

UN TEMPO, ERA FONTE di grandi preoccupazioni per i genitori, dato che il disagio fisico e psicologico che arrecava era difficilmente risolvibile. Oggi, invece, questa patologia congenita (che riguarda un bimbo su 1000) non deve più far paura: non solo può essere completamente curata con ottimi risultati ma, grazie all'innovativo metodo ideato dal professor Ignazio Ponseti, non richiede più i trattamenti prolungati che tanti bambini, in passato, hanno dovuto sopportare, sottoponendosi a interventi chirurgici invasivi e subendo frequenti recidive.

Presso il reparto di Ortopedia Pediatrica dell'Ospedale Buzzi di Milano, da alcuni anni, il piede torto viene trattato con questa metodica importata dagli Stati Uniti. E i risultati sono davvero notevoli, con percentuali di guarigione superiori al 90%, tanto che il presidio milanese in breve tempo è diventato uno dei punti di riferimento per il Nord Italia - e non solo - nel trattamento di questa patologia.

Piede torto congenito: ora si cura così

In passato, il bimbo doveva sottoporsi a interventi chirurgici invasivi e il rischio di recidive era frequente. Oggi, invece, esiste una nuova tecnica, che si dimostra risolutiva anche nelle forme più serie

di Giorgia E. Cozza

Una metodica "rivoluzionaria"

A partire dagli anni Quaranta, Ignazio Ponseti, attualmente Professore Emerito presso l'Università dello Iowa, ha messo a punto e progressivamente perfezionato una tecnica che, se eseguita da esperti competenti e adeguatamente formati, si dimostra risolutiva, anche nelle forme più gravi di piede torto, senza ricorrere a interventi chirurgici invasivi e riducendo al minimo il rischio di recidive.

* **Negli ultimi decenni, l'interesse verso la terapia è cresciuto in modo esponenziale in tutto il mondo**, tanto che è ormai universalmente riconosciuta come la metodica conservativa con più elevati risultati a breve e a lungo termine nel trattamento del piede torto congenito.

* **"Da quattro anni abbiamo adottato il metodo Ponseti come protocollo ufficiale nel trattamento del piede torto"**, spiega Sergio Monforte, specialista del reparto di Ortopedia Pediatrica dell'Ospedale Buzzi di Milano. "I pazienti che abbiamo trattato e stiamo seguendo nel tempo sono più di sessanta e i risultati ottenuti si sono mostrati in linea con quelli dei maggiori centri di ortopedia pediatrica degli Stati Uniti e in Europa".

* **"Su un totale di più di cento piedini trattati - nella maggior parte dei casi la patologia è bilaterale - a differenza del passato, abbiamo dovuto ricorrere soltanto in un caso a un intervento chirurgico estensivo"**, dice l'esperto. "Per comprendere l'importanza medica e sociale di questi dati, ricordiamo che, con i metodi tradizionali, il tratta-

to chirurgico estensivo, a seconda della gravità del piede torto, diventava indispensabile in più del 70-80% dei casi. Inoltre, nei primi anni di vita del bambino, anche dopo una correzione chirurgica e indipendentemente dal-

l'abilità e dalla tecnica scelta dall'operatore, si verificavano frequentemente - in più del 50% dei casi - recidive di una o più deformità (vedi riquadro 'Parole chiave' a pagina 76), tali da richiedere ulteriori trattamenti chirurgici. Questa scelta terapeutica, infine, poteva comportare - in età adolescenziale e adulta - difficoltà motorie, causate da dolore, rigidità articolare e deformità artrosiche del piede, con conseguenze negative sulla qualità di vita lavorativa e di relazione dei soggetti affetti da questa patologia".

* **Ponseti, invece, ha ottenuto risultati sempre più incoraggianti anche senza interventi chirurgici**, tanto che attualmente molti gruppi di lavoro negli Stati Uniti e in Europa hanno registrato

L'identikit del disturbo

■ DI COSA SI TRATTA

Il piede torto è la più comune malformazione delle ossa e delle articolazioni nei neonati: riguarda, infatti, un bambino su 1000. È stato stimato che ogni anno, in tutto il mondo, nascono più di 100.000 piccoli con questo problema. Il disturbo interessa più i maschi delle femmine (con un rapporto di 3 a 1), ed è bilaterale (ovvero riguarda entrambi i piedini) in circa il 45-50% dei casi.

La malformazione può essere di diversa entità: normale, lieve, moderata e grave. Facendo riferimento a classificazioni basate su un punteggio (associato alle varie deformità degli assi del piede), si può quindi stabilire la serietà del problema, valutare se è necessario l'intervento chirurgico di tenotomia percutanea e rassicurare i genitori in merito ai progressi che si potranno ottenere con il trattamento. Questa malformazione deve essere trattata da specialisti addestrati ed esperti e monitorata con costanza perché è soggetta a recidive.

