

Dott. Prof. Giuseppe Lucattelli – via XX settembre 57 – 06122 Perugia

Giuseppe Lucattelli
Chirurgo Ortopedico

Camminare sorridendo

La Chirurgia percutanea del piede



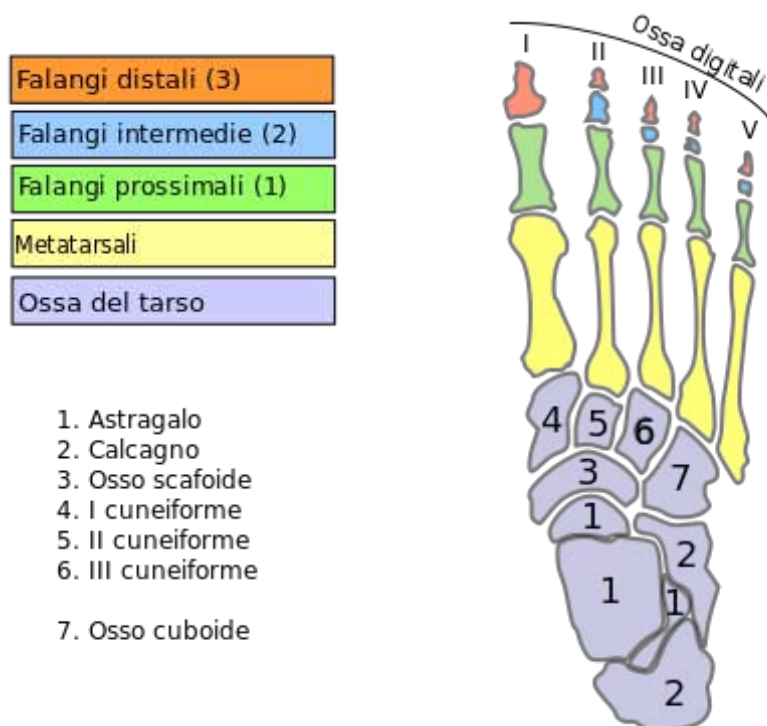
PREFAZIONE

Troverete quest'opuscolo scritto in maniera molto semplice perché non è un Trattato di Chirurgia del Piede, indirizzato a Medici Specialisti o addetti ai lavori, ma si rivolge a chi soffre di disturbi a questo segmento dello scheletro.

La maggioranza sono donne, che vogliono comprendere le ragioni, capire perché si originano determinate patologie, conoscere come affrontarle e risolverle, per realizzare quell'equilibrio psico – fisico utile al proprio benessere.

Ma queste pagine hanno anche un altro scopo ovvero quello di far comprendere quanto il piede sia complesso e quanto sia complicata la sua architettura e rendervi consapevoli che, anche il più esperto dei Chirurghi, qualunque operazione esegua, qualunque tecnica usi, non potrà mai restituirvi un piede perfetto.

CENNI DI ANATOMIA DEL PIEDE



Il piede è, insieme alla mano, il segmento scheletrico più complesso dal punto di vista anatomico e funzionale del corpo umano.

Al suo interno ci sono ben 28 ossicini che si articolano tra di loro, 100 piccoli legamenti, 24 muscoli.

Assomiglia, nel suo insieme, a quelle grosse ruote di quei mezzi che lavorano nei cantieri per costruire le strade, tutte indipendenti tra loro e capaci di adattarsi a qualsiasi tipo di terreno. Ecco perché questi ossicini sono tanti e tutti collegati tra loro da legamenti e muscoli ma capaci di far assumere al piede le architetture più strane per assicurare all'individuo statica e dinamica.

Leonardo da Vinci diceva del piede: " Un opera d'arte, un capolavoro di ingegneria".

Sempre all'interno troviamo anche tanti vasi e nervi, per assicurare la vita del piede stesso.

