

Metatarsalgia da neuroma di Civinini-Morton

Singolare e dolorosa afflizione del nervo in un preciso spazio interdigitale.

Tra le cause di metatarsalgia va annoverato il **neuroma di Civinini Morton**, una patologia dello spazio intermetatarsale. Il termine "metatarsalgia" viene utilizzato per indicare una sintomatologia dolorosa che si manifesta **all'avampiede**, in corrispondenza delle teste metatarsali e delle articolazioni metatarso-falangee. Altri sintomi che si possono manifestare all'avampiede sono la **digitalgia** (dolore a livello delle dita) e la **tarsalgia** (dolore in regione tarsale, a livello dell'articolazione di Linsfranc); queste sintomatologie dolorose possono presentarsi singolarmente, variamente combinate, o in concomitanza.

Al fine di distinguere la grande quantità di cause che potrebbero provocare una metatarsalgia, viene classificata in quattro gruppi: un primo gruppo comprende le cause di origine biomeccanica; un secondo quelle dovute a malattie localizzate nell'avampiede; un terzo quelle che compaiono nel corso di una malattia generalizzata o da altra localizzazione; un quarto quelle post-traumatiche.

Si tratta di una patologia di particolare rilievo: il soggetto, infatti, lamenta un dolore così intenso, da essere costretto, dopo una lunga passeggiata, a fermarsi e togliere le scarpe per massaggiare la zona dolente del piede, eventualmente fingendo, all'occorrenza, di osservare una vetrina: ecco perché il neuroma di Civinini-Morton è stato definito anche come "**malattia delle vetrine**".



Esami istologici:

- Modificazioni morfostrutturali sul nervo monolaterale (85%), bilaterale (15%) -III spazio inter. (80-85%) -II e III testa met. (15-20%) -I e IV spazio inter. (molto rara).

Classificazione secondo l'ingrossamento:
->0.8 cm -Da 0.4cm a 0.8 cm -<0.4 cm

Epidemiologia

Età: > 25 < 50, Donne 78% Uomini 22%

Eziopatogenesi

Meccanica: Ripetuti traumi durante la marcia. Marce effettuate con scarpe con tacco alto e punta stretta. La situazione si aggrava nei soggetti in sovrappeso

Patologie concomitanti

Alluce valgo, sovraccarico delle teste metatarsali, etc.

Canicolare

Osservazioni istologiche di nervi asportati a soggetti con neuroma di Morton, con nervi scissi a soggetti affetti da neuropatie da intrappolamento.

Clinica

Dopo sforzi bruschi o marce prolungate o anche senza motivo apparente, anche ad un soggetto in pieno riposo, compare un dolore folgorante sulla testa del 4° met., più raramente del 3°, dolore che obbliga il soggetto a fermarsi bruscamente, togliersi le scarpe e cercare sollievo massaggiandosi a livello delle teste dei metatarsi interessati, improvviso e brusco (folgorante, scarica elettrica, bruciore). Per lo più dopo una marcia prolungata (il massaggio comporta sollievo o addirittura scomparsa) s'irradia trasversalmente sull'avampiede, s'irradia posteriormente fino alla caviglia o al polpaccio. Non sempre continuo e

con stessa intensità (10 min a pochi gg). Aumenta di frequenza con il passare del tempo (crisi notturne)

Segni

Dolore alla digitopressione a livello dello spazio intermetatarsale (segno del campanello). Dolore alla compressione latero-laterale delle teste metatarsali (test di Morton). Dolore alla flessione dorsale del dito corrispondente alla sede del neuroma (Lasègue del dito). Segno di Mulder 1951 (o segno del click o dello scatto).

Diagnosi differenziale: farla per non precipitarsi in una diagnosi affrettata e indicare che il paziente abbia il neuroma.

Esami strumentali:

Ecografia - risonanza magnetica

Terapia conservativa

Uso di calzature adeguate (no tacco alto) Plantare (essenziale per scaricare la zona infiammata).

Terapia fisica e farmacologica.

Terapia chirurgica: neurectomia, neurolisi dorsale plantare.

Per quanto mi riguarda sono dell'opinione che al paziente con metatarsalgia di Morton è prospettata l'eventualità dell'intervento chirurgico solo nel caso in cui il trattamento conservativo si fosse rivelato inefficace.

Ciò avverrebbe secondo varie statistiche soltanto per un 30% (circa) dei pazienti.

