

Operacja palca młotkowatego

Leczenie operacyjne palca młotkowatego

Palec młotkowaty to jedna z najczęstszych deformacji przodostopia. W początkowych stadiach choroby pacjenci zazwyczaj próbują leczenia nieoperacyjnego, które najczęściej nie zmniejsza deformacji, natomiast z reguły ogranicza dolegliwości bólowe i poprawia komfort funkcjonowania. Wraz z postępem deformacji leczenie nieoperacyjne staje się nieskuteczne. Istnieje wiele procedur chirurgicznych stosowanych w leczeniu palców młotkowatych. W dużym uproszczeniu w zabiegach tych chodzi o ustawienie zdeformowanego palca w pozycji fizjologicznej, poprzez przywrócenie poprawnej pozycji paliczek w stawach: śródstopno-paliczkowym (MTP), międzypaliczkowym bliższym (PIP) i dalszym (DIP).

Rodzaj wykonywanej operacji zależy od zaawansowania deformacji oraz wiedzy i doświadczenia chirurga stopy.

W początkowych etapach schorzenia najczęściej możliwe jest wykonanie zabiegów na tkankach miękkich (np. torebka stawowa, ścięgna). Wraz z postępem choroby konieczne są procedury na tkance kostnej. Długo trwające zaawansowane deformacje często wymagają nie tylko operacji wykonywanych na palcach stopy, ale również na kościach śródstopia i stawach śródstopno-paliczkowych. Ze względu na to, iż pacjenci zgłaszają się do lekarza zwykle dość późno są to najczęściej wykonywane operacje.

Kwalifikacja do leczenia operacyjnego

Kwalifikacja do leczenia opiera się na badaniu klinicznym oraz ocenie dolegliwości bólowych zgłaszanych przez pacjenta. W każdym przypadku konieczne jest wykonanie badania radiologicznego stopy wykonanego na stojąco. Wskazane są projekcje przednio-tylna (AP), boczna oraz skośna. Inne badania obrazowe takie jak USG CT i MRI w większości przypadków są zbędne.

Typy operacji

Do najczęstszych operacji korygujących tę deformację zaliczamy: artroplastyki, usztywnienia stawów, czy przecięcia, wydłużenia lub przeniesienia ścięgien zginaczy lub prostowników.

W większości przypadków jednocześnie należy wykonać co najmniej kilka procedur na danym palcu lub tkankach otaczających

Łączenie oraz dobór odpowiednich metod wynikają z doświadczenia chirurga i ściśle przekładają się na wyniki operacyjne. Warto wspomnieć, iż usunięcie typowego grzbietowego modzela najczęściej nie jest etapem żadnej z tych operacji. Modzel ten tworzy się na skutek konfliktu tkanek miękkich zakrzywionego palca z obuwem.

Po korekcji ustawienia tkanki kostnej i osiągnięciu prawidłowej pozycji palca dochodzi do spontanicznego cofnięcia się modzela.

Pamiętaj!

Rodzaj wykonywanej operacji zależy od zaawansowania deformacji oraz wiedzy i doświadczenia chirurga stopy.

OPERACJA TYPU

Artroplastyka

Zabieg polega na wycięciu powierzchni stawowych stawu międzypaliczkowego bliższego. Stosuje się ją w przypadku deformacji niekorektywnych. Najczęściej wycina się głowę paliczka podstawnego palca objętego procesem chorobowym. Procedurę tą najczęściej wykonuje się z dostępu grzbietowego podłużnego lub poprzecznego. Wycięty fragment tkanki kostnej powoduje poluzowanie przykurczonych struktur okołostawowych, a przez to możliwość ustawienia palca w pozycji prawidłowej.

Zasadniczą wadą tej operacji jest brak kontroli nad pooperacyjnym ustawieniem paliczków, gdyż w miejsce usuniętej kości powstaje miękka blizna łącznotkankowa. Palce po artroplastyce najczęściej są dużo krótsze oraz wiotkie. Czasem występuje przetrwały obrzęk.

Zabieg ten nie jest polecany, jeżeli występuje konieczność jednoczesowej korekcji kilku palców.