Convenzionalmente, il piede si divide in tre grandi aree:

- a) **Avampiede**
- b) **Mesopiede**
- c) **Retropiede**

L'**avampiede** comprende tutte le dita e la pianta del piede. (colori rosso, azzurro, verde, giallo della figura sopra)

Il **mesopiede** comprende il dorso del piede e l'arcatura che sta dietro la pianta. (numeri 3, 4, 5, 6, 7 della figura sopra).

Il **retropiede** comprende il tallone (calcagno) (numeri 1, 2 della figura sopra) più la caviglia.

Ognuna di queste aree presenta singolarmente o congiuntamente le sue patologie che in seguito andremo ad analizzare.

MECCANICA DEL PIEDE

Il piede, come dicevamo, deve espletare sia una funzione statica sia dinamica.

E' l'unico elemento del corpo umano a contatto con il terreno.

Si relaziona con ogni tipo di suolo e di calzatura e perciò deve avere una grande capacità adattativa.

Quando siamo fermi: sostiene tutto lo scheletro attraverso i pochi centimetri quadrati della sua superficie di appoggio.

Quando camminiamo o corriamo: ci permette di non perdere l'equilibrio.

Naturalmente, tutto questo, richiede un perfetto appoggio che, se alla nascita o nel corso della vita si altera, potrebbe dare luogo a tante patologie.

Ecco l'utilità di controllare tale appoggio fin da piccoli.

Arrivare in età adulta con questi " difetti " potrebbe voler dire andare incontro a sicuri problemi ai piedi.

Come ci si accorge di questo cattivo appoggio??

La spia sono le callosità e i duroni.

Piede piatto, piede cavo, piede pronato, piede supinato, piede talo, sono solo alcuni dei più comuni difetti di appoggio. La funzione dello Specialista è quella, di individuare tali difetti e correggerli o con plantari o con un intervento, prima possibile, ossia prima che possano creare altri danni.

ESTETICA DEL PIEDE

Potrebbe apparire sciocco e futile, quello che e` scritto in queste prossime righe ma un " bel piede " aiuta a stare psicologicamente bene con se stessi e con il proprio corpo così come avviene con altre parti, dello stesso, ove sono presenti degli inestetismi.

Quando poi a questi si aggiungono dolori insopportabili significa che e` giunto il momento di consultare lo Specialista.



LA PRIMA VISITA

Al primo colloquio con lo Specialista prescelto si dovrà andare portando tutte le indagini di cui si è in possesso (Radiografie, TAC, Risonanze, Ecografie, Analisi Cliniche).

Di solito, quello che viene assolutamente richiesto è una Radiografia in ortostatismo (ovvero eseguita in piedi, sotto carico) che serve a mettere in luce il quadro anatomico.

Lo Specialista inizierà la visita chiedendovi quali sono i disturbi accusati e posizionandovi davanti a lui, in stazione eretta, comincerà a valutare l'appoggio plantare e la postura di tutto lo scheletro.

Poi, per una più accurata analisi, vi posizionerà sopra il podoscopio e da lì inizierà ad analizzare l'appoggio plantare.

Questa fase della visita è molto importante poiché una attenta analisi farà capire il motivo per cui si è generata una certa patologia.

Prima di prendere qualsivoglia decisione circa un possibile intervento si dovrà in primo luogo restituire al piede un equilibrio quanto più possibile vicino al fisiologico e lo si potrà ottenere consigliando un plantare o, nei casi più gravi, un intervento chirurgico di riprogrammazione posturale.

Operare un piede trascurando una corretta postura dello stesso, rappresenta un grave errore!

È un po' come cambiare le gomme di un'automobile e non controllare la convergenza delle ruote.

A seguire, verranno prese in considerazione le callosità, presenti nel piede, sinonimo di sovraccarico funzionale, i punti dolenti, le lassità legamentose del piede, le eventuali rigidità articolari e ogni altro elemento riferito dal paziente.

Al termine verrà stilato un referto contenente diagnosi ed eventuali decisioni chirurgiche prese.

LE PATOLOGIE CHE INTERESSANO L'AVAMPIEDE

L'avampiede, come già accennato in precedenza, comprende le dita e la pianta del piede.

