

# l'Ora della Salute



a cura di  
**Dr. Giovanni Bisignani**  
 Direttore UOC Cardiologia ed UTIC Ospedale Castrovillari

## Chiedete allo specialista

Inviare le vostre domande a proposito dei temi trattati in questa pagina a [giovanni.bisignani@calabriaora.it](mailto:giovanni.bisignani@calabriaora.it). Riceverete risposta per mail o, in forma anonima, nel prossimo numero del giornale.



# Il piede piatto del bambino

## COS'È IL PIEDE PIATTO?

Come dice lo stesso nome è un appiattimento della pianta del piede, cioè una attenuazione o assenza dell'arcata longitudinale del piede, quell'arco ideale che congiunge il calcagno con la base delle dita. Al piede piatto è quasi sempre associato il valgismo del retro piede, cioè la deviazione verso l'esterno del calcagno. Comunemente, infatti, si pensa che il difetto del piede piatto sia situato nella parte centrale del piede che cedendo si appiattisce toccando il suolo, in realtà il cardine del difetto è rappresentato dalla parte posteriore del piede, detto retro piede, costituito dal calcagno e dall'astragalo e dai rapporti fra queste 2 ossa. Ecco perché si parla di **piede piatto valgo**. C'è però da dire che tutti i bambini nascono con il piede piatto.

## ALLORA QUANDO PREOCCUPARSI?

Il piede piatto è fisiologico, cioè normale, nei primi anni di vita. Dopo l'inizio della deambulazione inizia un complicato processo propriocettivo, scheletrico e muscolare che condurrà alla formazione degli archi plantari. Di norma tale processo si completa intorno al quinto - sesto anno di vita. A volte, per cause ancora poco note, vi è un rallentamento o un blocco di questi meccanismi, per cui la volta plantare si forma in ritardo, meno arcuata o non si forma per niente.

## I PIEDI PIATTI SONO TUTTI UGUALI?

Possiamo dire che nell'infanzia vi sono 2 tipi di piede piatto:

**Piede piatto valgo infantile** primitivo o idiopatico, forma più frequente (95%), spesso associato a forme di lassità capsulo-legamentosa diffusa, in cui non si riconosce una vera e propria causa, ma un concorso di molteplici fattori, non da ultima la familiarità;

**Piede piatto secondario**, cioè causato da malformazioni ossee o patologie neuromuscolari.

A seconda della gravità del piattismo si parla di piede piatto di I, II e III grado.

## QUALI SONO I SINTOMI?

Nelle forme secondarie il sintomo dominante è il dolore, spesso associato a rigidità del piede. Nelle forme primitive i sintomi possono essere sfumati o aspecifici, per esempio, fastidio ai piedi, facile stancabilità, frequenti cadute, pigrizia, impaccio nella corsa. Spesso la diagnosi di piede piatto valgo viene formulata durante una visita ortopedica richiesta per il controllo della colonna vertebrale o per le ginocchia valghe o per la comparsa di un alluce valgo giovanile, conseguenti ad un piattismo dei piedi passato inosservato.

## COME SI FA LA DIAGNOSI?

E' sufficiente l'esame clinico associato all'esame baropodometrico, un apparecchio che consente di visualizzare la pianta del piede sotto carico e come il carico si distribuisce. La baropodometria elettronica è una evoluzione dell'esame baropodometrico e consente di effettuare l'esame oltre che statico, anche dinamico, cioè durante la deambulazione.

## E' NECESSARIO L'ESAME RX?

L'esame Rx dei piedi, sotto carico e fuori carico, ci permette di fare una diagnosi più precisa e di escludere eventuali anomalie ossee associate.

## COME SI CURA?

Non vi è unanime accordo fra gli ortopedici sull'efficacia del **plantare** nel piede piatto, se si decide, però, di utilizzarlo è fondamentale che sia il plantare giusto e che abbia lo scopo non di sorreggere o creare passivamente la volta longitudinale del piede ma di stimolarne la naturale formazione. Uno dei plantari più usati è il cosiddetto "di sfera", secondo Valente, dal nome dell'ortopedico del CTO di Roma che lo mise a punto. Questo plantare, infatti, attraverso uno stimolo elastico, costituito appunto da un quarto di una sfera posizionato sotto l'astragalo, cioè sotto il cardine del problema, lo solleva e stimola, innescando meccanismi propriocettivi, l'azione dei muscoli cavizzanti, cioè quei muscoli deputati a "tirar su" la volta longitudinale mediale del piede.

Nei bambini di 10-12 anni in cui non vi è stato nessun miglioramento nonostante il trattamento con il plantare, o in quei casi diagnosticati per la prima volta a questa età, trova indicazione il trattamento chirurgico che è tanto più efficace quanto prima viene effettuato.

