

Operacja Palucha Sztywnego

Paluch sztywny (hallux rigidus) – operacje

W mało zaawansowanych przypadkach palucha sztywnego leczenie można zacząć od leczenia zachowawczego. Stosuje się miejscowe chłodzenie, leki przeciwzapalne doustne oraz miejscowe. Często dużą poprawę przynosi stosowanie odpowiedniego obuwia- zwykle ulgę przynosi noszenie butów o dość sztywnej podeszwie zapobiegającej nadmiernemu ruchowi w stawie śródstopno-paluchowym.

Dobrze, jeżeli buty mają dodatkowo podeszwę o kołyskowej budowie ułatwiającej przetaczanie stopy. Ulgę mogą dać również zabiegi rehabilitacyjne przeciwzapalne takie jak: krioterapia, pole magnetyczne, jonoforeza. Nie zaleca się natomiast prób „rozćwiczenia” stawu.

Zwykle nie udaje się uzyskać zwiększenia zakresu ruchomości, za to często można w ten sposób zwiększyć stan zapalny i dolegliwości bólowe. Brak dowodów na skuteczność w leczeniu palucha sztywnego stosowania zastrzyków dostawowych z kwasem hialuronowym lub osocza bogatopłytkowego.

W bardziej zaawansowanych przypadkach palucha sztywnego konieczne jest leczenie operacyjne. Metod operacji palucha sztywnego jest dużo, wybór właściwej zależy przede wszystkim od stopnia zaawansowania choroby. Ważne jest też doświadczenie chirurga stopy oraz akceptacja przez pacjenta danej metody leczenia.

Dolegliwości bólowe w paluchu sztywnym wynikają z kilku przyczyn:

- powstawania osteofitów (wyrośli kostnych) w obrębie stawu śródstopno-paluchowego. Osteofity powodują miejscowe drażnienie tkanek miękkich oraz ograniczają zakres ruchomości w stawie,
- uszkodzenie chrząstki stawowej – powoduje przewlekły stan zapalny, powoduje również odsłonięcie zakończeń nerwowych znajdujących się w warstwie podchrzęstnej (sama chrząstka stawowa jest nieunerwiona).

Metody operacyjne

Metody operacyjne możemy podzielić na te, które zachowują staw i te, które nie zachowują naturalnego stawu z powodu zbyt rozległego zniszczenia chrząstki stawowej. Warto zaznaczyć, że na chwilę obecną nie istnieją metody regeneracji chrząstki stawowej.

OPERACJA TYPU

Cheilectomia

Jest to jedna z częściej wykonywanych operacji w paluchu sztywnym, choć w naszej opinii jest ona nadużywana. Przynosi dobre wyniki we wczesnych etapach choroby. Polega na ścięciu grzbietowej 1/3 grubości głowy I kości śródstopia. W ten sposób usuwamy osteofity występujące po grzbietowej stronie, a także likwidujemy uderzenie podstawy palucha w grzbietowy fragment głowy I kości

śródstopia. Operację można wykonać z dostępu grzbietowo-przyśrodkowego bądź z dostępu przyśrodkowego. Jest to dobra metoda do przypadków mało zaawansowanych, gdzie głównym problemem jest obecność osteofitów.

Można natomiast zaobserwować nadużywanie cheilectomii – w bardziej zaawansowanych przypadkach zwykle nie daje dobrych wyników. Czasami popełniany jest również błąd polegający na usunięciu jedynie osteofitów. Cheilectomię można łączyć z innymi metodami przy bardziej zaawansowanych zmianach.

Niewątpliwą zaletą metody jest jej stosunkowo nieduża inwazyjność. Pacjent może tego samego dnia wyjść do domu, może też od razu w pełni obciążać stopę.

OPERACJA TYPU

Osteotomia Moeberga

Jest to osteotomia paliczka proksymalnego palucha. Polega na wycięciu trójkątnego fragmentu z paliczka palucha co powoduje jego zagięcie do góry. Jest to korzystne, ponieważ w paluchu sztywnym obserwujemy ograniczenie zgięcia grzbietowego. Osteotomia Moberga dość szybko się zrasta, nie wymaga specjalnego unieruchomienia. Wykonuje się ją jako dodatek do innych operacji, nie jest raczej stosowana jako metoda izolowana.

OPERACJA TYPU

Osteotomie skracające I kości śródstopia

Skrócenie I kości śródstopia przynosi duże korzyści – powoduje zmniejszenie obciążeń przenoszonych przez staw śródstopno-paluchowy. Powoduje również rozluźnienie tkanek miękkich otaczających staw – dzięki temu staw staje się mniej zwarty, poprawia się zakres ruchomości i zmniejszają dolegliwości bólowe.

