

Piede Torto del Neonato

Il piede torto congenito (PTC) è una delle più frequenti malformazioni congenite presenti alla nascita, assieme alla displasia dell'anca. Il rapporto maschi-femmine è 2.5:1; la patologia è presente in entrambi i piedi nel 65% dei casi. Il piede torto ha una differente incidenza a seconda della razza: colpisce un bambino ogni 900 nati nella razza caucasica, 3 ogni 1000 nati nella razza asiatica, 5-6 bambini ogni 1000 nati nella popolazione polinesiana, che risulta essere la più colpita.

Da questi dati si può evincere che i fattori genetici rappresentano una parte preponderante delle cause dell'insorgenza.

In realtà il piede torto non è una patologia trasmessa geneticamente, né di fatto è mai stata individuata una causa determinante. Si è visto che la patologia inizia a manifestarsi intorno alla quindicesima settimana di vita intrauterina, su un piede che non presentava all'ecografia nessuna alterazione morfo-strutturale scheletrica, muscolare o legamentosa. In definitiva, la causa del piede torto può essere definita multifattoriale. Tra le cause possibili, le più accreditate sono:

- Teoria neurogena (dipendente cioè dal sistema nervoso);
- Teoria vascolare;
- Teoria genetica;
- Cause meccaniche;
- Oligoidramnios (presenza di una ridotta quantità di liquido amniotico);
- Fumo e farmaci assunti in gravidanza;
- Carenza di acido folico in gravidanza.

Queste cause, comunque, non spiegano l'insorgenza del piede torto. La maggioranza degli studiosi ipotizzano una serie di fattori che agiscono su un organismo geneticamente predisposto.

Il piede torto si presenta come **equino – varo – supinato – addotto**, associato ad una atrofia dei muscoli del polpaccio. Il piede si presenta inoltre più corto del normale. Il piede torto si presenta come patologia isolata, ma può presentarsi in associazione ad altre patologie o sindromi quali spina bifida, paralisi cerebrale ed altre malattie neurologiche congenite, sindromi mal formative complesse, interessanti apparati differenti come il sistema cardiovascolare, il tubo digerente o l'apparato uro-genitale.

Diagnosi prenatale

Con il miglioramento delle tecniche ecografiche ostetriche il piede torto può essere diagnosticato in gravidanza. In caso di ecografia positiva per piede torto, prima della nascita del bambino si consiglia ai genitori un colloquio informativo con il Chirurgo ortopedico pediatrico, per vagliare le possibilità terapeutiche. Il colloquio servirà anche a tranquillizzare la famiglia sull'evoluitività della patologia, che consente al nascituro una vita di relazione normale.

Trattamento

Il trattamento attualmente più utilizzato, da attuare alla nascita, è il cosiddetto metodo Ponseti: la metodologia prevede il confezionamento di gessi correttivi progressivi, la cui applicazione è preceduta da una manipolazione e molto spesso (nel 70-90% dei casi) da un intervento chirurgico di tenotomia del tendine di Achille. A questa fase precoce di gessi ed intervento chirurgico segue una stabilizzazione con un particolare tutore, il cui tempo di applicazione varia a seconda della gravità della deformità iniziale, della correzione ottenuta e della maggiore o minore "lassità" del piede.

Questo tipo di trattamento è poco invasivo e consente degli ottimi risultati.

Se il piede torto viene riconosciuto tardivamente, invece, sono necessarie delle correzioni chirurgiche più complesse.

I gessi

Già dalla prima settimana di vita del neonato, attraverso una particolare manipolazione e successiva applicazione di apparecchi gessati progressivi, cambiati con cadenza abitualmente settimanale, si corregge in maniera graduale la postura del piede, ricollocando l'arto in posizione "normale". Solitamente vengono applicati 5 o 6 "gessetti".

L'intervento

Prima di applicare l'ultimo "gessetto", il tendine di Achille sarà sezionato chirurgicamente per via transcutanea, per ottenere la completa correzione del piede equino. L'intervento chirurgico dura pochi minuti e viene eseguito in narcosi; è consigliabile confezionare in narcosi anche l'apparecchio gessato. L'ultimo apparecchio gessato viene portato per tre settimane; nel frattempo, il tendine di Achille si ricostituisce, raggiungendo la dovuta lunghezza senza la formazione di cicatrici.

Il tutore

Nei sei mesi successivi all'intervento, per evitare recidive, il bambino userà un tutore specifico.

Per approfondire l'argomento:

<http://www.ponseti-italia.org>

<http://www.ortopediainfantile.it>

https://www.youtube.com/watch?time_continue=2&v=V9JRaDJC6c