

# Operacja bunionette

## Bunionette – leczenie operacyjne

Dolegliwości związane z deformacją bunionette (kostka krawca, szpotawość V kości śródstopia) często z powodzeniem leczone są zachowawczo.

Niekiedy jednak pomimo leczenia przeciwzapalnego oraz modyfikacji obuwia, dolegliwości bólowe mają charakter przewlekły. W takich przypadkach konieczne jest leczenie operacyjne. Rodzaj operacji zależy częściowo od stopnia deformacji a częściowo od jej typu (patrz Choroby – bunionette).

## Ścięcie bocznego fragmentu głowy V kości śródstopia

W I typie deformacji mamy do czynienia z poszerzeniem głowy V kości śródstopia, bez zaburzeń osiowania kości. W trakcie operacji wykonuje się krótkie około 3 cm cięcie boczne, przecina się torebkę stawową, a następnie ścina boczną część głowy V kości śródstopia. W przypadku zapalnego przerostu kaletki maziowej warto ją dodatkowo wyciąć.

Operacja jest mało inwazyjna, jednak jest rzadko wykonywana z dwóch powodów:

- Po pierwsze rzadko ten typ deformacji powoduje dolegliwości bólowe, najczęściej mamy do czynienia z typem II i III.

- Po drugie wadą jest niepełna przewidywalność wyniku – istnieje ryzyko, że zwężenie stopy będzie zbyt małe i dolegliwości będą się utrzymywać.

Po operacji ścięcia bocznego fragmentu V kości śródstopia pacjent jest w stanie od razu chodzić z pełnym obciążaniem stopy a powrót do sprawności zazwyczaj jest szybki.

Ścięcie bocznego fragmentu głowy V kości śródstopia można wykonać również metodą miniinwazyjną (przezskórną), jedynie z punktowym nacięciem skóry (przeczytaj – chirurgia miniinwazyjna stopy).

## Osteotomie V kości śródstopia

Najczęściej w leczeniu deformacji bunionette wykonuje się osteotomie.

Operacje te polegają na przecięciu V kości śródstopia tak, aby przesunąć głowę V kości śródstopia w kierunku IV kości śródstopia.

Rodzaje osteotomii:

- podgłowowe – wykonywane w okolicy dalszej nasady V kości śródstopia. Osteotomia Weil oraz osteotomia Chevron to najczęściej wykonywane rodzaje osteotomii – charakteryzują się dobrą stabilnością i szybkim gojeniem. Po przesunięciu kości stabilizuje się odłamy – najczęściej z użyciem wkrętów kostnych, czasami używa się drutów Kirschnera. Pomimo że osteotomie podgłowowe teoretycznie dają mniejszą możliwość korekcji to jednak

w przypadku dobrego wykonania, prawie zawsze są wystarczające

- trzonu – są to osteotomie wykonywane w obrębie środkowej części V kości śródstopia. Dają duże możliwości korekcji deformacji jednak trudniejsze jest w tym miejscu uzyskanie stabilnego zespolenia. Gojenie kości w tym miejscu również jest wolniejsze.
- przypadkowe – wykonywane bardzo rzadko. Teoretycznie dają największą możliwość korekcji deformacji jednak są ryzykowne ze względu na wysoki odsetek powikłań. W tej okolicy V kość śródstopia jest słabo ukrwiona, z czego wynika utrudnione gojenie. Oznacza to wysokie ryzyko wystąpienia zaburzeń wzrostu kostnego.
- osteotomie miniinwazyjne (przezskórne) – wraz z rosnącą popularnością technik miniinwazyjnych w chirurgii stopy pojawiły się również metody miniinwazyjne. Polegają na wykonaniu jedynie punktowego nacięcia skóry i wykonania przecięcia V kości śródstopia pod kontrolą RTG-TV. W tej metodzie stosuje się stabilizację drutem Kirschnera albo w ogóle nie stosuje się stabilizacji a jedynie stosuje specjalny opatrunek pooperacyjny utrzymujący prawidłowe ustawienie odłamów kostnych.

Niekiedy oprócz osteotomii V kości śródstopia wykonuje się procedury towarzyszące:

- ścieżenie bocznego fragmentu głowy V kości śródstopia – wykonywane prawie zawsze
- uwolnienie torebki stawowej stawu śródstopno-palcowego V po stronie bocznej – wykonywane w przypadku gdy deformacji towarzyszy odchylenie się palca V w kierunku IV
- wydłużenie ścięgna prostownika palca V (ścięgno EDM) – jeżeli stwierdzamy jego przykurcz
- usztywnienie stawu PIP palca V – czasami deformacji bunionette towarzyszy deformacja młotkowata palca V (patrz leczenie palca młotkowatego)

## Postępowanie pooperacyjne

Po operacji osteotomii pacjent chodzi w specjalnym bucie pooperacyjnym.

W zależności od operacji może to być but odciążający przodostopie (tzw. but Gejszy) lub but kołyskowy o sztywnej podeszwie. But używa się zazwyczaj 5-6 tygodni.

Po tym okresie powinna rozpocząć się rehabilitacja. Powrót do uprawiania sportu najczęściej jest możliwy po 2-3 miesiącach po operacji.