

# Leczenie Operacyjne – Płaskostopie poprzeczne (Metatarsalgia)

## Płaskostopie poprzeczne (Metatarsalgia)

Płaskostopie poprzeczne często towarzyszy innym deformacjom stopy, takim jak paluch koślawy czy palce młotkowate. W początkowym okresie choroby dość skuteczne jest leczenie nieoperacyjne, a zwłaszcza prawidłowo wykonane indywidualne wkładki ortopedyczne. Wkładki te i zlokalizowana na ich górnej powierzchni pelota metatarsalna pozwalają bardziej równomiernie rozłożyć obciążenia pod głowami kości śródstopia.

Niestety wraz z postępem deformacji leczenie nieoperacyjne najczęściej staje się nieskuteczne.

## Leczenie operacyjne

W leczeniu operacyjnym dominują dwie podstawowe koncepcje.

- Pierwszą z nich jest przywrócenie właściwego obciążenia stopy, to jest przenoszenie ciężaru ciała przez prawidłowo ustawione pierwszą i piątą kość śródstopia.
- Drugą z nich jest odciążenie, uprzednio w wyniku deformacji nadmiernie przeciążonych, głów kości śródstopia drugiej trzeciej i czwartej.

W większości przypadków w trakcie zabiegu operacyjnego należy wykonać procedury z obu tych grup.

Zatem należy najczęściej skorygować ustawienie pierwszej kości śródstopia, poprzez jej przemieszczenie w kierunku pozostałych kości oraz obniżenie. Dodatkowo wskazane jest uniesienie lub skrócenie kości śródstopia II-IV. W prawidłowych warunkach kości śródstopia ustawione są nieco skośnie do podłoża, zatem już samo zmniejszenie długości tych kości automatycznie powoduje uniesienie głów kości śródstopia.

Sprawdź [Operacje korygujące paluch koślawy](#).

## Kwalifikacja do operacji

Kwalifikację do leczenia płaskostopia poprzecznego prowadzi się na podstawie badania klinicznego oraz zdjęć RTG stopy wykonanych w obciążeniu. Podczas badania pacjent najczęściej zgłasza dolegliwości bólowe w okolicy podeszwowej stopy nasilające się zwłaszcza przy dłuższym chodzeniu, sporcie lub stosowaniu butów na obcasach. Dodatkowo często widać inne deformacje stopy takie jak paluch koślawy i palce młotkowate.

W obrazie RTG poza opisanymi wyżej deformacjami, często widać, iż kości śródstopia są dłuższe niż normalnie. W niektórych bardziej zaawansowanych przypadkach dodatkowo można zauważyć podwichnięcie lub nawet zwichnięcie w stawie śródstopno-palcowym danego palca.

## Pamiętaj!

Płaskostopie poprzeczne często towarzyszy innym deformacją stopy, takim jak paluch koślawy czy palce młotkowate.

## Metody leczenia

Istnieją dwie podstawowe koncepcje korekcji ustawienia kości śródstopia II, III, IV – metoda klasyczna i miniinwazyjna.

### Metoda klasyczna

W grupie tej znajduje się wiele technik operacyjnych z których najbardziej popularne są osteotomie BRT oraz Weila. W osteotomii BRT korekcję przeprowadza się w części proksymalnej kości śródstopia. Wskazaniem do tej metody jest izolowana metatarsalgia pod głową jednej kości śródstopia, wynikająca z nadmiernego obniżenia tej kości. Cięciem grzbietowym dochodzi się do okolicy bliżej kości śródstopia. Wykonuje się skośne cięcie ten sposób, że po zbliżeniu odłamów kostnych głowa danej kości śródstopia unosi się. Najczęściej dokonuje się stabilizacji wkrętem kostnym. Metoda ta ograniczona jest głównie do korekcji obniżenia pojedynczej kości śródstopia.

Osteotomia Weila polega na uwidocznieniu okolicy dalszej kości śródstopia wraz z odpowiednimi stawami MTP. Wykonuje się nacięcia skóry w okolicy grzbietowej stopy: nad kośćmi śródstopia lub w przestrzeniach międzykostnych. Później pod kontrolą wzroku dokonuje się skrócenia kości śródstopia do satysfakcjonującego poziomu. Na koniec stabilizuje się przecięte fragmenty kostne najczęściej za pomocą wkrętów. Niezmiernie ważne jest dopasowanie pooperacyjnej długości wszystkich kości śródstopia, zatem w części przypadków operacje te wykonuje się pod kontrolą monitora RTG. Zwyczajowo również skraca się jednocześnie 3 kości śródstopia to jest drugą, trzecią i czwartą.

## Metodę miniinwazyjna – osteotomie DMMO

W metodzie miniinwazyjnej nie wykonuje się kilkucentymetrowych nacięć skóry i tkanki podskórnej w grzbietowej części stopy. Pod kontrolą monitora RTG dokonuje się jedynie punktowych nacięć nad okolicą dystalną kości śródstopia. Za pomocą specjalnego urządzenia oraz odpowiednich wiertel tnących przezskórnie przecina się kości śródstopia II-IV. Powoduje to ich skrócenie i uniesienie. Nie wykonuje się następczej fiksacji przeciętych odłamów kostnych za pomocą implantów, ale zakłada się specjalny opatrunek stabilizujący przecięte fragmenty kostne. Pacjent chodząc w takim opatrunku w specjalnie dobranym obuwiu pooperacyjnym wywołuje nacisk na głowy kości śródstopia powodując ich prawidłowe ustawienie.

Zrost kostny typowo w tej metodzie występuje po dłuższym czasie, niż w metodzie klasycznej. Często dłużej utrzymuje się również obrzęk tkanek miękkich stopy. Zaletą są najczęściej prawie niewidoczne blizny pooperacyjne.

## Korekcje przodostopia należy wykonywać kompleksowo

Korekcja płaskostopia poprzecznego w znacznej większości przypadków jest tylko jednym z elementów zabiegu operacyjnego przodostopia. W trakcie jednej operacji dodatkowo, w większości przypadków, należy wykonać procedury korygujące paluch koślawy oraz deformacje palców. Tylko takie postępowanie może zapewnić optymalny wynik leczenia chirurgicznego.

Zakres tego leczenia, a przez to osiągnane wyniki pooperacyjne, w dużej mierze zależy od wiedzy i doświadczenia operującego lekarza.