Le patologie che maggiormente lo colpiscono sono:

Per quello che riguarda le dita:

- a) Alluce valgo
- b) Alluce rigido artrosico
- c) Le dita a martello
- d) Le dita sovraddotte
- e) La clinodattilia

Per quello che riguarda la pianta del piede:

- a) La metatarsalgia scheletrica

- b) La metatarsalgia di Civinini-Morton
- c) Il bunion del V metatarso

Dita:

Che cos'è l'alluce valgo?

E' quella caratteristica deviazione dell'alluce che non si presenta più dritto ma deviato verso l'esterno con la conseguente formazione di una antiestetica sporgenza, dolorosa o no, che impedisce, al paziente, di indossare scarpe "normali".

Colpisce 9 volte su 10 la popolazione femminile.

Può essere presente fin da tenera età o comparire nel corso della vita.

Le cause sono molteplici e da ricercare in taluni fattori intrinseci come appunto la postura plantare, i tessuti del piede, la familiarità, e fattori estrinseci come le calzature.

Queste ultime possono essere una concausa ma non certo la causa della comparsa dell'alluce valgo come erroneamente spesso viene asserito.



Che cos'è l'alluce rigido artrosico?

A differenza dell'alluce valgo, dove esiste una deviazione dell'asse del dito verso l'esterno, qui il dito appare dritto ed è l'articolazione metatarso-falangea ad essere preda di un processo artrosico che progressivamente distrugge l'articolazione stessa creando una progressiva rigidità dell'alluce, molto invalidante.

Anche qui è possibile vedere una sporgenza che simula un alluce valgo, ma l'origine di questa, è nel processo degenerativo - artrosico che si è instaurato.

Quando si cammina, le dita del piede, compreso l'alluce, devono essere elastiche e flettersi.

Se l'alluce, per una sua progressiva rigidità, dovuta all'artrosi, perde questa prerogativa, inizierà a essere fonte di dolori, anche importanti.

Le cause sono sconosciute. Forse è ipotizzabile un qualche trauma al piede risalente anche ad anni prima. Sono però ipotesi.

Che cos'è il dito a martello?

Le dita minori possono, nel corso della vita, piegarsi per una progressiva retrazione dei tendini, perdere elasticità, e atteggiarsi ad artiglio come le dita di un'aquila.

Queste dita sono definite " dita a martello " o " dita ad artiglio " .



Sono particolarmente dolorose, quando si deve indossare una calzatura, poiché la sommità del dito stesso, fa attrito con la tomaia creando anche delle ulcerazioni.

Le cause sono da attribuire ad una cattiva postura dello scheletro. Quando il soggetto, in stazione eretta, tende a stare " in avanti ", per non perdere l'equilibrio tende ad " artigliare " il terreno ponendo le dita " in griffe " .

Che cosa sono le dita sovraddotte?

Alcune volte, l'alluce che devia lateralmente (alluce valgo) va ad occupare lo spazio riservato al secondo dito il quale è costretto, inevitabilmente, a sovrapporsi all'alluce stesso.

Una volta che si è instaurato il problema, la situazione è molto simile a quella delle dita a martello: indossando una calzatura, il primo e il secondo dito, uno sopra l'altro, creeranno un ingombro difficilmente supportabile con conseguenti dolori e attriti.



Che cos'è la clinodattilia?

Si tratta dell'incurvamento di una delle dita minori.

Si nasce con questo tipo di anomalia. Il dito, anziché' essere bello dritto, è curvo, con l'unghia che, il più delle volte, urta a terra.

E', come detto, un difetto congenito. Crea disturbi soprattutto a livello del polpastrello del dito, dove si viene a creare spesso una callosità legata al traumatismo.



Pianta

Che cos'è la metatarsalgia scheletrica?

Siamo di fronte a una patologia che riguarda le ossa e i tessuti presenti nella pianta del piede. Se con la mano, palpamo la pianta del piede, possiamo sentire delle sporgenze ossee: queste sono le cosiddette teste metatarsali.