Szczególnie dobrym wskaźnikiem jest sytuacja, jeżeli u pacjenta I kości śródstopia jest najdłuższą kością śródstopia (najczęściej najdłuższa jest II kość śródstopia).

Osteotomie skracającą I kość śródstopia łączy się zazwyczaj z cheilectomią.

W Poradni Chorób Stopy wykonujemy osteotomię Weil'a I kości śródstopia.

Zazwyczaj przynosi bardzo dobre efekty w przypadkach mało i średnio-zaawansowanych.

W przypadkach zaawansowanych, gdzie praktycznie nie ma już chrząstki stawowej należy rozważać inne metody operacyjne.

OPERACJA TYPU

Usztywnienie (artrodeza) stawu MTPI (śródstopno-paluchowego)

Jest to złoty standard w przypadku zaawansowanego palucha sztywnego. Operacja polega na usunięciu resztek chrząstki stawowej ze stawu. Oczywiście usuwa się też wszystkie osteofity. Następnie zespała się ze sobą I kość śródstopia i paliczek podstawny palucha. Metody zespolenia są różne, można użyć wkreśłów, klamr, płytek.

W Poradni Chorób Stopy używamy płytek blokowanych wykonanych z tytanu. Dają bardzo dobrą stabilność zespolenia co pozwala uniknąć unieruchomienia w opatrunku gipsowym. W ciągu około 7-8 tygodni po operacji dochodzi do zrostu kostnego pomiędzy kośćmi. Często pacjenci wyrażają zaniepokojenie jak będą chodzić z usztywnionym stawem, jednak chód jest całkowicie normalny. Co więcej, większość pacjentów po operacji jest w stanie wrócić do uprawiania sportu. Nie można natomiast po operacji usztywnienia stawu MTP I chodzić w butach na wysokim obcasie (maksymalny obcas ok. 4-5 cm).

Jest to metoda, która daje bardzo dobre, przewidywalne wyniki. Najważniejsze dla pacjenta jest ustąpienie dolegliwości bólowych. Co również jest ważne jest to metoda definitywna, nie wymagająca kolejnych operacji.

OPERACJA TYPU

Endoprotezoplastyka stawu MTP I (śródstopno-paluchowego)

Endoprotezoplastyka stawu MTP I jest również operacją wykonywaną w przypadku zaawansowanych zmian zwyrodnieniowych stawu z rozległym zniszczeniem chrząstki stawowej.

Polega na wycięciu zniszczonego stawu i wszczepieniu w to miejsce endoprotezy, czyli sztucznego stawu. Endoproteza może być wykonana z metalu, często w tym stawie stosuje się endoprotezy silikonowe. Zwykle endoprotezy te posiadają dodatkowe tytanowe kołnierze służące do zamocowania endoprotezy w obrębie I kości śródstopia i paliczka bliższego palucha.

Zaletą endoprotezy jest zachowanie ruchomości stawu, wadami jest ryzyko obłuzowania się endoprotezy oraz ryzyko utrzymywania się dolegliwości bólowych. Wybierając endoprotezę trzeba się liczyć, że prawdopodobnie nie jest to ostatnia operacja tego stawu. W przypadku problemów z endoprotezą usuwa się ją, a staw usztywnia. Powstały ubytek kostny trzeba wypełnić przeszczepem kostnym.

OPERACJA TYPU

Implant Cartiva

Implant Cartiva jest nowego typu implantem stosowanym w zaawansowanym paluchu sztywnym. Ma kształt walca który wszczepia się w obrębie głowy I kości śródstopia w ten

sposób że wystaje nieco nad zniszczoną powierzchnię stawową i odpycha od niej paluch. Zaletą operacji jest możliwość natychmiastowego obciążania stopy.

W przypadku braku poprawy istnieje również możliwość usunięcia implantu i wykonania usztywnienia stawu bez konieczności wypełniania ubytku przeszczepem kostnym. Wadą jest niepełna przewidywalność wyniku oraz wysoki koszt implantu.

OPERACJA TYPU

Operacja Kellera-Brandesa

Jest to jedna z najstarszych operacji stosowanych w leczeniu palucha sztywnego. Polega na usunięciu około 1/3 paliczka proksymalnego. W ten sposób tracimy staw i powstaje tzw. paluch wiszący. Co prawda metoda ta często działa dobrze przeciwbólowo jednak związana jest z dość wysokim odsetkiem powikłań. Należą do nich nieprawidłowe ustawienie palucha, skrócenie I promienia, powstanie dolegliwości bólowych o charakterze metatarsalgii. Z tego powodu operacja Kellera-Brandesa jest obecnie prawie całkowicie porzucona. Ze względu na małą inwazyjność zabiegu stosuje się ją tylko w wyjątkowych sytuacjach np. u starszych osób, które mają wskazania do innych operacji, a mają niewielkie oczekiwania co do aktywności.