

Mininvasiva del piede: «solo per chirurghi esperti»

Le complicanze di questa chirurgia sono determinate sostanzialmente da errori di tecnica da parte di operatori inesperti. Mai improvvisare ed è necessario prima passare da un'esperienza solida nella chirurgia open del piede

Il paradigma della mininvasività ha coinvolto la chirurgia del piede in anni relativamente recenti e tuttora resta alla portata di pochi specialisti, anche se la tecnica sta progressivamente guadagnando consensi. Come spiega **Roberto Pelucchi**, referente di chirurgia del piede presso gli Istituti Clinici Zucchi di Monza, «la chirurgia mininvasiva del piede fa riferimento a interventi attraverso accessi di minime dimensioni; mediamente vengono fatti con delle lame da bisturi da tre millimetri che permettono l'introduzione di frese con le quali si effettuano osteotomie per la correzione di malformazioni del piede».

Pelucchi è un esperto di queste tecniche e fa parte del Grecmip (www.grecmip.org), un gruppo europeo di ricerca e formazione sulla chirurgia mininvasiva del piede.

Dottor Pelucchi, quali sono le differenze rispetto alle tecniche percutanee?

È un discorso controverso e le distinzioni sono forse un pochino artificiali. La chirurgia percutanea è stata presentata nel 1997 a Barcellona da **Peter Bosch**, che ha effettuato trattamenti a carico dell'alluce valgo con osteotomie effettuate con una tecnica percutanea; la tecnica è stata poi ripresa da altri chirurghi, in Italia da **Bruno Magnan** e da **Sandro Gianni** con acronimi diversi e modifiche personali. La mininvasiva è

stata invece introdotta dal podiatra americano **Stephan Isham** e ripresa dallo spagnolo **Mariano De Prado**, che ne ha parlato nel 2008 al primo congresso internazionale di chirurgia mininvasiva di piede e caviglia, che ne ha segnato l'inizio ufficiale.

Un ruolo decisivo è stato poi giocato dal Grecmip, che con l'aiuto di esperti come **Pau Golano**, anatomopatologo da poco scomparso, hanno dato un carattere scientifico a questa tecnica chirurgica, cosa che era sostanzialmente mancata nell'attività di Isham.



► Roberto Pelucchi

In quali patologie del piede è indicata la mininvasiva?

Si è partiti con il trattamento dell'alluce valgo, poi le indicazioni si sono estese e oggi non è specifica per un tipo di intervento piuttosto che un altro; non è legata esclusivamente a problematiche dell'avampiede ma si fanno in mininvasiva anche trattamenti del retro piede: artrodesi, patologia calcaneare, osteotomie di calcagno.

Spesso la scelta tra chirurgia aperta e mininvasiva non dipende tanto dal tipo di patologia ma dalla sua gravità; questo accade per esempio in caso di alluce rigido, ma anche con un alluce valgo praticamente anchilotico: la mininvasiva non ci dà i mezzi per intervenire in modo efficace con interventi sostitutivi.

Personalmente ho trattato con approccio mininvasivo artrodesizzando alluci rigidi di quarto grado, ma in generale quando è necessario inserire del materiale di una certa dimensione si possono fare interventi di chirurgia mista, in cui le tecniche mininvasive vanno a supporto della chirurgia aperta, per ridurre comunque l'aggressività degli accessi chirurgici.

Quali le ragioni del recente successo della chirurgia mininvasiva del piede?

Il successo è dovuto a vantaggi reali, come per esempio una ferita minima e correzioni valide dal punto di vista biomeccanico, ma anche a qualche equivoco. È una chirurgia apparentemente facile e per questo molti chirurghi vi si sono dedicati per realizzare interventi in modo più "sbrigativo" rispetto alla chirurgia tradizionale. Ma è un'impressione errata: si tratta in realtà di una chirurgia abbastanza demolitiva ed è facile provocare danni se non si ha un solido background di conoscenza della chirurgia aperta; sfortunatamente molti che non avevano una reale esperienza nella chirurgia del piede hanno abbracciato frettolosamente le tecniche mininvasive proprio perché hanno avuto questa ingannevole impressione di facilità nell'esecuzione, ma sempre più spesso si vedono conseguenze di errori nell'applicazione di una tecnica che invece, quando viene utilizzata correttamente, dà ottimi risultati.

Quali sono le conseguenze cliniche di questi errori?

A livello locale possono esserci ustioni alla cute, ustioni al tessuto osseo e correzioni sia in difetto che in eccesso: nel primo caso il paziente si ritrova sostanzialmente con lo stesso tipo di patologia precedente all'inter-

vento, mentre se c'è un eccesso di aggressività chirurgica, siccome si entra con frese rapidamente rotanti che possono ustionare l'osso, si possono avere ritardi di consolidazione se non addirittura mancata consolidazione, oltre a deformità residue. Faccio riferimento per esempio all'alterazione dell'appoggio metatarsale. Sono danni abbastanza frequenti quando non c'è a monte una preparazione adeguata.

In caso di applicazione corretta delle tecniche, quali complicanze possono comunque presentarsi?

Le complicanze sono inferiori rispetto ad altre tecniche, a partire dal rischio di infezione che con un accesso di minima ha una probabilità minore di insorgere. Anche i tempi di recupero sono inferiori, perché il materiale osseo che viene fresato rimane in sede e facilita la consolidazione dell'osso.

Gli svantaggi rispetto alla chirurgia aperta sono solo le possibili ustioni. Nell'ambito della chirurgia del piede bisogna poi segnalare, purtroppo, la presenza di numerosi millantatori.

Cosa intende?

La mininvasiva del piede sembra essere diventata una sorta di business e ci sono colleghi che la propongono come panacea, in grado di risolvere qualsiasi tipo di condizione patologica per qualsiasi paziente: si pone dunque un problema non solo di tipo professionale ma anche etico. Addirittura alcuni medici si fanno pubblicità proponendo interventi con il laser. Chiunque sa che non si può fare chirurgia del piede con il laser, ma a quanto pare questo risulta particolarmente accattivante per i pazienti, che non hanno gli strumenti per capire che si tratta, come dicevo, di millanteria.

Qual è il percorso di formazione ideale?

È essenziale acquisire una conoscenza anatomica approfondita e sapere cosa si va a toccare, per cui il chirurgo deve aver fatto un percorso di chirurgia open del piede prima di arrivare alla mininvasiva e sapere dove ci sono i vasi, i nervi e quali sono i punti d'accesso.

Un esempio banale: se mentre si sta operando si rompe la fresa nell'osso, intanto significa che quello che si stava facendo è sbagliato, ma poi si deve anche andare a recuperare il materiale che resta all'interno, quindi bisogna comunque aprire il piede e per farlo bisogna avere una buona conoscenza anatomica.

Renato Torlaschi