Quando si viene a creare un sovraccarico funzionale di queste ossa al suolo, come ad esempio quando si usano, tante ore nella giornata tacchi troppo alti oppure si cammina per diverse ore al giorno, iniziano dei dolori e si cominciano a creare dei duri ovvero delle callosità chiamate in termine medico ipercheratosi, molto invalidanti.



Che cos'è la metatarsalgia di Morton?

E' un tipo di metatarsalgia, ovvero di dolore alla pianta del piede, anche molto acuto che, anziché essere causata dall'apparato scheletrico in sovraccarico, prende origine da uno dei nervi interdigitali che rimane intrappolato. Spesso il paziente, colpito da questa sindrome, è costretto mentre cammina a fermarsi, togliere la scarpa e massaggiarsi il piede.

Che cos'è il bunion del V dito?

E' un qualcosa di analogo all'alluce valgo trasferito al V metatarso ovvero sulla parte esterna del piede. Si crea una sporgenza molto dolorosa specie quando si utilizzano scarpe strette. Le cause sono legate a fattori simili a quelli descritti per l'alluce valgo.



LE PATOLOGIE CHE INTERESSANO IL MEDIOPIEDE

Il mesopiede come già accennato comprende il dorso del piede superiormente e l'arcata plantare inferiormente.

Le patologie che prevalentemente colpiscono il mesopiede sono:

Dorso

- a) artrosi scafoido – metatarsale

Pianta

- a) La fascite plantare

Che cos'è l'artrite scafoido – metatarsale?

Interessa il dorso del piede dove, per effetto di un processo artrosico di origine prevalentemente traumatica, viene a crearsi una sporgenza molto dolorosa soprattutto quando s'indossano calzature.

Infatti, spesso, le cuciture o i lacci della scarpa creano un attrito fastidioso e invalidante.

Cos'è la fascite plantare?

E' una infiammazione della fascia che sottende l'arco plantare.

Tutti noi, al di sotto dell'arcata plantare abbiamo una fascia di tessuto, piuttosto spesso, che collega il calcagno alle dita del piede ed è come la corda di un arco.

Più è tesa e corta più l'arcatura del piede si accentua. Più è lassa e allungata più il piede è piatto.

Ogni volta che facciamo un passo, questa fascia, sotto il peso corporeo, si allunga e si accorcia come fosse un elastico.

Se perde elasticità e non può più assecondare questo movimento, s'infiamma e dà luogo a dolori, anche intensi.

LE PATOLOGIE CHE INTERESSANO IL RETROPIEDE

Il Retropiede è quella porzione che comprende caviglia e tallone.

Le patologie che interessano il retropiede sono:

- a) L'artrosi di caviglia
- b) La sindrome del seno del tarso
- c) La spina calcaneare
- d) Il morbo di Haglund

Che cos'è l'artrosi di caviglia?

E' un'artrosi che colpisce l'articolazione tibio – astragalica ovvero quella che noi tutti chiamiamo caviglia.

E' un processo degenerativo della cartilagine che progressivamente si deteriora rendendo l'articolazione più rigida.

Con il passare del tempo, questo fenomeno si aggrava fino a creare forti dolori e zoppia.

Che cos'è la sindrome del seno del tarso?

E' una patologia molto simile alla sindrome del tunnel carpale della mano.

Il nervo tibiale anteriore, subito davanti al malleolo mediale può essere intrappolato dentro un solco dove passa dando luogo a fastidi anche molto intensi come quelli, appunto, che compaiono sulla mano quando a essere intrappolato, è il nervo mediano.

Sono dei nervi e quindi possono dare parestesie (formicolii) o creare aree d'insensibilità.

Che cos'è la spina calcaneare?

Nel calcagno abbiamo detto che s'inserisce la fascia plantare. Nel punto dove la fascia si attacca, visto che è il punto di maggior sollecitazione, si può creare un indurimento della fascia stessa fino a divenire tessuto osseo.

