



KARTA INFORMACYJNA DOT. ZABIEGU OPERACYJNEGO:

LECZENIE OPERACYJNE PALUCHA KOŚŁAWEGO

1. OPIS SCHORZENIA:

Paluch koślawy (Hallux Valgus) jest schorzeniem dotyczącym stopy, wynikającym z zaburzenia równowagi mięśniowo więzadłowej. W wyniku takiego zaburzenia i pod wpływem codziennego obciążania stopy dochodzi do utrwalania się zmian a w konsekwencji do powstania charakterystycznego wyglądu stopy, konfliktu z obuwem oraz narastających dolegliwości bólowych. Chorobie tej często towarzyszą zmiany w obrębie pozostałych palców stopy. Większość znacznych deformacji przodostopia wymaga leczenia operacyjnego. Najważniejszym wskazaniem do podjęcia leczenia operacyjnego jest ból ograniczający swobodne poruszanie się chorego.

2. PRZEBIEG ZABIEGU

Zabieg korekcji powyższej deformacji stopy polega na przecinaniu I kości śródstopia i paliczka podstawnego palucha lub w obrębie stawu TMT i ponowne ich zespolenie tzw. materiałem zespalającym (śruby/ płyty/ mikro płytki). Jest wiele metod osteotomii korekcyjnych, są one dostosowane do stopnia deformacji stopy. Odpowiedni sposób zespolenia skorygowanych kości ma zapewnić choremu większe prawdopodobieństwo zrostu kostnego, wygodniejsze poruszanie się w okresie pooperacyjnym, i rozpoczęcie wcześniej rehabilitacji. Wszczepy tytanowe (śruby/ płytki/ mikro płytki), które znajdują się w tkance kostnej nie wymagają usuwania. Korekcja palucha koślawego to nie tylko zabieg na tkance kostnej ale również zabiegi na tkankach miękkich, które to w trakcie postępu operacji są dostosowywane aby osiągnąć zamierzony efekt korekcji.

Operacje zniekształconych palców drugiego i trzeciego przeważnie wykonywane są jednocześnie z korekcją palucha koślawego. Zabiegi te polegają na skorygowaniu osi palca/ów. Służą temu procedury osteotomie, usztywnienia stawów, zabiegi na tkankach miękkich lub połączenie tych zabiegów.

Zabiegi korekcyjne na stopie wykonywane są w trybie planowym. Zabiegi te wykonywane są najczęściej w znieczuleniu przewodowym (o rodzaju znieczulenia decyduje Anestezjolog), gdzie znieczulana jest tylko dolna część ciała. Po zabiegu na oddziale stosowane są środki p-bólowe, przeciwzakrzepowe, oraz antybiotykoterapia okołoooperacyjna. Następnego dnia po zabiegu pacjent zaczyna chodzić z asekuracją kuli łokciowej w bucie odcciążającym przodostopie w asekuracji rehabilitanta. Większość pacjentów jest wypisywana w I dobie po zabiegu operacyjnym i podlega dalszej kontroli w poradni ortopedycznej.

3. RYZYKO ZABIEGU:

Każdy zabieg chirurgiczny (operacja) może wiązać się z następstwami, które są wynikiem choroby, leczenia i mają prawo wystąpić, oraz z powikłaniami, które choć nie są wynikiem błędu, to są zdarzeniami niepożądanymi i należy się z nimi liczyć. Na stopień ryzyka wystąpienia powikłań składa się wiele czynników, między innymi: zaawansowanie choroby, stan zdrowia chorego, nikotynizm itp., dlatego też niektórych z nich nie można przewidzieć. Operator oraz cały zespół dochowa wszelkiej staranności w celu bezpiecznego przeprowadzenia planowanego zabiegu

4. MOŻLIWE NASTĘPSTWA LUB POWIKŁANIA:

Powikłania występujące średnio często/rzadko:

Powierzchniowa infekcja rany pooperacyjnej jest możliwa z powodu narażenia przodostopia na zabrudzenia, ale występuje rzadko i jest możliwe szybkie jej opanowanie przy pomocy antybiotykoterapii ogólnej-

Głęboka infekcja jest przeważnie powikłana z zakażeniem okolicy stosowanego implantu zespalającego. Przy tego rodzaju powikłaniu konieczne jest usunięcie implantu i antybiotykoterapia

Krwiak (nadmierny) w miejscu rany pooperacyjnej –krwiak jako powikłanie, może wystąpić w związku z przecięciem kości, czasem zdarza się, że konieczne jest ewakuacja krwiaka.

Konflikt z implantem : Czasami chory odczuwa dolegliwości bólowe w miejscu wprowadzonego implantu. Objawia się to na ogół wskazaniem palcem miejsca gdzie został zamocowany implant, czasem jest to zaczerwienienie w tej okolicy, a czasem drażnienie skóry. Konflikt taki na ogół jest wynikiem obluzowania materiału zespalającego, zadaniem chirurga w takiej sytuacji, o ile to możliwe, jest wyczekanie do zrostu kostnego a następnie usunięcie implantu. Wiąże się to z kolejnym zabiegiem operacyjnym.