## SERVE CAMMINARE SCALZI?

Certamente, ma è inutile farlo sui pavimenti perfettamente lisci e duri. Il piede non riceve nessuno stimolo da un suolo uniforme e levigato. Sono le asperità del terreno a stimolare e rafforzare l'azione dei muscoli cavizzanti. Quindi è molto utile far camminare frequentemente i bambini a piedi nudi sulla sabbia, sulla ghiaia, sull'erba o su qualunque superficie irregolare. E' utile anche associare ginnastica come camminare sulle punte e sui talloni

e cercare di raccogliere oggetti con le dita del piede.

## IN CHE COSA CONSISTE L'INTERVENTO CHIRURGICO?

L'intervento, che ha lo scopo di riallineare il retro piede e di creare la volta mediale del piede, consiste nel posizionare all'interno di una naturale piccola cavità del piede, chiamata seno del tarso, una vite che esercita sia un'azione meccanica, effettuando una artroresi, cioè allargando l'articolazione fra astragalo e calcagno ed impedendone lo scivolamento e sia attivando dei recettori propriocettivi che stimolano per via riflessa l'azione dei muscoli cavizzanti.

## COME VIENE EFFETTUATO L'INTERVENTO?

L'intervento, con tecnica mininvasiva, ha la durata di circa 15 minuti e viene effettuato in anestesia locale ed eventuale sedazione, trattandosi di piccoli pazienti.

Sono due i sistemi più utilizzati: l'endortesi seno-tarsica e il calcaneo stop. In tutti e due i casi viene effettuata una piccolissima incisione sul lato esterno del piede, subito al di sotto della caviglia, si inserisce l'impianto all'interno del seno del tarso nel caso dell'endortesi o sul pavimento dello stesso, nel caso del calcaneo-stop e poi si chiude il piccolo foro cutaneo con 1 - 2 punti di sutura. Dopo l'intervento è possibile camminare con la tutela di un gambaletto gessato da mantenere per 2 - 3 settimane.

Solo raramente, e in casi particolarmente gravi, sono necessari tempi chirurgici accessori come, per esempio, l'allungamento del tendine di Achille, il ritensionamento del tendine del tibiale posteriore, la rimozione di un osso accessorio o particolarmente prominente. Anche questi cosiddetti tempi accessori, comunque, vengono effettuati in modo mininvasivo.

## L'IMPIANTO VA POI RIMOSSO?

Esistono impianti in materiale riassorbibile, cioè che lentamente si dissolvono, "riassorbibili" dai tessuti, e materiali non riassorbibili, in acciaio o titanio che è consigliabile rimuovere a fine accrescimento.

E' necessario aver cura dei piedi dei nostri figli. Un semplice esame clinico dal pediatra darà la possibilità di fare una diagnosi precoce. Camminare in modo scorretto potrebbe alterare l'assetto muscolare e scheletrico di tutto il corpo mentre camminare bene pone le basi per un armonico sviluppo corporeo.

La maggior parte dei piedi piatti guarisce spontaneamente intorno agli otto - nove anni di età. Solo una piccolissima percentuale non guarisce ed è necessario valutare attentamente ed in tempo la necessità di un intervento chirurgico.

Modello di piede con normale rappresentazione dell'arco mediale.

Modello di piede piatto valgo con appiattimento dell'arco, spostamento verso l'esterno del calcagno e prominza verso l'interno dello scafoide.

Valgismo bilaterale del retro piede in piede piatto valgo infantile. Il calcagno si sposta verso l'esterno. La linea verde indica dove dovrebbe essere il valgismo fisiologico del calcagno.

Esame baropodometrico: La luce gialla indica il carico che nel piede piatto si distribuisce su tutta la superficie della pianta del piede, come in questo caso.

Piede normale | I grado | II grado | III grado

Come abbiamo potuto sperimentare osservando le impronte lasciate a piedi nudi sulla sabbia del mare, il piede non appoggia in tutta la sua interezza al suolo in condizioni normali. Più si allarga l'impronta maggiore è il grado di piattismo.

L'incisione chirurgica è molto piccola.

Un tipo di endortesi che si inserisce all'interno del seno del tarso

Controllo a sei mesi dall'intervento. Normale appoggio plantare e normale allineamento del retro piede.

Controllo radiografico postoperatorio di intervento di endortesi senotarsica. Si nota il posizionamento dell'endortesi.

Controllo radiografico di intervento di "Calcaneo stop"



**MASSIMARIANO BISIGNANI**  
 Specialista in ortopedia  
 Divisione di Chirurgia del Piede  
 Centro Traumatologico Ortopedico (CTO)  
 Roma