Alle radiografie del piede, in corrispondenza del calcagno si vedrà allora questo spigolino d'osso simile alla spina di una rosa chiamata per questo " spina o sperone calcaneare ".

Si trova scritto tante volte nelle risposte del radiologo ma si prende in considerazione solo se il calcagno è molto dolorante, altrimenti è ignorata.

La mattina, quando si appoggia il tallone a terra, si sente una grande fitta che s'irradia sotto l'arco plantare.

Questo è il segnale che possa esserci una spina calcaneare o un'inflammatione della fascia plantare (fascite plantare).

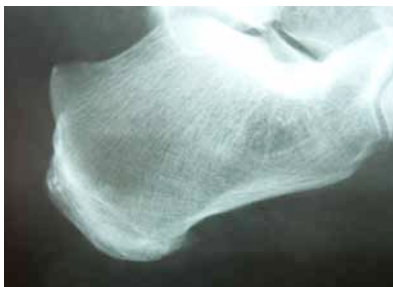


Radiografia che mostra una Spina calcaneare

Cos'è il morbo o malattia di Haglund?

E' caratterizzata da una tendinite cronica del Tendine di Achille alla sua inserzione sul calcagno con associata prominenza ossea all'angolo superiore del calcagno e borsite retroachillea.

Si manifesta come una bozza dietro al calcagno, molto dolente nei periodi d'inflammatione. Soprattutto indossando una calzatura con il forte posteriore alto che crea attrito.



La chirurgia percutanea del piede

Le patologie che sono state descritte in precedenza rappresentano la grande maggioranza delle malattie che possono colpire il piede.

Quasi tutte, dopo i doverosi tentativi di curarle con fisioterapia e plantari, devono essere affrontate con un intervento chirurgico.

In passato le uniche tecniche utilizzate per operare queste patologie erano quelle definite “open” ovvero aperte. Il chirurgo eseguiva una serie d’incisioni, apriva il piede laddove doveva intervenire, utilizzava tutta una serie di viti, placche, fili e poi richiudeva.

Nel corso di questi ultimi anni, come nel resto del mondo chirurgico, anche nella chirurgia del piede, si sono andate affermando le tecniche sempre più mininvasive fino a raggiungere le tecniche percutanee ovvero quelle tecniche per cui tutta l’operazione è oggi effettuata attraverso dei piccoli fori della cute.

I PRINCIPI GENERALI DELLA CHIRURGIA PERCUTANEA DEL PIEDE

Come già descritto sopra, oggi è possibile intervenire, per operare le varie patologie del piede, con dei piccoli fori, attraverso i quali, con strumenti adeguati e con piccole frese, simili a quelle utilizzate dai dentisti, è possibile eseguire i vari interventi.

L’INTERVENTO

Quando il paziente entra in Sala Operatoria, in primo luogo, viene sottoposto ad una anestesia locale previa leggera sedazione: una serie di punture praticate a livello locale, all’altezza del collo del piede.

Appena effettuata l’anestesia, il paziente viene collocato sul lettino operatorio.

Il Chirurgo inizia l'intervento effettuando una serie di piccoli fori nei punti specifici a seconda del tipo di operazione da eseguire.

Al termine dell'atto chirurgico, per bloccare le piccole fratture eseguite, si esegue una speciale fasciatura.

Infatti, all'interno del piede non viene messa nessuna vite, nessun chiodo, nessun filo: nulla di nulla.

Il paziente metterà poi una speciale scarpa ortopedica ed inizierà a camminare subito.

Correzione dell'alluce valgo.

- a) Si inizia con il fare un piccolo foro alla base della sporgenza. Si introduce la piccola fresa con la quale si lima l'osso in eccesso (un po' come fa il dentista quando lima un dente).

La polvere d'osso, mista a qualche goccia di sangue, uscirà dal foro stesso.

Sempre utilizzando lo stesso forellino si introduce una diversa fresina per effettuare il taglio ovvero la piccola frattura del 1° metatarso, per poter cosìaddrizzare l'alluce.

