



# Imaging del piede, indicazioni da confronto ortopedici-radiologi

Al congresso Sispec di Bologna chirurghi ortopedici e radiologi si confrontano per identificare le più appropriate indagini strumentali per lo studio delle patologie di piede e caviglia. Regola base: nella richiesta esplicitare sempre il sospetto clinico



» Francesco Barca

La Società italiana studio piede e caviglia (Sispec) tiene il suo terzo congresso nazionale a **Bologna** (Living Place Hotel) **da giovedì 21 a sabato 23 novembre**, dove si confronterà in particolare sulle indicazioni alla diagnostica strumentale per questo distretto anatomico. Non a caso la presidenza del congresso è stata affidata in modo congiunto a un chirurgo ortopedico, **Francesco Barca**, e a un radiologo, **Giuseppe Monetti**, sottolineando fin da subito la necessità di una stretta collaborazione tra queste due figure professionali nel processo di diagnosi che, anche per i distretti di piede e caviglia, si avvale sempre più delle possibilità offerte dalle nuove tecnologie, come la risonanza magnetica statica e dinamica e la tomografia computerizzata in carico.

Nell'imaging diagnostico però non c'è sempre un livello di

appropriatezza adeguato e il piede non sembra fare eccezione: «tali metodiche spesso non vengono utilizzate in modo appropriato, assistendo a un loro utilizzo improprio con notevole aggravio per la spesa sia del sistema sanitario nazionale che del paziente – dichiarano Barca e Monetti alla vigilia del congresso –. Sempre di più la risonanza magnetica sembra essere diventata l'indagine base per quasi tutte le patologie del piede, sia riguardanti le parti molli che la diagnostica della struttura ossea. Questo congresso si propone di illustrare le varie patologie della caviglia e del retro piede, dando per ciascuna di esse la giusta indicazione alle indagini strumentali più appropriate». Dal confronto tra chirurghi ortopedici e radiologi potranno emergere gli strumenti indispensabili per identificare le corrette indagini strumentali per lo studio delle patologie di piede e caviglia.

**Molte patologie del piede, come l'alluce valgo o il piede piatto, appaiono quasi scontate da diagnosticare. Dottor Barca, quali errori diagnostici si celano o sono indotti proprio da questa apparente semplicità?**

La domanda fa riferimento a un problema reale e interessante. Quando in televisione si affrontano le problematiche a carico del piede, ci si limita quasi sempre a parlare dell'influenza delle calzature sull'alluce valgo, o meglio ancora dell'utilizzo del tacco alto nelle donne.

L'alluce valgo non è la sola patologia che interessa il piede, ma forse è la più evidente e non è condizionata dalla sola presenza del tacco, essendo influenzata da numerose problematiche che vanno dalla deformità congenita, all'impostazione strutturale del piede, ad alterazioni di carattere biomeccanico, a problematiche autoimmuni-infiammato-

rie come l'artrite reumatoide o l'artrite psoriasica.

L'errore che si fa normalmente è di considerare l'avampiede indipendentemente dal retro piede, non tenendo conto che la presenza di un cosiddetto piede piatto pronato (meglio se parliamo di retro piede valgo) condiziona l'atteggiamento in valgo dell'alluce.

Inoltre, alla genesi e al mantenimento dell'alluce valgo, concorrono dei robusti tendini a partenza dalla gamba, che lateralizzandosi stabilizzano l'alluce in valgo.

**In che modo la diagnosi può e deve indirizzare le scelte chirurgiche?**

Le faccio un esempio semplice. Mi capita spesso di dover rioperare dei bambini trattati da colleghi per correzione di un piede piatto sintomatico con endortesi, senza risultati. Trattare un piede piatto si-

nostosico e contratto con una endortesi, che andrebbe applicata in un piede piatto flessibile, significa andare incontro a un fallimento del trattamento, con notevoli problemi per il paziente.

Questo perché spesso viene fatta una diagnosi affrettata o perché lo specialista non ha un'adeguata preparazione nell'affrontare la patologia e non prende in considerazione il fatto che vi possano essere altre problematiche come causa di un piede pronato doloroso, come la presenza di sinostosi, che possono essere presenti tra astragalo e calcagno o tra calcagno e scafoide e che irrigidiscono il piede in pronazione dando l'idea di un piede piatto.

**Quali fasi deve attraversare un corretto percorso diagnostico?**

La semeiologia clinica deve essere la parte più importan-

te nell'accedere alla diagnostica corretta. Personalmente ho un'età in cui si arriva alla diagnosi senza tomografia o risonanza magnetica. Bisogna essere in grado di raccogliere una anamnesi accurata dal paziente, sapendo discernere gli aspetti clinici nel suo racconto e aiutandolo a indirizzarci sul tipo di dolore, che può indicare la problematica. L'anamnesi ci indirizzerà poi, se necessario, verso gli ulteriori accertamenti da effettuare.

In alcuni casi, la preparazione clinica solleva dalla necessità di richiedere ulteriori accertamenti diagnostici. A monte serve una buona preparazione di base: l'occhio vede quello che il cervello conosce.

**Quali patologie del piede sono particolarmente insidiose da diagnosticare?**

Indubbiamente tra le più difficili figurano le patologie do-

lorose con dolore irradiato o con problematiche nascoste, la cui conoscenza deve indirizzare lo specialista alla richiesta degli esami corretti. Inoltre, possono esserci difficoltà nella diagnosi di patologie neurologiche periferiche senza segni di deficit, ma solo con disturbi sensitivi, ad esempio tumori benigni a carico dei nervi periferici, e infine nelle problematiche biomeccaniche da impingement.

