

Haluksy – paluch koślawy – Leczenie operacyjne

Leczenie operacyjne palucha koślawego

Leczenie operacyjne, według danych z literatury, jest w chwili obecnej jedyną skuteczną metodą korekcji palucha koślawego. Istnieje ponad 150 metod operacyjnych haluksów. Większość z nich ma obecnie znaczenie historyczne. Powszechnie stosowanych jest około dwudziestu.

Wybór odpowiedniej z nich zależy od rodzaju deformacji, obrazu radiologicznego, objawów klinicznych oraz wieku i oczekiwań pacjenta. Kluczową rolę odgrywa tu także doświadczenie, umiejętności i preferencje chirurga oraz możliwości techniczne szpitala, w którym przeprowadzana jest operacja.

Nie istnieje jedna uniwersalna i “najlepsza” procedura do leczenia tego schorzenia. Operacje palucha koślawego nie są również, wbrew potocznym opiniom, małymi zabiegami, a wyniki leczenia tej deformacji ściśle zależą od doświadczenia całego zespołu terapeutycznego (chirurg stopy, fizjoterapeuta, podolog, pielęgniarka operacyjna).

Zabieg operacyjny jest jedynie jednym z elementów terapii. Niezmiernie ważne jest również prawidłowe wykonywanie opatrunków, nauka bezpiecznego obciążania operowanej kończyny w odpowiednio dobranym obuwiu oraz pooperacyjna rehabilitacja, a zwłaszcza terapia manualna dopasowana do rodzaju wykonanej procedury.

Kwalifikacja do leczenia

Kwalifikacja do leczenia operacyjnego odbywa się na podstawie badania klinicznego stóp na stojąco oraz w odciążeniu. Dodatkowo w każdym przypadku należy wykonać zdjęcie RTG w pozycjach przednio-tylnej (AP), bocznej oraz skośnej w pełnym obciążeniu. Rzadko konieczne są inne badania dodatkowe.

Leczenie operacyjne jest w chwili obecnej jedyną skuteczną metodą korekcji palucha koślawego. Istnieje wiele różnych technik i typów operacji paluch koślawego. W obecnie stosowanych technikach najczęściej pacjent wychodzi ze szpitala następnego dnia po operacji.

Typy operacji

W leczeniu palucha koślawego zastosowanie znajduje kilka podstawowych typów operacji. Są to:

- zabiegi na tkankach miękkich,
- bunionektomia,
- osteotomie (czyli przecięcia kości),
- artrodezy (usztwywnienia stawów).

Dodatkowo większość z podanych technik można wykonać sposobem klasycznym lub miniinwazyjnym, przez bardzo niewielkie nacięcia skóry. Często w czasie jednego zabiegu wykonuje się kilka, a nawet kilkanaście procedur operacyjnych z różnych grup. Poniżej przedstawione są najczęściej stosowane techniki.

W paluchu koślawym dochodzi do zaburzenia równowagi mięśniowej.

Stąd deformacja ta ma zawsze tendencję do postępowania. Postęp schorzenia może odbywać się w różnym tempie.

Zwykle haluksy występują w obu stopach, chociaż początek występowania deformacji pomiędzy stopami może dzielić wiele lat. Pierwsze objawy mogą mieć miejsce nawet w dzieciństwie, chociaż zwykle choroba pojawia się w wieku dorosłym.

Pamiętaj!

Stabilne, nowoczesne implanty oraz poprawa technik operacyjnych sprawiły, że możliwe jest leczenie operacyjne w obu stóp w trakcie jednej operacji. Wyniki tego leczenia są również znacznie lepsze, niż kilkanaście lat temu.

OPERACJA TYPU

Uwolnienie tkanek miękkich stawu MTP I

Wraz z rozwojem deformacji o typie paluch koślawy tkanki miękkie po bocznej stronie stawu ulegają przykurczeniu. Dotyczy to zarówno torebki stawowej, jak i więzadła śródstopno-trzeszczkowego, a także ścięgna mięśnia przywodziciela palucha. Wynika to z nieprawidłowego ustawienia palucha w stawie MTP I oraz działania długiego prostownika i zginacza palucha.

Uwolnienie tkanek miękkich stosowane jest w większości przypadków korekcji palucha koślawego.

Polega ono na przecięciu więzadła śródstopno-trzeszczkowego oraz odcięciu przyczepu ścięgna mięśnia przywodziciela palucha. Stosuje się do tego dodatkowe cięcie grzbietowe między paluchem a palcem drugim.