- b) Si procede poi effettuando un secondo piccolo foro sulla zona superiore tra 1° e 2° metatarso per allentare la tensione del tendine del muscolo adduttore dell'alluce.
- c) Ultimo forellino, in corrispondenza della zona laterale della prima falange dell'alluce, per correggere sempre l'asse del dito.

Quest'ultimo passaggio è subordinato alla gravità del caso.

Correzione delle dita a martello.

- a) Si parte con il primo forellino sulla parte superiore del piede, alla radice del dito o delle dita da correggere.
Subito sotto la pelle c'è il tendine estensore del dito stesso (ovvero quello che lo tira su verso l'alto) che provvederemo con un piccolo bisturi ad allentare perché fortemente in tensione.
- b) Secondo piccolo foro, questa volta sulla parte inferiore del piede, anche qui alla radice del dito per allentare il tendine flessore e per introdurre la piccola fresa con cui tagliare ovvero creare una piccola frattura della falange prossimale del dito stesso e poterlo distendere.

Nota bene: il dito raddrizzato, una volta operato, non potrà più articolarsi ma potrà solamente flettersi verso l'alto o verso il basso che poi è quello che ci serve per camminare.

Correzione del dito sovraddotto.

Vale quanto già detto per il dito a martello. Più o meno i gesti chirurgici sono gli stessi con qualche variante.

Correzione del bunion del V dito.

Si pratica un piccolo foro alla base della sporgenza del V metatarso per introdurre la piccola fresa con cui limare e ridurre la sporgenza.

Se necessario, cambiando il tipo di fresa si può correggere l'asse del V metatarso effettuando una piccola frattura dello stesso.

Intervento per la metatarsalgia scheletrica.

Si praticano dei piccoli fori sulla parte superiore dell'avampiede in corrispondenza degli ossicini metatarsali e con appropriata fresa si esegue, per ognuno di essi, una piccola frattura per far sì che le " testine " dei metatarsi possano, una volta separate dal resto dell'osso, spostarsi verso l'alto, allontanandosi dalla pianta del piede.

Intervento per la metatarsalgia di Morton.

L'intervento per gran parte ricalca quanto già scritto per la metatarsalgia scheletrica.

A quei gesti si associa il taglio, attraverso uno dei forellini, del legamento intermetatarsale che intrappola il neuroma.

Intervento per la fascite plantare.

Trattandosi di una fascia, spessa, retratta, che ha perso elasticità, si procede attraverso il solito piccolo foro, con un piccolo bisturi, a disinserire tale fascia dal calcagno.

Questo gesto allenterà la tensione e quindi ci sarà minor infiammazione e minor dolore.

Intervento per l'artrosi di caviglia.

Non è un intervento che al momento attuale si può eseguire con tecnica percutanea.

Intervento alla spina calcaneare.

In analogia a quanto già detto a proposito della fascite plantare oltre ad effettuare la disinserzione della fascia plantare si esegue, con l'ausilio di una piccola fresa, l'asportazione, mediante limatura, della spina o sperone calcaneare.

Intervento per la malattia di Haglund.

E' di solito una terapia conservativa attraverso fisioterapia, riposo e l'uso di scarpe idonee.

L'intervento consiste, attraverso un piccolo foro nella regione postero-laterale del calcagno, la asportazione, mediante limatura, dello spigolo dell'angolo superiore del calcagno.

AL TERMINE DELL'INTERVENTO

Una volta completato l'intervento, si procede con il realizzare una speciale fasciatura che ha come scopo quello di bloccare le piccole fratture eseguite, così come se fosse una ingessatura. Del resto, come già detto, all'interno del piede non viene messo nulla (nessuna placca, nessuna vite, nessun filo).

Una speciale calzatura, con la suola assolutamente rigida, come se fosse una tavoletta di legno, verrà poi fatta indossare alla paziente, la quale potrà camminare fin da subito.