Powikłania zakrzepowe: wszystkie zabiegi na stopie wykonujemy w niedokrwieniu ,stosujemy rutynowo profilaktykę p-zakrzepową w postaci heparyn drobnocząsteczkowych. Pomimo tej profilaktyki-zalecanej także po wypisie z oddziału-istnieje ryzyko wystąpienia choroby zakrzepowo-zatorowej.

Opóźniony zrost kostny: Zrost kostny jest zależny od wielu czynników, na które mamy wpływ jak i od czynników, na które wpływu nie mamy. O zroście opóźnionym mówimy gdy nie doszło do widocznego zrośnięcia się kości pomimo upływu czasu, w którym to, większość takich zrostów następuje.

Brak zrostu kostnego: W rzadkich sytuacjach możemy mieć do czynienia z brakiem zrostu kostnego, szczególnie na takie powikłanie narażone są osoby, z cukrzycą, zaawansowaną miażdżycą, przewlekli palacze oraz chorzy na przewlekłej sterydoterapii. W takim przypadku może być konieczna reoperacja.

Utrata korekcji, niedostateczna korekcja : jednym z częściej poruszanych zagadnień przez chorego na rozmowie przedoperacyjnej jest kwestia ewentualnego nawrotu palucha koślawego. Nie można zapewnić chorego przed zabiegiem czy paluch koślawy nie będzie miał tendencji do nawrotu, nie można również zapewnić, że uda się skorygować zmianę do prawidłowego kąta. Formowanie się palucha koślawego to proces wieloletni podczas, którego to dochodzi nie tylko do wytworzenia kątowej deformacji palucha widocznej przez chorego. Jest to proces, w którym relacje wewnątrz stawowe, więzadłowe, oraz balans mięśniowy ulega zaburzeniu, wynikiem czego jest paluch koślawy. Dla tego czasami pomimo prawidłowo dobranej metody leczenia operacyjnego nie zawsze udaje nam się w pełni skorygować deformację, albo czasem takowa deformacja nawraca.

Powikłania występujące bardzo rzadko:

Zakrzepy i zatory naczyń krwionośnych (płuc, mózgu, serca) - związane z rodzajem wykonanego zabiegu operacyjnego i pooperacyjnego unieruchomienia. Ryzyko tych powikłań zwiększa się u chorych z żylakami kończyn dolnych, miażdżycą, cukrzycą, nadciśnieniem tętniczym, utrwalonym migotaniem przedsionków. Powikłania te należą do najcięższych i często kończą się zgonem.

Infekcja dróg moczowych – mogą być związane ze stosowaniem cewnika moczowego oraz obniżenie odporności.

Bóle blizny pooperacyjne - związane z uszkodzeniem unerwienia skórno. Może występować nawet wiele lat po operacji.

Ograniczenie ruchomości kończyn- zależy od rodzaju wykonywanego zabiegu operacyjnego.

Bliznowiec (koloid) - jest to zgrubienie blizny poperacyjnej czasem dużych rozmiarów, psujące efekt kosmetyczny. Zrosty pooperacyjne - powstanie zrostów wynika z naturalnej czynności regeneracyjnej.

Martwica skóry, pęcherze troficzne związana z opaską pneumatyczną – zabieg przebiega w niedokrwieniu dzięki opasce pneumatycznej w której ciśnienie musi przewyższyć ciśnienie skurczowe krwi o około 120 mmHg. W bardzo rzadkich przypadkach może to prowadzić do miejscowych pęcherzy troficznych lub martwicy skóry

Odleżyny – mogą wystąpić w związku z długim leżeniem w nieruchomej pozycji, nawet pomimo zastosowanych materacy przeciwoodleżynowych.

Żółtaczka zakaźna - wirusowe zapalenie wątroby- spowodowane wszczepieniem wirusa do organizmu. Ryzyko tego powikłania zmniejsza się poprzez stosowanie jednorazowego sprzętu medycznego, przez prawidłową sterylizację i kontrolę preparatów krwi. Ponadto można dokonać szczepienia uodparniającego w okresie 2-3 tygodni przed planowym zabiegiem.

Po każdym zabiegu operacyjnym mogą wystąpić poważne powikłania ogólne jak: zapalenie płuc, zatory i zakrzepy żyłne, udar mózgu, zawał mięśnia sercowego, zakażenia ogólnoustrojowe, niewydolność oddechowa, uogólniona reakcja ,uczuleniowa, zgon.

5. ALTERNATYWNE METODY LECZENIA:

Kontynuacja leczenia zachowawczego: zastosowanie wkładek ortopedycznych, rehabilitacja, zastosowanie ortez typu Hallufix, rozpórki międzypalcowe. Przy występujących silniejszych dolegliwościach bólowych okresowe zażywanie leków przeciw bólowych, blokady sterydowe.

Inny rodzaj zabiegu : Rodzaj zabiegu dobierany jest zgodnie z umiejętnościami i preferencjami chirurga, który to wybiera metodę mogącą dać odpowiednią korekcję palucha koślawego, przy jak najmniejszej ingerencji operacyjnej. Obecnie w świecie mamy około 120 metod leczenia palucha koślawego. Chirurg zawsze ma na uwadze, o ile to jest możliwe korekcję zmiany z zachowaniem ruchomości w jak największej ilości stawów.