

Il piede reumatico

Simona LAZZARI, simona.lazzari87@gmail.com

Che cosa è

Nonostante i progressi nel trattamento farmacologico delle patologie reumatiche, le deformità del piede costituiscono, ancora oggi, un problema assai comune che incide pesantemente sulla vita e sulle attività quotidiane delle persone affette. Non è 'solo un sassolino nella scarpa, fare una passeggiata, acquistare un paio di scarpe, semplicemente stare in piedi può diventare difficile e talmente estenuante da dover rinunciare anche a piccolissimi piaceri e a dover chiedere aiuto anche per semplici attività.

La maggior parte delle patologie reumatiche hanno rilevante importanza medico-sociale per la loro vasta diffusione e per la loro potenziale disabilità, basti citare la cardiopatia reumatica, l'artrite reumatoide, le gravi artrosi e l'osteoporosi. Prepotente è il forte impatto sociale e economico, sul sistema sanitario nazionale, spesa pubblica e nell'ambito privato. Ai fini del bisogno di salute delle persone e di conseguenza per la riduzione dei costi della spesa pubblica, è necessario avere l'alta specificità terapeutica e maggiore accessibilità e fruibilità di trattamenti riabilitativi più adeguati.

Deformità

Nel piede vi è un elevato numero di articolazioni e strutture sierose che lo rendono bersaglio di molte malattie reumatiche, il meccanismo patogenico è rappresentato da un processo di tipo infiammatorio acuto o cronico delle strutture articolari ed extra-articolari.

L'avampiede spesso si presenta con il caratteristico aspetto di avampiede a "colpo di vento peroneale" con tutte le dita deviate all'esterno o il cosiddetto "avampiede triangolare" in cui

le dita convergono a realizzare una figura triangolare; le articolazioni metatarso-falangee si lussano e le dita si dislocano al di sopra dei metatarsali. Inoltre posso presentarsi erosioni delle teste metatarsali (talvolta degeneranti in geodi), dita a martello e/o artiglio. Ulteriori usure dei tessuti molli delle piccole articolazioni possono causare fistole cutanee croniche [1], [2].

Le deformità strutturali e la sindrome dolorosa associata è causa di diminuzione dell'escursione articolare, della forza muscolare, della propiocezione e coordinazione con conseguente alterato controllo posturale.

Il mesopiede non è comunemente interessato isolatamente, ma può essere coinvolto nel 40-60% dei casi.

Il retropiede tende a sviluppare la deformità in valgismo del calcagno e le sinoviti possono portare a dislocazione sotto astragalica.

Nelle fasi iniziali della AR, il piede viene interessato solo nel 15-20% dei casi, talvolta come manifestazione di esordio, nel rimanente 80-85% dei casi esso è una delle localizzazioni tardive. Durante la fase infiammatoria ritroviamo: dolore, tumefazione, versamento intra-articolare, tenosinovite, borsiti che portano al blocco articolare e perdita della funzione. Alla fase infiammatoria seguono le modifiche meccaniche, retrazione muscolo tendinee, ipofunzione muscolare, che comportano un'alterazione della complessa biomeccanica del piede.

È caratteristica la deambulazione *Rheumatoid shuffle* che comporta: riduzione della lunghezza del passo diminuzione della velocità cammino a ginocchio flesso o rigido, ridotta escursione articolare della tibio-tarsica, perdita del pattern di rotolamento dal tallone all'avampiede con appoggio del piede a piatto e tendenza ad

evitare la fase di spinta [5]. Il piede quindi si presenta appiattito sulla volta plantare e con presenza di iperceratosis che possono diventare dolorose e invalidanti.

Trattamento

Al fine di ottimizzare il programma di intervento sul complesso piede è necessario valutare lo stadio e la fase della malattia attiva, lieve, in remissione con o senza esiti), fare un'analisi distrettuale, globale, funzionale e del dolore e delle specifiche esigenze. L'approccio deve essere multidisciplinare [4], multidimensionale e multimodale affinché si possa procedere ad un efficace programma riabilitativo, condiviso dalla persona e da tutte le figure professionali [3], [6]. La persona è al centro del programma terapeutico dedicato e personalizzato.

La terapia farmacologica dell'AR si pone come obiettivo primario la riduzione del dolore, il controllo della risposta infiammatoria e il rallentamento del danno articolare.

La fisioterapia gioca un ruolo molto importante nella gestione delle diverse fasi e stadi della malattia. Diverse sono le tecniche che si susseguono e che intrecciano: dai vari tipi di massaggio al mantenimento dell'escursione articolare, rinforzo muscolare, rieducazione della propiocezione e tecniche di riduzione del dolore. Particolare importanza ha il training della deambulazione e le tecniche di economia articolare associate alla terapia occupazionale.

Talvolta è necessario avvalersi di ortesi funzionali o accomodative e calzature appropriate nella gestione della malattia. Le ortesi aiutano a stabilizzare il piede, mantenendolo in una posizione ottimale e quindi mi-

glierandone la funzione, limitando il movimento delle articolazioni dolorose, riducendone il carico sulle strutture infiammate. Inoltre proteggono il piede e le dita da un'eccessiva frizione e pressione della scarpa [7]. La calzatura invece, necessita di essere sufficientemente larga con allacciatura in velcro per fornire supporto all'arco plantare e suola ammortizzata.

L'indicazione chirurgica si pone nella fase avanzata della malattia col fine di correggere le deformità gravi, ristabilendo un appoggio plantigrado, restituendo un'adeguata deambulazione e garantire una certa capacità funzionale alla persona.

Conclusione

Ancora oggi molte persone affette da tali problematiche non sono a

conoscenza o hanno scarsa informazione rispetto all'accessibilità e l'offerta terapeutica sul territorio. Importante è quindi la sensibilizzazione all'importanza del piede della sua funzione e degli eventi a catena che si instaurano in caso di sua alterazione. Il piede è un capolavoro unico di architettura e biomeccanica. La funzione è spesso indipendente dalla deformità; mantenere la funzione significa superare la deformità con l'aiuto della farmacoterapia di ultima generazione e applicando i concetti biomeccanici e biotissutali vantaggiosi. Pertanto l'economia articolare nel piede artritico si raggiunge favorendo un appoggio indolore, una propulsione mantenuta con un buon controllo delle forze squilibranti, ripristinando al meglio possibile la biomeccanica e riportando la persona ad una vita quanto più soddisfacente possibile.

Bibliografia

- [1] Ceccarini A, Giannini S, Pecorelli F, et al. Progressi in medicina e chirurgia del piede. Piccin Editore 1993; vol 1
- [2] Giannini S, Faldini C, Pagkrati S, et al. Il piede reumatoide. Edit Domus 2006; 21-26
- [3] Hurkmans EJ, Li L, Verhoef J, et al. Physical Therapists' Management of rheumatoid arthritis: Results of a dutch survey. *musculoskelet care* 2012; 10:142-148
- [4] Meesters J, Verhoef J, Tijhuies G, et al. Functional disability in patients with rheumatoid arthritis admitted for multidisciplinary rehabilitation from 1999-2009. *Rheumatology* 2013 Oct; 52(10):1879-83
- [5] Nava T. Riabilitazione delle patologie reumatiche, approccio integrato. Edra 2016
- [6] Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of early rheumatoid arthritis. Edinburgh 2011
- [7] Stewart J, Monogham M. The foot rheumatology. In: David C, Lloyd J. Rheumatological physiotherapy Mosby International 1999