RITORNO A CASA

La fasciatura andrà tenuta **40** giorni, il tempo necessario perché le fratture eseguite nel piede, possano saldarsi.

Inutile, come spesso succede, chiedere al Chirurgo di abbreviare questo periodo.

E' legato alla biologia dell'osso.

Durante questi quaranta giorni verranno effettuati dei controlli: il primo dopo circa 15 giorni, il secondo dopo altri 15 giorni.

Questi controlli sono necessari per controllare l'andamento dell'intervento.

ALCUNE RACCOMANDAZIONI IMPORTANTI DURANTE I 40 GIORNI

La calzatura va sempre indossata quando si cammina ed anche per andare in bagno la notte. Può essere tolta quando si è a letto.

Quando si cammina, ricordarsi di appoggiare bene tutto il piede, compresa la pianta e non solo il tallone come verrebbe spontaneo fare.

L'appoggio deve essere tutto piatto come il piede di un elefante.

Si deve assolutamente evitare di flettere gli ossicini che devono, all'interno del piede, rimanere quanto più possibile immobili.

Se nelle ore successive all'intervento compare un po' di dolore il consiglio è quello di prendere qualche antidolorifico di quelli consigliati dal Chirurgo.

I primi tre giorni, anche se è possibile camminare, sarebbe consigliabile starsene sdraiate a letto o in poltrona con il piede un po' sollevato per ridurre il più possibile il gonfiore post-chirurgico.

Successivamente si può camminare ma sempre con moderazione, evitando di stare troppo tempo in piedi. Questo per limitare il gonfiore.

Se si esce per una passeggiata o quant'altro, quando si rientra a casa, ci si deve ricordare di mettere il piede un po' alto.

Nei giorni successivi all'intervento, quasi sempre, compaiono dei lividi sopra le dita del piede operato: E' TUTTO NORMALE.

Molti chiedono quando è possibile riprendere a guidare la macchina.

La risposta: dopo 30 giorni.

Nel caso che il piede operato sia il sinistro e siate in possesso di una macchina con cambio automatico, allora si può guidare subito.

Evitate di bagnare la fasciatura facendo la doccia. La fasciatura è la vostra ingessatura.

DOLORE

L'intervento è di per sé per nulla o poco doloroso.

In alcuni casi però il dolore si manifesta anche in maniera importante. Questo non significa che sono presenti dei problemi : potrebbe essere la fasciatura un po' stretta, una soglia del dolore bassa..... In ogni caso nessun problema.

.....A 15 GIORNI DALL'INTERVENTO

A 15 giorni dall'intervento, solitamente, come già detto, si effettua il primo controllo.

E' possibile che il Chirurgo consigli di cominciare la MAGNETOTERAPIA.

E' una terapia fisica come gli ultrasuoni, la ionoforesi, che si fa utilizzando degli apparecchi per generare dei CAMPI MAGNETICI (ecco perché il nome).

Questi CAMPI MAGNETICI, accelerano la saldatura delle piccole fratture effettuate, riducono il gonfiore del piede operato e anche il dolore.

Tutto questo è comprovato da studi clinici effettuati da varie Università, in Italia e all'Estero.

Si tratta di un apparecchio grande come un cellulare che viene collegato con due fili a due piccole piastre che si posizionano una sulla pianta e una sul dorso del piede.

Va tenuta circa 1 ora e mezzo al giorno.

E' molto efficace.

.....A 30 GIORNI DALL'INTERVENTO

Al trentesimo giorno dall'intervento è possibile sostituire la scarpa ortopedica, indossata il giorno dell'operazione, con una scarpa chiusa, comoda, bella larga, affinché possa contenere il piede fasciato.

Una volta indossata tale calzatura, è possibile ricominciare a camminare normalmente ma con molta cautela !

.....A 40 GIORNI DALL'INTERVENTO

Al quarantesimo giorno si toglie tutta la fasciatura.

Il piede va messo in una vaschetta con acqua tiepida.