Trudniejsze technicznie, ale w doświadczonych rękach możliwe, jest wykonanie tego zabiegu również przez dostęp operacyjny od strony przyśrodkowej bez konieczności dodatkowego nacięcia tkanek miękkich.

OPERACJA TYPU

Bunionektomia

Jest również jednym z elementów korekcji palucha koślawego. Nie jest stosowana jako izolowana procedura. Zabieg polega na usunięciu tkanki kostnej okolicy przyśrodkowej głowy pierwszej kości śródstopia wraz z nadmiarem torebki stawowej stawu MTP I. Dodatkowo można wyciąć wytworzoną w okolicy przyśrodkowej kaletkę.

Warto zauważyć, iż w badaniach klinicznych potwierdzono, że w paluchu koślawym nie dochodzi do poszerzenia głowy pierwszej kości śródstopia. Z tego powodu wykonanie samej bunionektomii, jako formy leczenia palucha koślawego najczęściej nie jest skuteczne.

OPERACJA TYPU

Skrócenie torebki stawowej po stronie przyśrodkowej

To również jedynie element skomplikowanego zabiegu operacyjnego, jakim jest leczenie palucha koślawego. W trakcie rozwoju deformacji przyśrodkowa część głowy pierwszej kości śródstopia napiera na torebkę stawową. Powoduje to jej ścieńczenie oraz poszerzenie.

Aby przywrócić prawidłowy jej kształt, po wykonaniu innych procedur wycina się nadmiar torebki stawowej w okolicy głowy pierwszej kości śródstopia.

Dodatkowo w specjalny sposób zakładając szwy poprawia się ustawienie palucha w stawie śródstopno-palcowym.

OPERACJA TYPU

Osteotomie pierwszej kości śródstopia

Osteotomia to przecięcie kości wykonane w odpowiednim miejscu przy pomocy specjalnej, precyzyjnej piły. W leczeniu palucha koślawego najczęściej dokonuje się osteotomii pierwszej kości śródstopia. Można to zrobić w jej odcinku proksymalnym, środkowym (trzon) i dystalnym, czyli podgłowym.

Im dalej w kierunku palców wykonana jest osteotomia tym potencjalnie mniejsze możliwości korekcji deformacji, ale większa stabilność. Zatem w przypadku deformacji średnio zaawansowanych, korekcję można wykonać przy pomocy osteotomii trzonu oraz osteotomii podgłowych. Bardzo zaawansowane deformacje wymagają osteotomii przypadkowych lub zupełnie innych procedur operacyjnych.

Dostęp operacyjny wykonuje się najczęściej od okolicy przyśrodkowej lub grzbietowej stopy.

Po odpowiednim przecięciu kości stabilizuje się odłamy do czasu ich zrostu.

Do stabilizacji używa się różnych implantów takich jak np. druty Kirschnera, wkręty, płytki. Do najczęściej stosowanych osteotomii należą:

- osteotomia Scarf
- osteotomia Chevron

Pozwalają one na trójpłaszczyznową korekcja deformacji, a więc nie tylko poprawę koślawego ustawienia palucha, ale również niewielkie skrócenie pierwszej kości śródstopia oraz jej obniżenie zapobiegające ewentualnej metatarsalgii. Ich stabilizację wykonuje się dzięki specjalnym kaniulowanym, wykonanym z tytanu wkrętom pozwalającym na kompresję między odłamami. Ich użycie pozwala na szybkie rozpoczęcie pełnej rehabilitacji co umożliwia zapewnienie optymalnego wyniku leczenia.

OPERACJA TYPU

Osteotomie paliczka podstawnego palucha

Ich celem jest dodatkowe doprostawanie palca, po uprzednio wykonanej korekcji pierwszej kości śródstopia. Najbardziej znaną jest osteotomia Akin, która polega na wycięciu klinu w okolicy przyśrodkowej podstawy lub okolicy podgłowej paliczka proksymalnego. Następnie stabilizuje się ją za pomocą wkrętów, drutów Kirschnera, klamry kostnej lub szwu.

Osteotomię tą można wykonać również jako procedurę izolowaną na przykład w leczeniu palucha koślawego międzypaliczkowego.

