



Opracowanie:

*Dr n.med. Bogdan Bakalarek
specjalista ortopeda - traumatolog
kontakt na www.ortopeda.biz.pl*

Opracowanie zawiera opis przebiegu operacji wraz ze zdjęciami śródoperacyjnymi. Zawarte obrazy mogą być źle tolerowane przez osoby wrażliwe. Jeśli nie jesteście Państwo pewni swojej reakcji, proszę nie przeglądać tego opracowania.

Korekcja palucha koślawego

Opisanych jest ponad 100 operacji palucha koślawego (hallux valgus), co nie oznacza, że wszystkie są obecnie stosowane. Każdy ortopeda ma swoje uznane kilka rodzajów operacji, które stosuje z pewnymi modyfikacjami w zależności od stopnia deformacji i towarzyszących dodatkowych problemów. W relatywnie małych deformacjach stosuje się operacje na tkankach miękkich, deformacje większe wymagają zabiegów z korekcją kostną. Opisuję poniżej kilka rodzajów operacji stosowanych w korekcji palucha koślawego w zależności od zaawansowania choroby. Planując operację palucha trzeba brać pod uwagę wiele opisanych niżej elementów składających się na tą deformację.

Obraz kliniczny i radiologiczny:

Najczęściej początek deformacji rozpoczyna się od bocznego odchylenia palucha (koślawienia palucha). Tworzy się wyrost po stronie przyśrodkowej palucha uciskająca na skórę, co razem z przewlekłym stanem zapalnym kaletki w tym miejscu daje bóle. Ścięgna i mięśnie palucha zaczynają działać po cięciwie, co na rtg widoczne jest jako zwężenie trzeszczki przyśrodkowej. Prowadzi to do dalszego podwichnięcia się palucha. Dość szybko układ torebkowo-więzadłowy ulega przykurczowi uniemożliwiając skuteczną korekcję ortezami. Bardzo często stopniowo tworzy się kaskada narastania deformacji, która dotyczy już całej stopy. Pierwsza kość śródstopia przemieszcza się w stronę odwrotną do podwichnięcia palucha (ulega szpotawieniu). Powoduje to poszerzenie przodostopia, obniżeniu ulegają też środkowe kości śródstopia tworząc stopę poprzecznie płaską. Od ich strony podeszwowej tworzą się bolesne zgrubienia naskórka- modzele, pojawiają się też bóle wynikające z przeciążenia środkowej części przodostopia (metatarsalgia).

Zaburzenie równowagi ścięgnisto-mięśniowej palców prowadzi do powstawania palców młotkowatych. Brak dostatecznej funkcji podpórczej palucha może też krańcowo prowadzić do postania stopy płasko-koślawej dorosłych. Finalnie paluch koślawy staje się jednym ze składowych zdeformowanej bolesnej stopy. Operacje podjęte odpowiednio wcześnie nie tylko przywracają prawidłowy wygląd stopy, co ma niebagatelne znaczenie zwłaszcza u kobiet, ale też zapobiegają powstaniu rozlanych bólów całej stopy, których leczenie nie jest już takie proste.

Więcej o paluchu koślawym i towarzyszących deformacjach stopy przeczytaj w:



Wskazania do przeprowadzenia operacji:

- Deformacja przeszkadzająca wizualnie
- Bóle stopy
- Nerozwiązywalne problemy z doborem obuwia

Cel zabiegu:

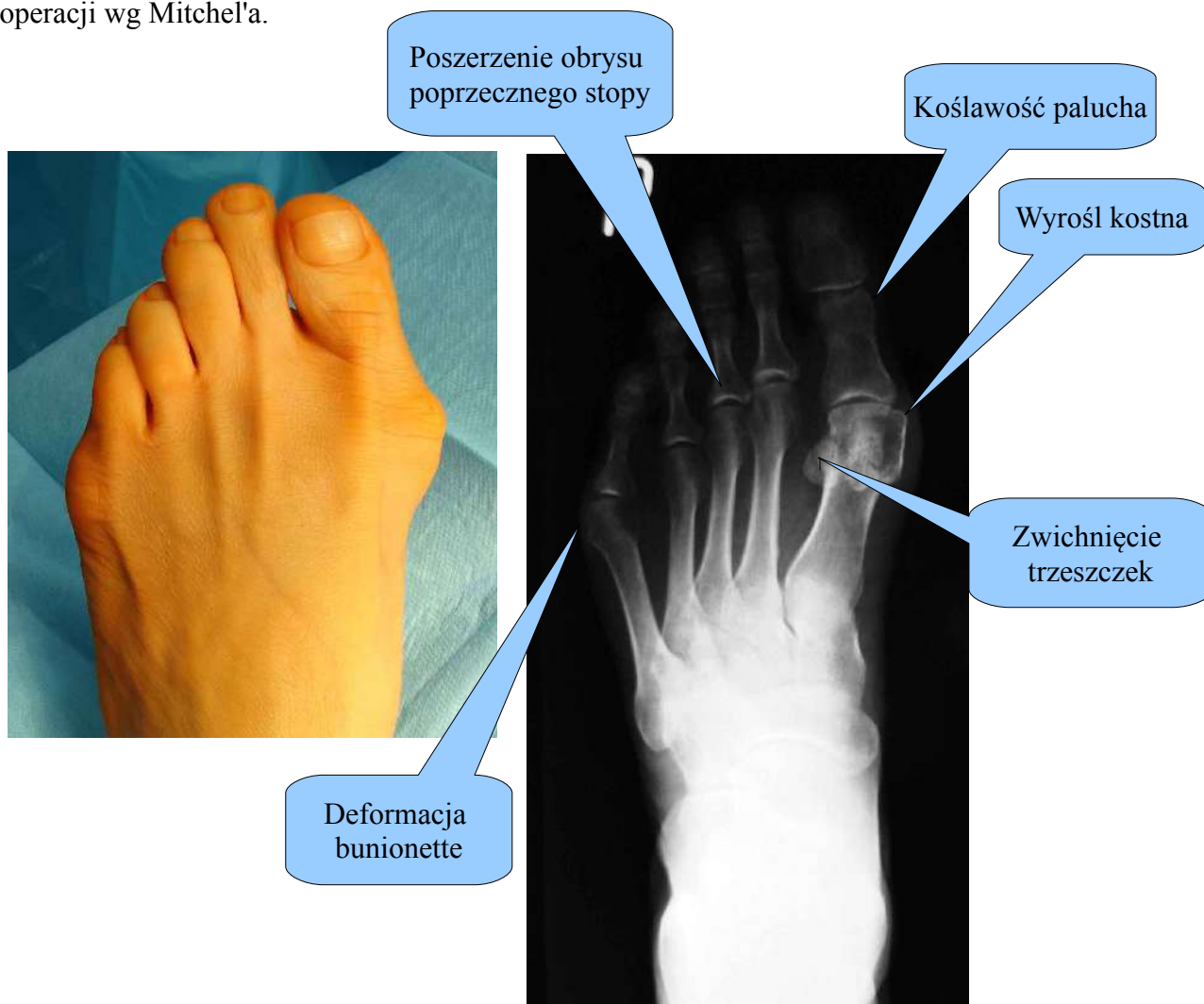
- Odtworzenie prawidłowego wyglądu stopy
- Przywrócenie właściwej anatomii stopy mające wpływ na wydolność chodu, zapobieżenie dalszemu rozwojowi deformacji całej stopy
- Leczenie bólów związane z przewlekłym zapaleniem kaletki i deformacją całej stopy

