

Il piede torto congenito (PTC) è una delle malformazioni congenite più frequenti nel neonato, si pone infatti al secondo posto subito dopo le cardiopatie congenite ed interessa soprattutto il sesso maschile (frequenza maschi:femmine=3:1). La malformazione del piede torto interessa soprattutto il piede destro ma può anche essere bilaterale.

Si manifesta in modo diverso per morfologia e gravità ma si stima che ogni 3 minuti nasca un bambino con piede torto congenito.

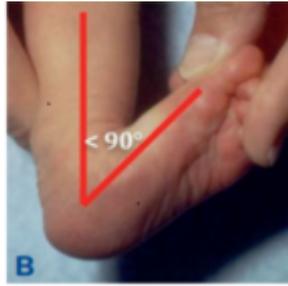
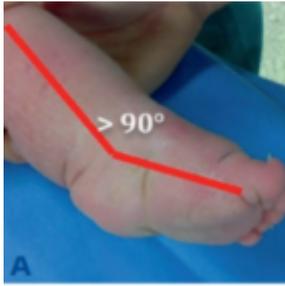
Il piede torto è molto più diffuso nei paesi della zona sub-equatoriale con 10 casi ogni 1000 nati mentre in Europa il tasso di incidenza è di 1 ogni 100 nati, in Italia i nuovi casi di PTC sono circa 600 ogni anno di cui 500 sono le forme primarie e 100 quelle secondarie cioè dovute ad altre patologie neuro-muscolari o scheletriche.

## Cos'è il piede torto congenito e quanti tipi ne esistono?

Col termine piede torto congenito non intendiamo un solo quadro clinico bensì un gruppo di malformazioni congenite del piede di diversa gravità ma che hanno tutte in comune una deviazione, non riducibile (cioè non modificabile) manualmente, dell'asse scheletrico del piede e del piede rispetto alla caviglia.

Le cause del PTC sono multifattoriali e non del tutto note comunque concorrono fattori genetici ed ambientali come le carenze alimentari della gestante, l'abitudine al fumo, il parto prematuro. In tutti questi casi sembra esservi, intorno alla 14<sup>a</sup> - 16<sup>a</sup> settimana di vita intrauterina, un arresto della crescita di alcuni muscoli della gamba mentre le ossa continuano il loro regolare accrescimento, questo si traduce nella deviazione del piede.

Per comprendere bene i vari tipi di piede torto congenito, che è dovuto solitamente alla coesistenza di varie deviazioni, è necessaria una breve descrizione di quelle che sono le deformità più frequenti che possono interessare il piede:



Equinismo/Talimo: osservando lateralmente il bambino in condizioni di normalità il piede e la tibia formano un angolo di  $90^\circ$  che diventa maggiore di  $90^\circ$  in caso di equinismo (la punta del piede è estremamente rivolta verso il basso)

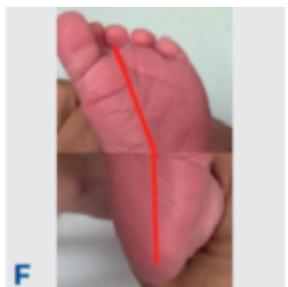
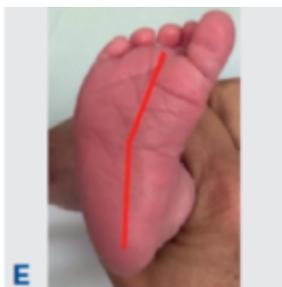
e minore di  $90^\circ$  in caso di talismo.

A: piede equino; B: piede talo



Varismo/Valgismo: osservando frontalmente il bambino in condizioni di normalità l'asse del gamba e del retropiede (il tallone) formano un angolo aperto esternamente di  $5-7^\circ$ . Se questo angolo è aumentato parliamo di valgismo, se è ridotto di varismo.

C: piede varo; D: piede valgo



Adduzione/Abduzione: osservando dall'alto il piede del bambino in caso di adduzione avampiede e retropiede formano un angolo aperto medialmente mentre in caso di abduzione l'angolo è aperto lateralmente.

E: piede addotto; F: piede abdotto



Pronazione/Supinazione: la rotazione è intorno all'asse longitudinale del piede per cui in un piede pronato la superficie plantare è rivolta lateralmente mentre in un piede supinato è rivolta medialmente.