OPERACJA TYPU

Usztywnienie stawu śródstopno-paliczkowego palucha

W niektórych sytuacjach najczęściej przy długo trwającej deformacji koślawej palucha lub występowaniu zmian zwyrodnieniowych stawu MTP I nie ma możliwości przywrócenia poprawnej funkcji stawu. Wówczas procedurą z wyboru jest wykonanie usztywnienia stawu śródstopno-paliczkowego palucha. Zabieg ten polega na usunięciu osteofitów okołostawowych oraz pozostałej, najczęściej bardzo zniszczonej chrząstki stawowej tego stawu. Następnie pierwszą kość śródstopia i paliczek podstawny palucha ustawia się w odpowiedni sposób i zespała razem. Według literatury najlepszym sposobem stabilizacji jest użycie wkrętu ciągnącego oraz grzbietowej płytki blokowanej. Staw pozostaje nieruchomy, jednakże nie przeszkadza to pacjentom w funkcjonowaniu.

Odpowiednie ustawienie pozwala na prawidłowe przetaczanie stopy, a część ruchu przejmują okoliczne stawy to jest śródstopno-klinowaty i międzypaliczkowy palucha. Operacja ta ma bardzo dobre długotrwałe wyniki kliniczne i wysoki odsetek zadowolenia pacjentów, potwierdzone wieloma publikacjami naukowymi. Pewną wadą techniki jest brak możliwości noszenia butów na obcasie i uprawiania niektórych sportów takich jak na przykład narciarstwo biegowe.

OPERACJA TYPU

Usztywnienie stawu klinowato-śródstopnego palucha

W tej metodzie koślawość palucha koryguje się na poziomie stawu klinowato-śródstopnego. Jest to dość duża i trudna technicznie metoda stanowczo niepolecana chirurgom z małym doświadczeniem.

Wskazaniem do jej zastosowania jest bardzo zaawansowana deformacja u pacjentów młodych lub w średnim wieku, u których dodatkowo staw klinowato-śródstopny jest niestabilny.

Operację wykonuje się najczęściej z dostępu grzbietowego lub przyśrodkowego. Po dotarciu do stawu klinowato-śródstopnego usuwa się chrząstkę stawową, a końce kości ustawia się w taki sposób, żeby skorygować deformację.

Ważne jest odpowiednie, stabilne zespolenie końców kostnych. Najczęściej dokonuje się tego za pomocą wkrętów ciągnących i płytki blokowanej. Dodatkowo w każdym przypadku konieczne są procedury na tkankach miękkich.

Techniki miniinwazyjne

W ich przypadku nie dokonuje się typowych nacięć skóry i tkanki podskórnej. Dzięki specjalnym urządzeniom oraz szybkoobrotowym wiertłom poprzez niewielkie nacięcia tkanek miękkich wykonuje się precyzyjne przecięcia kości. Kiedyś nie dokonywano stabilizacji odłamów.

W obecnie stosowanych technikach w większości przypadków (zwłaszcza przy przecinaniu pierwszej kości śródstopia) dodatkowo stabilizuje się odłamy kostne zapobiegając mikroruchom i w ten sposób zmniejszając liczbę powikłań. Do najczęściej stosowanych metod należą MICA (ang. Minimally Invasive Chevron Akin) oraz PERC (ang. Percutaneous Chevron).

Techniki te są bardzo trudne technicznie, wymagają dużego doświadczenia w chirurgii stopy oraz odpowiedniego sprzętu takiego jak precyzyjne, niewielkich rozmiarów wiertarki, specjalny aparat rentgenowski służący do bieżącej kontroli linii cięcia oraz odpowiednich, rzadko spotykanych implantów.

Tak jak w przypadku innych schorzeń stopy ważne jest, aby w trakcie jednej operacji skorygować wszystkie objawowe deformacje. Często zatem dana operacja składa się nie tylko z korekcji palucha koślawego, ale również procedur poprawiających ustawienie palców czy zmniejszających płaskostopie poprzeczne.

Postępowanie pooperacyjne

W obecnie stosowanych technikach najczęściej pacjent wychodzi ze szpitala następnego dnia po operacji w specjalnie założonym opatrunku.

Możliwe jest również obciążanie operowanej stopy w specjalnie dobranym obuwiu pooperacyjnym, którego pacjent używa przez następne 5-6 tygodni.

Stabilne, nowoczesne implanty oraz poprawa technik operacyjnych sprawiły, że możliwe jest leczenie operacyjne w obu stóp w trakcie jednej operacji. Wyniki tego leczenia są również znacznie lepsze, niż kilkanaście lat temu.