■ LE CAUSE

Non sono ancora state individuate completamente, anche se va considerata una forte componente genetica: quando un genitore è affetto da piede torto, infatti, il nascituro ha una probabilità del 3-4% di ereditare questa malformazione e le probabilità salgono al 30% se il problema riguarda entrambi i genitori.

■ LA DIAGNOSI

I geni responsabili della malformazione del piede torto si attivano tra la 12ª e la 20ª settimana di vita fetale: durante la gravidanza, è quindi possibile venire a conoscenza della patologia tramite una normale ecografia di controllo. E, così, si può intervenire tempestivamente alla nascita.

■ LA GUARIGIONE

I genitori di un bimbo affetto da questo problema non devono affatto allarmarsi: se correttamente curato da esperti, il loro piccolo non avrà alcun tipo di handicap e sarà perfettamente in grado di condurre una vita normale e attiva.

Una patologia da affrontare con serenità

Oggi, grazie ai controlli ecografici, è possibile venire a conoscenza di questa malformazione già nel corso della gravidanza.

■ **"In questo caso è bene che i futuri genitori mantengano la massima serenità"**, rassicura Sergio Monforte. "Saperlo prima permette loro di prepararsi, informarsi e mettersi in contatto tempestivamente con la struttura che effettuerà le cure. È importante ricordare che i bimbi a cui viene diagnosticato il piede torto sono, nel 99% dei casi, bebè perfettamente sani che, grazie alle attuali terapie, cammineranno senza problemi e guariranno dalla malformazione senza doversi sottoporre a interventi dolorosi e invasivi".

Piede torto

LA TESTIMONIANZA



Lisa sta iniziando a muovere i suoi primi passi”

“Alla nascita, Lisa era affetta da piede torto ‘equino-cavo-varo-supinato’ bilaterale”, racconta il suo papà, Gianluca. “Ognuno di questi termini indica una posizione scorretta del piede. Per me e mia moglie è stata una ‘doccia fredda’, perché non conoscevamo la patologia e, durante le ecografie dei nove mesi, nessuno si era mai accorto della malformazione. All’ospedale dove è avvenuto il parto, sembravano minimizzare il problema, affermando che tutto

si sarebbe sistemato senza grandi difficoltà, anche se nessuno si sbilanciava sul ‘come’. Le due notti successive alla nascita le ho trascorse cercando informazioni su internet: più mi documentavo e più trovavo interessante la metodica del dottor Ponseti. Appena dimessi dall’ospedale, ci siamo recati con la bimba presso un’altra struttura di Brescia, dove uno specialista ha confermato la diagnosi di piede torto bilaterale e ha descritto la prassi da seguire: gessetti, un tutore fino al 4° mese e, poi, un’operazione chirurgica. Dopo aver chiesto ulteriori chiarimenti sull’intervento, il medico disse di non preoccuparsi perché la bimba sarebbe riuscita a camminare, ma aggiunse che il piede non sarebbe stato ‘bello a vedersi’, anche se con il suo grave problema era normale... A questo punto, la mia mente era già altrove: dovevo trovare qualcuno che seguisse il metodo Ponseti. Per questo, ci siamo recati a Roma per i primi gessetti, poi siamo approdati all’ospedale Vittore Buzzi di Milano, dove sono stati applicati i vari gessetti ed è stata eseguita la tenotomia percutanea del tendine d’Achille, fino alla guarigione di Lisa. Oggi sfido chiunque a individuare il segno dell’intervento! Lisa ha quasi undici mesi e sta muovendo i primi passi: i piedi sono molto belli e l’uso dei tutori - che dovrà portare fino all’età di 3 anni per evitare recidive - durante la notte non le reca alcun fastidio. Nel frattempo, ho creato il sito internet www.piedetorto.it per offrire informazioni e i recapiti di esperti competenti”.



percentuali di successo che si avvicinano al 95-98%. Non solo: grazie al lungo follow-up (cioè all’osservazione a medio-lungo termine degli effetti della terapia) della sua casistica (più di 50 anni di sperimentazione), è ormai stato dimostrato che i risultati funzionali ottenuti in età pediatrica si possono mantenere nel tempo. Infatti, un piede torto trattato con la metodica di Ponseti, in età adulta, è equiparabile a un piede normale in circa l’80% dei casi.

La sua introduzione è stata difficile

* “Quando abbiamo deciso di adottare la metodica Ponseti, abbiamo dovuto affrontare varie difficoltà di natura culturale e organizzativa”, spiega Sergio Monforte. “In particolare, a suscitare resistenze e paure - sia da parte delle famiglie sia da parte di altri operatori sanitari, come colleghi ortopedici, fi-

« Conclusa la terapia, il bimbo potrà camminare normalmente »»

siatri e terapisti della riabilitazione - era l’uso del tutore in abduzione, fase fondamentale e ‘chiave di volta’ del trattamento in quanto, una volta ottenuta la correzione anatomica delle varie deformità con il gesso, il tutore permette al piede di crescere in modo corretto e di ridurre al minimo - novità rivoluzionaria di questa metodica - la possibilità di una recidiva.

* Questa scelta terapeutica ha comportato, inoltre, una ristrutturazione ‘ad hoc’ del nostro ambulatorio - spazi più ‘aperti’, facile reperibilità nel territorio del tutore, supporto tecnico e psicologico al nucleo familiare e controlli clinico-telefonici frequenti - per garantire ai bambini e ai loro genitori un ambiente il più possibile familiare e attento ai loro bisogni. Oggi, il personale medico-infermieristico e amministrativo del Buzzi è in grado di offrire questo servizio e, grazie anche al contatto diretto con i colleghi stranieri, è pronto a introdurre ‘in tempo reale’ eventuali migliorie al metodo”.

In cosa consiste il metodo Ponseti

Diagnosticabile già in utero, mediante una normale ecografia, il piede torto congenito deve essere curato tempestivamente, intervenendo - se possibile - fin dalla prima settimana di vita del bebè: questa, infatti, è l’epoca ideale per iniziare la terapia.

* “Il trattamento prevede una esperta manipolazione del piedino, con successiva applicazione di apparecchi gessati appositamente modellati secondo tappe correttive ben definite e a cadenza settimanale”, spiega l’ortopedico. “In questo modo, si correggono gradualmente e senza dolore le varie deformità ‘equino-cavo-varo-supinato’ del piede torto. * “In media, vengono applicati 5-6 gessetti per ottenere la completa correzione del piede”, continua Monforte. “Prima di mettere l’ultimo, potrà essere necessaria - nell’80-85% dei casi, secondo la nostra esperienza, in li-»



PIASTERILE

nea con quella degli altri centri che adottano questa metodica - un piccolo intervento chirurgico sul tendine di Achille - che si esegue circa un centimetro, un centimetro e mezzo sopra il calcagno - per una completa correzione dell'equinismo. Infatti, diversamente dai legamenti tarsali - quelli delle ossa del 'meso-piede', regione anatomica compresa tra l'avampiede e il retro piede - questo tendine, composto da fasci di collagene non allungabili passivamente, può non correggersi a sufficienza con i soli apparecchi gessati".

*** L'intervento di tenotomia percutanea (vedi riquadro a fianco), previsto nel protocollo Ponseti, non è particolarmente invasivo e non richiede punti di sutura, ma l'applicazione di un nuovo apparecchio gessato per tre settimane, il tempo necessario perché il tendine si rigeneri, raggiungendo una lunghezza normale. Nella maggior parte dei casi, questo semplice intervento può rimanere l'unico atto invasivo per la completa guarigione del piede.**

*** In pratica, bastano in genere meno di due mesi perché il piede sia perfettamente corretto e si possa passare alla fase di mantenimento (della correzione) con il tutore.** L'utilizzo del tutore in abduzione è indispensabile per far crescere il piede nel modo giusto e, quindi, per evitare recidive.

Un tutore contro il rischio di recidive

*** "Il nemico numero uno nel trattamento ortopedico del piede torto congenito è la possibilità di recidiva - insita nella natura stessa della malattia - nei primi 4-5 anni di vita del bambino", spiega**

l'ortopedico. "L'utilizzo del tutore, dopo la correzione con il metodo Ponseti, ha il compito di ridurre al minimo questo rischio e mantenere durante la crescita i risultati ottenuti".

*** Questa fase del trattamento prevede un periodo 'full time'** (nei primi tre mesi, il tutore dovrà essere indossato giorno e notte, per un totale di 23 ore al giorno), seguito da una fase 'part-time'



parole chiave

PIEDE TORTO

È una malformazione scheletrica congenita, geneticamente determinata e diagnosticabile già in utero. Il piedino che soffre di questa anomalia può essere definito, a seconda della situazione, equino, varo, supinato e cavo (la deformazione riguarda, infatti, i vari assi del piede e può coinvolgere in diversa misura le articolazioni).

PIEDE EQUINO E VARO

Flesso verso il basso e, al tempo stesso, rivolto verso l'interno.

PIEDE SUPINATO

Con la pianta rivolta verso l'alto.

PIEDE CAVO

Caratterizzato da un incremento dell'altezza della volta longitudinale.

RIGIDITÀ DEL PIEDE

Viene valutata basandosi sulla 'resistenza' opposta dall'arto quando l'ortopedico cerca di riportarlo nella posizione normale. In base alla rigidità, si stabilisce l'entità del problema.