Si cominciano a muovere liberamente e attivamente le dita.

Da quel momento è importante iniziare un recupero funzionale delle dita del piede operato

Molti chiedono se è necessario rivolgersi ad un fisioterapista per rieducare il piede

La risposta è :

SI se le piccole articolazioni delle dita del piede e dell'alluce risultano essere un poco rigide;

NO se queste stesse articolazioni risultano essere mobili, elastiche e funzionalmente valide.

.....NEI MESI SUCCESSIVI

Gonfiore:

Dopo aver tolta la fasciatura, tutti i piedi si gonfiano.

Perché accade questo?

Il piede che, fino a quel momento era bendato, si sentiva protetto dalla fasciatura.

Tolta la fasciatura il piede, attraverso il gonfiore, tenta di ricreare le condizioni simili a quando era fasciato : una sorta di autofasciatura.

Questo gonfiore potrà persistere a lungo, anche qualche mese.

Il tutto è fastidioso, soprattutto per indossare una calzatura ma non c'è da preoccuparsi.

In questa fase potrebbe essere utile continuare la MAGNETOTERAPIA di cui parlavamo sopra.

Dolore

Qualche volta il dolore può persistere a lungo.

Significa che il piede impiega più tempo per riprendersi.

Si può prendere qualche antidolorifico e fare qualche ciclo di MAGNETOTERAPIA.

Ripresa dell'attività sportiva

Gli sport d'acqua possono essere ripresi fin dal 40mo giorno.

Per sport come correre, saltare, bicicletta e quant'altro sottoponga il piede ad uno stress si deve procedere progressivamente e con cautela.

Indicativamente a tre mesi dall'intervento si è già in grado di effettuare sport.

Tacchi alti

Sarà il piede stesso che ci indicherà quando riutilizzare tacchi alti.

Inutile e dannoso forzare i tempi.

La cosa, comunque, come si può ben capire è assolutamente soggettiva.

CALCOLATE CHE DAL GIORNO DELL'INTERVENTO AD UN RIPRISTINO COMPLETO DEL BENESSERE DEL PIEDE, TRASCORRONO DI SOLITO CIRCA 7/8 MESI.

DISTURBI DIVERSI CHE POSSONO COMPARIRE DOPO L'INTERVENTO.

Alcune persone si lamentano di disturbi che non erano presenti prima dell'intervento e che invece successivamente a questo si sono manifestati.

Perché accade questo ?

La risposta la si ritrova nella prefazione di questo piccolo libro sul piede.

Il piede è un segmento molto complesso e non è detto che operando un ossicino o più ossicini abbiamo risolto qualsiasi problema.

Ci sono magari altre problematiche che prima erano nascoste e che una volta risolto un certo problema, escono allo scoperto, facendosi sentire.

Poi c'è da considerare che con l'intervento si cambia l'appoggio del piede e quindi ci vuole un po' di tempo perché il piede ritrovi un suo assetto.

Insomma i piedi, non sono le tonsille che una volta asportate, tutto è risolto.

Nel piede ci sono tante patologie perché, come più volte detto, il piede è complesso.

Parlate sempre di questi problemi, con il Chirurgo che vi ha operato, prima di parlarne con chicchessia.

Lui vi darà tutte le spiegazioni sul perché di un certo problema.

Diffidate di quei Chirurghi che, consultati in seconda battuta, in maniera subdola e poco professionale liquidano il caso sostenendo che l'intervento è stato eseguito in maniera errata.

CONSIDERAZIONI FINALI

Attraverso queste poche pagine si è voluto dare quante più informazioni possibili a coloro che, soffrendo con i piedi, hanno deciso di sottoporsi a dei controlli e magari anche ad un intervento chirurgico.

Credo che il lettore, dopo la lettura dei vari argomenti, abbia un quadro più chiaro e riesca più serenamente a prendere delle decisioni per il benessere suo e dei suoi piedi.

Dott. Prof. Giuseppe Lucattelli – via XX settembre 57 – 06122 Perugia