OPERACJA TYPU

Artrodeza

Celem zabiegu jest wycięcie obu powierzchni stawowych stawu międzypaliczkowego bliższego, to jest głowy paliczka podstawnego oraz podstawy paliczka środkowego danego palca. Następnie dokonuje się stabilizacji paliczka podstawnego ze środkowym w odpowiednim ustawieniu przy użyciu dostępnych implantów. Stosowane są zarówno druty Kirschnera, jak też nowoczesne implanty (także tytanowe) wprowadzane wewnątrzcostnie. Ich celem jest utrzymanie paliczków w odpowiedniej pozycji do czasu zrostu kostnego, co trwa najczęściej kilka tygodni.

Zabieg ten, stosowany w zaawansowanych, niekorektywnych deformacjach, pozwala na korekcję młotkowatości i ustawienie palca w pozycji fizjologicznej.

Usztywnienie stawu międzypaliczkowego bliższego nie ogranicza funkcjonowania pacjenta. Jednocześnie można operować kilka palców, w tym także palce w obu stopach. Konieczne jest oszczędzanie kończyny operowanej w specjalnym bucie pooperacyjnym przez okres około 6 tygodni.

OPERACJA TYPU

Wydłużenie prostowników

Bardzo często w deformacji młotkowatej palców dochodzi do przykurczu ścięgien prostownika długiego i krótkiego danego palca. Po wykonaniu odpowiedniej procedury na tkankach palców, często widzimy uniesienie palca w stawie śródstopno-paliczkowym oraz napinanie się ścięgien prostowników krótkiego i długiego korygowanego palca.

Najczęstszą procedurą w takich przypadkach jest wydłużenie ścięgna mięśnia prostownika długiego danego palca oraz wydłużenie lub przecięcie ścięgna mięśnia prostownika krótkiego. Zabiegi te wykonuje się z dostępu grzbietowego nad kością śródstopia lub w przestrzeniach międzykostnych. Wydłużone ścięgna zabezpiecza się odpowiednimi szwami podskórnymi.

OPERACJA TYPU

Przecięcie zginacza krótkiego

W niektórych typach korektywnej deformacji młotkowatej wystarcza izolowane przecięcie zginacza krótkiego danego palca. Zabieg ten wykonuje się z różnych dostępów operacyjnych, a jego założeniem jest odcięcie przyczepu zginacza krótkiego od paliczka środkowego danego palca.

OPERACJA TYPU

Kapsulotomia stawu MTP

Czasem po wykonaniu korekcji na poziomie danego palca w dalszym ciągu widzimy jego uniesienie w stawie MTP wówczas pomóc może przecięcie i poluzowanie grzbietowej części torebki stawowej stawu MTP.

OPERACJA TYPU

Przeniesienia ścięgien

W niektórych przypadkach zaawansowanych deformacji młotkowatej palców stosowane powyżej procedury nie wystarczają. Mimo wykonania jednocześnie większości z nich w dalszym ciągu widzimy szczytkową deformację. W takim wypadku dodatkowo można przenieść ścięgno mięśnia zginacza długiego danego palca na kaptur prostowników. Siła działania zginacza spycha dany palec podszwowo, przez co pomaga w jego fizjologicznym ustawieniu.

Zabieg ten jest dość trudny technicznie, jednakże w doświadczonych rękach pozwala na korekcje nawet bardzo zaawansowanych palców młotkowatych. Wykonuje się go najczęściej z dwóch nacięć podszwowych oraz jednego grzbietowego.

Deformacje stopy należy korygować kompleksowo

Mimo, iż korekcje deformacji palców mniejszych (II-V) potencjalnie wydają się mniej ważne niż operacje haluksa, często to właśnie one decydują o sukcesie operacji i zadowoleniu pacjenta. W trakcie zabiegu operacyjnego zajmują również znacznie więcej czasu i wymagają dużo więcej finezji, niż sama korekcja palucha koślawego.

Operacje korekcji palucha koślawego, deformacji palców mniejszych, a także korekcje płaskostopia poprzecznego należy wykonywać w czasie jednego zabiegu. Możliwe jest również operowanie jednocześnie obu stóp.