GESSETTO

Apparecchio gessato che si applica dopo una seduta di manipolazione

per saperne di più

Per avere maggiori informazioni sul metodo elaborato da Ponseti, si può scaricare da internet il manuale "Piede torto congenito: il metodo Ponseti" all'indirizzo: www.global-help.org/publications/books/help_cfponsetiitalian.pdf
Per informazioni sul piede torto, si può visitare il sito internet: www.piedetorto.it

Per condividere dubbi ed esperienze con i genitori di bambini nati con questa malformazione, ci si può iscrivere a una mailing-list italiana, in collegamento diretto con il sito web ufficiale del Prof. Ponseti. Ecco il link: http://it.groups.yahoo.com/group/piede_torto_possibili_terapie/
Per contattare Sergio Monforte, si può telefonare allo 02-57995612 (ambulatorio) o allo 02-57995699 (Studio Medici) oppure scrivere all'indirizzo di posta elettronica: s.monforte@icp.mi.it

del piedino. Il gessetto viene cambiato ogni settimana. È previsto l'utilizzo di 5-6 apparecchi gessati e il trattamento (per quanto riguarda il gesso) si risolve in circa due mesi.

TUTORE IN ABDUZIONE

Quello previsto dal Metodo Ponseti consiste in due scarpette fissate alle estremità di una barra di alluminio a lunghezza regolabile. La distanza tra i talloni è uguale all'ampiezza delle spalle del bimbo. Va indossato 23 ore al giorno per almeno 3 mesi e, poi, durante il sonno (la notte e in occasione del riposo pomeridiano, per un totale di circa 12-16 ore) per un periodo che va dai 2 ai 4 anni.

TENOTOMIA PERCUTANEA

L'operazione prevista dal metodo Ponseti è poco invasiva, non richiede punti di sutura e può essere eseguita anche ambulatorialmente in anestesia locale. Il tendine di Achille viene completamente rescisso e allungato. Con l'applicazione di un ultimo apparecchio gessato per 3 settimane, si rigenererà da solo, raggiungendo una lunghezza normale.

(in cui andrà portato con modalità e tempistica variabili a giudizio del medico curante) dai 2 ai 4 anni di età.

*** “L’uso del tutore, effettuato nel rigoroso rispetto di una tempistica corretta, è indispensabile”,** dice Monforte. “Abbiamo calcolato che il rischio di recidiva di una o più deformità può aumentare di circa 20 volte se non si gestisce nel modo giusto questa fase”.

*** Quella del tutore così come lo propone Ponseti, infine, è una novità, perché alcune metodiche conservative prevedono l’uso di tutori ‘singoli’, senza barra che collega i due piedini** (e l’abduzione del piede è accompagnata dalla pronazione dell’avampiede, anziché dalla supinazione: quindi, l’impostazione di base è completamente diversa). In genere, comunque, i metodi tradizionali, dopo un’operazione di chirurgia estensiva, non propongono l’uso di alcun tutore e questo è un altro motivo per cui è molto più frequente la recidiva.

A chi è adatto questo metodo?

Un aspetto importante del metodo Ponseti (a differenza di altre metodiche conservative, che prevedono diversi tipi di intervento, trattamento con il gesso e tutore) è che si possono ottenere risultati funzionali eccellenti anche se in precedenza sono stati effettuati altri trattamenti ortopedico-riabilitativi.

*** La speranza di guarigione non è quindi riservata soltanto a quei piccoli che, fin dalla nascita, si sottopongono a questa terapia, ma è estesa anche ai bambini che sono stati trattati con metodi differenti** e, persino, a chi è stato già sottoposto a interventi chirurgici di tipo estensivo. Attualmente vengono riportati, da alcuni articoli che descrivono esperienze del metodo Ponseti nei Paesi in via di sviluppo, risultati validi in piccoli fino ai 3-4 anni di vita, ma sono già in corso trial clinici su bambini di età maggiore.

*** “L’ideale è iniziare il trattamento qualche settimana dopo la nascita, perché la procedura è più semplice e i tempi di guarigione più brevi”,** commenta Sergio Monforte. “Ma le speranze di successo sono buone anche se la metodica è applicata tardivamente”.

*** I risultati, inoltre, non sono correlati alla gravità iniziale del problema: le possibilità di correggere la malformazione sono indipendenti dalla situazione del piede alla nascita.** Il difetto può essere di varia entità e viene classificato in base alla ‘rigidità’ del piede e al ‘grado di riducibilità’ (possibilità di essere ‘raddrizzato’ manualmente), valutati con una visita ortopedica. E anche i casi più seri si possono risolvere con ottimi risultati. ●



Consulenza di Sergio Monforte, specialista ortopedico della U.O. di Ortopedia Pediatrica dell’Ospedale dei bambini Vittore Buzzi di Milano