Uwagi

- Operacja małych deformacji ogranicza się zasadniczo do plastyki na tkankach miękkich. Obejmuje ona najczęściej ścieżkę wyrostki kostnej, plastykę torebki i aparatu ścięgnisto-mięśniowego. Klasyczną operacją jest np. zabieg wg Silver'a
- Większe deformacje palucha koślawego, gdzie kąt między osią palucha a pierwszą kością śródstopia zawiera się w granicach 25-40 st. wymagają korekcji kostnych w postaci osteotomii. Opisuję poniżej zabieg wg Mitchel'a.
- Skrajne deformacje palucha koślawego z kątem powyżej 40 stopni wymagają podwójnej osteotomii.

Operacja palucha koślawego

Obraz kliniczny i radiologiczny przedoperacyjny palucha koślawego zakwalifikowanego do operacji wg Mitchel'a.



Cięcie skóry wykonuje się po stronie przyśrodkowej nad wyroślą palucha. Pęczki naczyniowo-nerwowe odsuwa się do boku od linii cięcia. Aby ściąg powstałą wyrośl kostną przecina się torebkę wzdłuż lub w „V”. W zależności od przerostu kaletki maziowej wycina się ją. Po odsłonięciu przerośniętej wyrośli kostnej ścina się jej wystającą część jednocześnie wyrównując ostre brzegi kości.

W operacji małej deformacji przy dobrej mobilności palucha np. w **operacji m.Silver** ten etap kończy zabieg po stronie przyśrodkowej. Dodatkowym elementem jest uwolnienie ew. podwichnięcia i przykurczów strony bocznej palucha (można to zrobić z tego samego cięcia). Zabieg w tym przypadku kończy zmarszczenie/naszycie torebki z korekcją ustawienia palucha.

W przypadku większych deformacji stosuje się w/w **zabieg korekcji wg Mitchel'a**, który

poza opisanymi wyżej elementami obejmuje też osteotomię pierwszej kości śródstopia. Cięcie kości wykonuje się z wycięciem niepełnej grubości fragmentu kostnego, co umożliwia przesunięcie dobowcne palucha i jednocześnie niewielkie skrócenie. Dzięki temu cały układ ścięgnisto-mięśniowy palucha powraca do pracy w osi palucha, a nie po jego cięciwie, jednocześnie dając rozluźnienie przykurczonych tkanek. Odłamy kostne fiksuje się kompresującą śrubą kostną lub płytką.

Obraz kliniczny i rtg po operacji wg. Mitchel'a



Deformacje skrajne z kątem osi pierwszej kości śródstopia i palucha powyżej 40 stopni, gdzie jest duża szpotawość kości śródstopia, najczęściej wymagają zastosowania podwójnej osteotomii. Ma to na celu odprowadzenie koślawego podwichnięcia palucha i jednocześnie szpotawości pierwszej kości śródstopia. Dopiero w takim przypadku możliwe jest uzyskanie równowagi ścięgnisto-mięśniowej palucha, co jest gwarantem braku nawrotów deformacji.

Obraz rtg przed i po operacji z podwójną osteotomią kości śródstopia i stabilizacją na płytkach.



Dzięki stabilizacji odłamów nie stosuje się unieruchomienia gipsowego będącego kiedyś standardem.

Pacjent po operacji dostaje niski but ortopedyczny z wyciętą podeszwą przodostopia, dzięki czemu w trakcie chodzenia przodostopie nie jest obciążane, a sprawność chodzenia nie jest znacząco upośledzona.

Zrost kostny pozwalający na pełne obciążanie stopy dokonuje się w okresie ok. 2 miesięcy.

Po tym czasie pacjent może zacząć normalnie chodzić.