*G: piede supinato; H: piede pronato*

Esistono fondamentalmente 4 tipi di piede torto congenito che nascono dall'insieme delle deformità viste e sono le seguenti:

- piede equino-varo-addotto-supinato: è il tipo più frequente, tanto che rientrano in questa categoria il 70-75% dei casi di PTC. In questo caso abbiamo equinismo e varismo del retropiede, supinazione e adduzione dell'avampiede quindi il piede ha la punta rivolta verso il basso, il tallone e la pianta piegati verso l'interno. (fig. A)
- piede talo-valgo-pronato: rappresenta il 10-15% dei casi, il piede ha la massima flessione dorsale, l'arco longitudinale è piatto e l'appoggio avviene sul bordo mediale del piede. (fig. B)
- piede metatarso-varo: questa forma la ritroviamo nel 5-10% dei bambini con PTC, in questi casi la deformità è limitata all'avampiede che si presenta addotto con deviazione verso l'interno delle dita. (fig. C)
- piede valgo-convesso: è la tipologia più rara (4-6%), si caratterizza per l'inversione del normale arco plantare longitudinale del piede. (fig. D)



## Come si fa la diagnosi di piede torto congenito?

Grazie alla sensibilità sempre crescente dell'ecografia prenatale ormai la diagnosi di PTC viene fatta in gravidanza con una sensibilità del 60%, il periodo migliore per effettuare la diagnosi è tra la 9<sup>a</sup> e la 10<sup>a</sup> settimana di gestazione perché man mano che il feto cresce la diagnosi differenziale tra piede torto vero e difetti di postura sarà sempre più difficile.

Per la diagnosi di certezza ovviamente bisognerà aspettare la nascita del bambino per valutare visivamente l'entità della deformità e la flessibilità delle strutture articolari per impostare il trattamento più efficace. Risulta essere poco utile ai fini diagnostici il ricorso alla radiografia dato che alla nascita lo scheletro del piede è costituito per lo più da abbozzi cartilaginei.

La stadiazione della gravità del difetto si basa sull'utilizzo di alcune scale valutative di cui le più diffuse sono la scala di Pirani (in cui viene attribuito un punteggio da 0 a 6 dove 6 indica il massimo grado di deformità) e la scala di Dimeglio (in cui viene attribuito un punteggio da 0 a 20).

## Cos'è il metodo Ponseti per il trattamento del piede torto nel neonato?

Pediatrico

Il trattamento del PTC un tempo si basava esclusivamente su una chirurgia invasiva e demolitiva che riusciva sì a correggere il difetto ma lasciava di contro un piede rigido, retratto, poco adatto all'esecuzione di alcuni movimenti e ancora di più alla pratica di uno sport. Perciò da oltre 15 anni è entrato universalmente nella pratica clinica il metodo Ponseti dal nome dell'ortopedico che lo ha teorizzato e messo in pratica. Questo metodo è costituito essenzialmente in manipolazioni ed applicazioni di apparecchi gessati (che vanno sostituiti anche con cadenza settimanale), in quei pochi casi in cui non si ha una risoluzione completa è previsto il ricorso all'intervento chirurgico che consiste in una tenotomia (cioè la dissezione) del tendine di Achille che può essere fatto anche per via percutanea in anestesia locale in modo da rendere l'intervento meno invasivo e più tollerato dal bambino. Dopo l'intervento di tenotomia il trattamento si conclude con l'applicazione di un tutore che mantiene il piede in extrarotazione e va portato sempre finché il bambino non inizia a camminare e successivamente solo la notte fino al compimento dei 3-4 anni di età. Tutti questi step sono fondamentali per ridurre al minimo il rischio di recidive.

Per beneficiare in maniera ottimale del metodo Ponseti è necessario iniziare i trattamenti prima del 3° mese per sfruttare al massimo l'elasticità dei tessuti del neonato.

La grande preoccupazione dei genitori di bambini trattati con metodo Ponseti riguarda i primi passi, studi recenti hanno dimostrato che il bambino inizia a camminare intorno ai 14 mesi con un ritardo quindi di circa 2 mesi rispetto agli altri bambini.



# CERCHI UN PEDIATRA A CASA?

SELEZIONA TUTTI

Nome	Disponibilità
Dott. Iva Trevisano	Disponibile
Dott. Domenico Arcuri	Disponibile
Dott. Maria Pia Panicucci	Non Disponibile
Dott. Gaetano Padovano	Disponibile
Dott. Marzio Calabresi	Disponibile
Dott. Sebastiano Cremonesi	Non Disponibile

SCARICA L'APP

Vuoi saperne di più sui primi passi del bambino? leggi l'articolo dedicato: [A quanti mesi inizia a camminare un bambino?](#)

Fonti:

*Il trattamento del piede torto congenito idiopatico con il Metodo Ponseti - Pavone, Testa, Borgo*

Immagini: [https://www.sip.it/wp-content/uploads/2017/10/01C\\_Pavone\\_Piede.pdf](https://www.sip.it/wp-content/uploads/2017/10/01C_Pavone_Piede.pdf)

Manuale di ortopedia - Pazzaglia, Grassi, Pilato, Zatti

Scritto da:

