

NEUROMA DI MORTON DECOMPRESSIONE ENDOSCOPICA (TECNICA RONCONI)

Disegni e foto per gentile concessione del prof. P. Ronconi

INTRODUZIONE

La **Sindrome di Morton** è dovuta alla sofferenza di uno o più nervi plantari che decorrono negli spazi delineati dai rispettivi metatarsi e rappresenta una delle cause principali di metatarsalgia (sofferenza avampiede).

La scoperta di tale sindrome va accreditata a Filippo Civinini, medico pistoiese (1835), successivamente fu descritta da Morton (1876).

EZIOLOGIA

Le cause possono essere multifattoriali, frequentemente su base meccanica:

- ◆ uso di calzature non idonee;
- ◆ scompensi posturali;
- ◆ disturbi neurologici;
- ◆ alluce valgo; alluce rigido;
- ◆ ipercarico avampodalico;
- ◆ piede cavo;
- ◆ lassità legamentosa
- ◆ piede piatto valgo;
- ◆ artrosi, artrite reumatoide...

PATOGENESI

Durante l'attività deambulatoria, soprattutto nella pratica sportiva, viene facilitata la concentrazione del carico in sede metatarsale che se reiterata nel tempo e/o complicata da eventuali anomalie preesistenti, induce una sofferenza da sovraccarico della regione avampodalica con risentimento del/i nervo/i plantare nel passaggio al di sotto del legamento traverso intermetatarsale (TIML) (fig. 1 e 2).

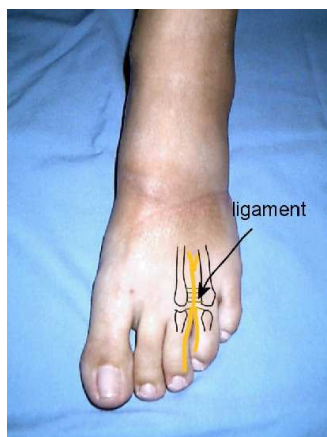


Fig. 1

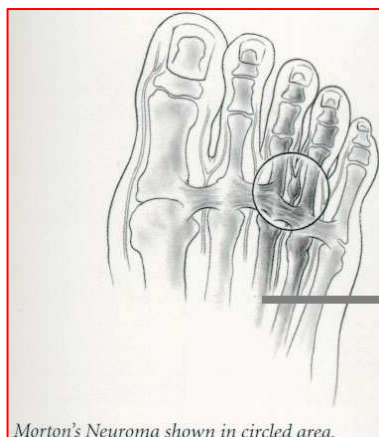


Fig. 2

Gli effetti compressivi variano a seconda dell'entità e della durata del microtrauma locale: da modico edema fino a fibrosi marcata e fenomeni degenerativi della guaina mielinica del nervo con suo intrappolamento intermetatarsale.

Dal 1990 abbiamo voluto considerare il Neuroma di Morton come una neurite e trattarla con tecnica endoscopica EDIN secondo Barret al fine di effettuare un release (detensionamento) del legamento

intermetatarsale (TIML), tecnica modificata personalmente dal Prof. P. Ronconi con l'esecuzione di una alcolizzazione del nervo per via endoscopica.

STUDIO EPIDEMIOLOGICO

- Maggior incidenza 4° decennio di vita
- 80-85% localizzato al 3° spazio IM
- 80% monolaterale
- 44% associato a piede piatto o alluce valgo
- 80% non richiedeva intervento chirurgico

SINTOMATOLOGIA

Localizzazione più frequente:
spazio tra il III° e IV° metatarso (fig. 3)

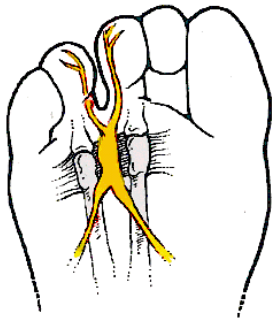


Fig. 3

altre localizzazioni:

spazio tra il II°- III° e/o IV°-V° metatarso
più raramente tra il I°-II° metatarso.

Caratteristico corredo sintomatologico:

- dolore acuto tipo nevralgico
- sensazione di corrente elettrica
- bruciore locale
- bisogno improvviso di togliersi la calzatura
- “clic” alla palpazione nelle sedi interessate (test di Mulder)

DIAGNOSI

Esame obiettivo (anamnesi, sintomatologia – positività test di Mulder e dell'apprensione)

Esami strumentali: ecografia, RMN, esame baropodometrico

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Borsiti, capsuliti, sinoviti, tendinite, fratture, tumori, necrosi avascolare, distrofie simpatiche riflesse, neuropatie, ecc...

TECNICA CHIRURGICA

Anestesia locale (ankle-block) alla caviglia (fig. 4) ed applicazione fascia ischemica al collo piede



Fig. 4

Adottiamo la tecnica di Barrett utilizzando il suo strumentario endoscopico (E.D.I.N.) con sonda ottica di 2,7 mm di diametro.

Si esegue una prima incisione dorsale intermetatarsale a circa 25 mm dal legamento intermetatarsale (TIML) (fig.5 e 6), successivamente si posiziona un divaricatore (fig. 7).



Fig. 5



Fig. 6



Fig. 7

Una seconda incisione viene eseguita nello spazio interdigitale e previo palpato si raggiunge il pavimento del legamento intermetatarsale per consentire una migliore introduzione della cannula (fig. 8)



Fig. 8

Si procede all'inserimento della cannula aperta dorsalmente tra il legamento TIML (situato dorsalmente) e il nervo metatarsale (non visualizzabile). La sonda viene fatta uscire plantarmente con una terza incisione (fig. 9).



Fig. 9

Si inserisce l'ottica da 2,7 mm con inclinazione di 30 gradi nella cannula e si procede al detensionamento del TIML sotto controllo video con apposito tagliante (fig.10).

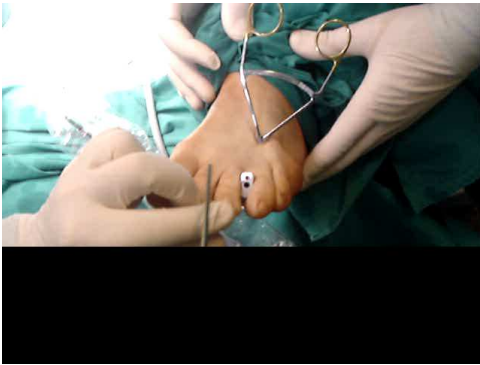


Fig. 10

Successivamente con apposito palpatore si saggerà se vi è stato il completo detensionamento altrimenti si ripeterà la procedura (fig. 11).



Fig. 11

Da diversi anni abbiamo modificato la tecnica originale (di Barrett) associando una alcolizzazione diretta del nervo sempre sotto controllo endoscopico, ruotando di 180 gradi la cannula (dopo il detensionamento o release del legamento) ed iniettando 4-5 cc di soluzione alcolica al 90% (fig. 12)



Fig. 12

L'alcolizzazione consente di eliminare o ridurre il manicotto fibroso (dovuto a processi infiammatori per microtraumi ripetuti) intorno al nervo che contribuisce all'azione costringente (come nella Sn. del tunnel carpale).

POST OPERATORIO

- ◆ Carico parziale alla prima settimana
- ◆ Successivamente deambulazione con calzatura sportiva
- ◆ Dopo 30-40 gg ripresa attività sportiva o la normale attività quotidiana
- ◆ Prescrizione di idoneo plantare.

CONTROINDICAZIONI

- ◆ Nelle amputazioni del nervo
- ◆ Non è consigliabile eseguire il release contemporaneo in due spazi intermetatarsali per possibile instabilità successiva.

COMPLICANZE

- ◆ Rari casi di infezione
- ◆ 20% dei casi persistenza sintomatologia.

CONCLUSIONI

La decompressione endoscopica senza amputazione del nervo plantare, risulta meno traumatica rispetto le altre tecniche chirurgiche e permette:

- ◆ rapida ripresa delle normali attività del paziente
- ◆ alta percentuale di successo (88%) superiore alla tecnica tradizionale
- ◆ conservare la sensibilità digitale
- ◆ di intervenire, in caso di insuccesso, con altre metodiche.

Dr. Eugenio Arati

Equipe chirurgica: Prof. P. Ronconi, Dr. P.M.Baleanu, Dr. E. Arati, Dr.ssa P. Ragonesi
Foot Medical Hospital – Via Brenta, 5 a – 00198 Roma tel. 06/8414354-www.paoloronconi.it
Clinica Villa Margherita, Clinica Nostra Signora della Mercede, Roma.