e ossei senza mortificarli, come con un atto chirurgico tradizionale a cielo aperto, offre la possibilità di garantire al paziente un minor rischio di infezioni postoperatorie, meno dolore, un decorso postoperatorio più veloce ed un risultato estetico finale più gradevole ed efficace.

La tecnica mininvasiva di chirurgia dell'avampiede appare negli Stati Uniti intorno agli anni '70.

Attualmente questa tecnica è utilizzata per un buon 50 % degli alluci valghi. E' grazie al dr Del Prado, chirurgo ortopedico spagnolo che questa tecnica sbarca in Europa e inizia un suo riconoscimento scientifico.

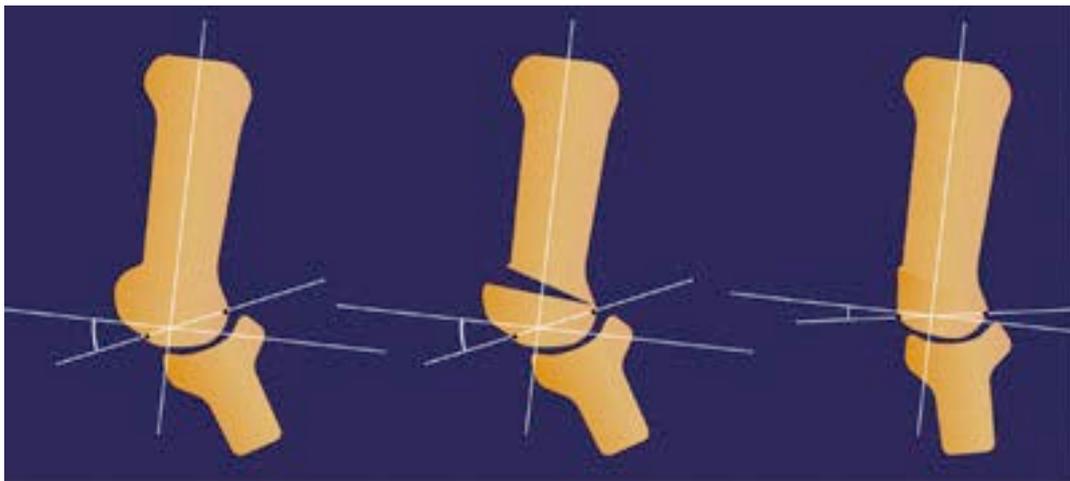
la tecnica si pone come obiettivi gli stessi della chirurgia a cielo aperto:

Riduzione del volume dell'esostosi

Riorientamento della superficie articolare del primo metatarso (osteotomia di Boche o Reverdin Isham)

Artrolisi articolare della metatarso falangea

Riorientamento della prima falange grazie ad una osteotomia di varizzazione (osteotomia di Akin)



-Per questo tipo di intervento necessitano alcuni mezzi specifici:

- uno strumentario a mano
- un amplificatore di brillantezza
- un motorizzato

nello strumentario a mano si ricorre all'utilizzo di un bisturi o portalamina di Beaver che ha il vantaggio di incidere lungo l'asse del bisturi per una larghezza di soli 3 mm, uno scolla periostio, una raspa ed un cucchiaino odontoiatrico per la raccolta e la fuoriuscita dei detriti ossei provenienti dall'esostosectomia



L'amplificatore di brillantezza, come per altri tipo di intervento, è necessario perchè questa metodica si svolge completamente a cielo chiuso. Anzi il numero degli scatti previsti richiederebbe un amplificatore tipo "mini view" per piccole articolazioni e a bassa emissione tipo quelli utilizzati per le angiografie.



Un motorizzato, tipo odontoiatrico con frese tipo Lindemann, per le osteotomie e la resezione dell'esostosi con manipolo orizzontale (asse di rotazione parallelo a quello del motore) ed improntato a velocità relativamente bassa con massimo 14.00 giri



Il primo puntiforme accesso è infero mediale alla testa del primo metatarso ove si procede alla fresatura dell'esostosi che viene frammentata e drenata attraverso l'accesso quasi fosse pappa ossea mischiata a residui di tessuti molli (velocità di giri 8000 - 15.000 massimo per evitare la bruciatura dei tessuti molli o del tessuto osseo)



Dallo stesso accesso si procede quindi alla osteotomia del collo del primo metatarso con angolazione obliqua di 45 ° da distale dorsale a plantare prossimale o rispettando la corticale laterale (Reverdin Isham) e quindi realizzando una correzione tipo cuneo di sottrazione laterale o intaccando la corticale laterale (Boch) che seguita da una pressione esterna sulla testa del metatarso decapitata ne favorisca la traslazione correttiva laterale.

Con un secondo accesso puntiforme laterale dorsale in prossimità dell'articolazione metatarso falangea si procede all'artrolisi con tenotomia dell'adduttore per via percutanea



Con il terzo accesso puntiforme mediale . posizionato alla base della prima falange si esegue l'osteotomia basale della stessa (Akin) per ribadire il gesto correttivo





la completa assenza di mezzi di sintesi per questo tipo di metodica fa sì che il bendaggio correttivo sia di importanza capitale e debba essere praticato dallo stesso chirurgo.

Con una fasciatura ad "8" in correzione gli viene immobilizzato il primo dito che dovrà mantenere per 8 giorni.



Il paziente potrà iniziare a caricare anche subito utilizzando una calzatura ortopedica a suola rigida per 2- 3 settimane.
Dopo la prima medicazione facciamo indossare un guanto di cotone che permette una separazione naturale di tutte le dita e di poter applicare con alcuni cerottaggi dei bendaggi correttivi sul primo dito
A distanza di circa 1 mese praticherà il primo controllo radiografico che confermerà la presenza o meno di guarigione delle fratture.