**Esami strumentali: ricorre alle tecnologie più avanzate è un criterio sufficiente o rimane necessario scegliere accuratamente il tipo di esame a seconda della patologia e del singolo caso?**

L'avvento della risonanza magnetica ha indotto i pazienti a ritenere che essa sia indispensabile e faccia vedere il visibile e l'invisibile. Tale esame è indicato per la diagnostica di alcune patologie, come le problematiche a carico dei legamenti e delle parti molli, mentre per la diagnostica ossea è indispensabile effettuare la tomografia computerizzata. Tale esame deve essere richiesto con precise indicazioni, fornendo al radiologo le importanti notizie anamnestiche raccolte e dando anche il sospetto diagnostico.

In ambulatorio arrivano frequentemente pazienti con una o più risonanze effettuate a sproposito, anche a distanza di pochi mesi e senza specifiche indicazioni; questo ovviamente comporta un notevole aggravio della spesa

sanitaria. Non basta dunque richiedere la risonanza magnetica al piede, ma bisogna specificare il problema e il sospetto clinico.

Oggi la possibilità di effettuare delle risonanze magnetiche in statica e in dinamica e le tomografie computerizzate in carico offrono un ausilio importante al chirurgo ortopedico. Proprio per favorire la conoscenza e l'acquisizione di queste nuove e moderne metodiche, abbiamo previsto alcune le relazioni sul tema al congresso Sispec, che offriranno ai partecipanti un confronto tra chirurghi ortopedici e radiologi sullo studio delle patologie e sulle indicazioni corrette nella richiesta degli esami strumentali.

**È frequente che, per inesperienza o per medicina difensiva, si prescrivano esami inutili e costosi?**

Direi che la richiesta di esami inutili, sperando che tali esami ci diano la diagnosi, è la norma.

Diverso è il problema degli esami richiesti per medicina difensiva. I pazienti sono diventati molto aggressivi e istruiti da internet e pretendono la certezza della diagnosi e dei risultati del trattamento chirurgico. Visto l'alto numero di richieste risarcitorie, fatte anche a sproposito, il medico è indotto ad arrivare all'intervento con più esami, atti a suffragare la sua diagnosi.

Renato Torlaschi

## DIAGNOSTICA STRUMENTALE, IL PUNTO DI VISTA DEL RADIOLOGO: «ESSENZIALE CONOSCERE IL SOSPETTO CLINICO DELL'ORTOPEDICO»

«Il radiologo deve porsi il problema di valutare le immagini in funzione del tipo di patologia. In seguito a traumi banali, il primo esame da effettuarsi è una radiografia, per verificare la presenza di eventuali microfratture; a fronte di lesioni capsulo-legamentose importanti, è opportuno passare direttamente a una risonanza magnetica che valuta a 360 gradi tutte le strutture in esame e, eventualmente, nella fase successiva, possono essere utili ecografia dinamica, risonanza dinamica e, nel caso di fratture complesse, una tac 3D». Così **Giuseppe Monetti**, direttore scientifico di Diabmed, centro di Bologna per la radiologia diagnostica e per il trattamento delle patologie osteo-muscolo-articolari, inquadra il problema della diagnostica delle malattie del piede.

«Il ruolo del radiologo – dice Monetti, che insieme all'ortopedico **Francesco Barca** presiede il congresso Sispec 2019 – è di effettuare indagini su richiesta del clinico, in particolare dell'ortopedico, formulate sulla base di un sospetto diagnostico. In relazione a questo, sarà il radiologo stesso a decidere quale metodica utilizzare, in quanto la risonanza magnetica, la metodica più completa in assoluto, ha un costo relativamente alto rispetto ad altre metodiche, ma da un punto di vista di rapporto tra costi e benefici ha vantaggi, in quanto in grado di inquadrare tutte le problematiche».

Il radiologo spiega che le difficoltà principali in cui si può incor-

rere in pronto soccorso in fase acuta sono quelle poste dalle lesioni complesse, capsulo-legamentose e osteocondrali: «la difficoltà maggiore sta nel decidere quale indagine effettuare in prima istanza, se tomografia computerizzata o risonanza magnetica».

In generale, come in qualsiasi settore della medicina, è fon-



» Un fotogramma di una risonanza magnetica dinamica al ginocchio

damentale effettuare le indagini a fronte di un preciso sospetto clinico: «anche in ortopedia, e in particolare nel distretto piede-caviglia, la valutazione clinica, funzionale e biomeccanica dell'ortopedico è essenziale ai fini della nostra indagine, per arrivare a una diagnosi corretta e completa».

Grande esperto di tecnologie, Giuseppe Monetti sta lavorando a un libro, che verrà pubblicato nel 2020 da Griffin-Timeo, sull'imaging funzionale e dinamico dell'apparato muscolo scheletrico. Nel volume verranno mostrati dei casi clinici seguiti da ortopedici e traumatologi, mostrando con l'aiuto del radiologo le peculiarità del percorso diagnostico condotto con risonanza magnetica dinamica. Dal racconto di queste specifiche esperienze cliniche emerge la necessità di uno studio per immagini dinamico, perché capace di mostrare alterazioni non visibili con le metodiche statiche.



» Giuseppe Monetti

Renato Torlaschi