Možnosti tu jsou



MUDr. Radek Černý
viceprezident ČPS z.s.

Ve své praxi jsem od klientek vyslechl: „Já bych chtěla tu moderní operaci palce. No tak jak to říkali v televizi, protože se lépe hojí, nebolí a rychle budu znovu zatěžovat“. Už nejsem překvapen, prezentace propagátorů miniinvazivní chirurgie nohy v dámských pořadech celostátních kanálů zabírá.

Je dobře, že ortopedická operativa se i v oblasti nohy dynamicky vyvíjí. Je tomu tak i díky kvalitní nabídce a zájmu ortopedické industrie. Výrobci nabízí nová instrumentária a nové, dražší implantáty pro inovativní řešení. Z ortopedicko-podiatrické komunity mám zkušenosti z diskusí na téma minininvazivita versus klasický přístup k řešení deformity hallux valgus. Odborná veřejnost není jednotná. Jsou zastánci i odpůrci. Porovnání dlouhodobých výsledků prozatím není možné, protože modifikovaná miniinvazivní technika ještě nemá dlouhodobá data. Ale to je jen otázka času, každá metoda byla jednou nová. Pacienti jsou na tom hůře. Ti zůstávají v nedostatku srozumitelných informací nebo pod vlivem tendenčních prezentací. Proto se při této příležitosti pokusím zjednodušeně, spíše v poznámkách osvětlit oba přístupy.

KLASICKÝ, OTEVŘENÝ PŘÍSTUP znamená, že se z podélného řezu, obvykle 5-6 cm, na vnitřní straně základního kloubu palce, ev. ještě z pomocného řezu na hřbetu nohy cca 2-3 cm, proniká do vnitřních struktur komplexu I.mtp kloubu, včetně fibrokartilaginosní ploténky. Požadované přetnutí metatarsu pod hlavicí se provede pilou a fragmenty se v adekvátním posunu a postavení zafixují. Postačuje 2,5 mm široký a do 20 mm dlouhý titanový šroubek. Další fází operace je balancování měkkých tkání, které jsou u deformity HV patologicky změněné. Uvolnění kontraktury na jedné straně vyhnutého palce a zpevnění rozvolněných struktur na druhé. V případě potřeby se vyřízne část zbytnělé otlakové bursy nad prominujícím „kotníkem“, zbytnělého kloubního pouzdra nebo se plasticky přizpůsobí přebývající kůže po korekci deformity.

MINIINVAZIVNÍ OPERACE se provádějí vysokotáčkovými frézami, prvotně vycházejících ze zubařských nástrojů. Zavřený přístup znamená, že malými vstupy 0,5cm se zavádějí nástroje pro uvolnění a přerušení kosti metatarsu frézou. Stejnými vstupy se vyplachuje a vymačkává i vybroušená kost s krví. Operuje se pod rentgenem. Stejně tak se zavádějí i fixační šrouby mezi hlavičkou v laterálním posunu oproti zbytku metatarsu. V tomto případě jsou dva, nejčastěji 4 mm široké, délky cca 7-8 cm. S měkkými tkáněmi kloubu a kolem kloubních struktur se obvykle nepracuje. Tentopřístup předpokládá, že se po správné korekci kostěné osy prvnímu paprsku časem přizpůsobí. Nebo je možné provedení uvolnění kontraktury pouzdra za další incise. (Obr. 1)



1 *Průběh operace. Vlevo otevřeně, vpravo minininvazivita.*

OBA PŘÍSTUPY MAJÍ SVÉ VÝHODY I NEVÝHODY



2 *Pooperační jizvy. Vlevo miniinvazivní, vpravo klasická operace.*

Miniinvazivita má menší kožní jizvy. (Obr. 2) Jestli je to z estetického hlediska zásadní přínos je na individuálním posouzení, ale noha není obličej. Menší řezy znamenají menší rizika spojená s hojením kůže a podkoží, ale pozor např. na termické poškození kůže rotující frézou. Miniinvazivita neotvírá kořenový kloub palce nohy. To je výhodné, protože pooperační ztuhlost kloubu je pak menší. Na druhou stranu se tím operatér zbavuje v celku zásadních kompetencí úpravy patologicky změněných kolem kloubních struktur. Především balance ab-addukčních tahů, což může hrát roli pro dlouhodobé udržení napraveného postavení, bez recidivy. „Live" vizuální a palpační kontrola otevřené operace vždy dává větší jistotu pevné osteosyntésy (sešroubování kostí) i možnost řešení nečekaných komplikací, např. nekvalitní kostní struktury, sanace kostní cysty, vyplnění štěpy, atd.

Větší posun hlavičky u distální osteotomie I. metatarsu (přetnutí kosti pod hlavičkou metatarsu) technicky umožňuje minininvazivní chirurugie. Dokonce lze posunout o tolik, že kostní fragmenty nejsou v kontaktu. Logicky ale, než se takové postavení kostí prohojí, trvá dlouho, s vyšším rizikem nezhojení, pakloubu. V případě nutnosti výraznější korekce u těžkých deformit to klasický přístup řeší operací na jiném místě metatarsu. Jiná technika je ale ještě o něco invazivnější v kožních řezech a přístupu, ale kosti vždy zůstávají v kontaktu dle pravidel „ klasické ortopedické školy".

Modifikované miniinvazivní distální osteotomie I.met dovoluje i rotaci hlavičky. To není nutné u mírných a středních nálezů, u výrazných ano. Klasický přístup to opět musí řeší jinou invazivnější technikou.

Označení miniinvazivní vychází z malých kožních řezů. Ale v implantovaných šroubech je maxi. Mít v prvním metatarsu dámské nožky implantovány dva tlustší 7-8 cm šrouby je zřetelný rozdíl oproti jednomu tenčímu, do 2cm délky. (Obr. 3) Pravidlem fyziologického operování je použití jen nezbytného a co nejmenšího množství cizího, tělu nevlastního materiálu.



3 *Pooperační rtg. Vlevo klasickým, vpravo mininivazivním přístupem.*

V celém průběhu miniinvazivní operace je nutné používat rentgenové zobrazení. Průměrný čas osvitu se udává 01:19 min (ACOTCech. 88, 2021). U otevřených operací se rtg záření nepoužívá.

Oba přístupy lze provádět v modu jednodenní chirurgie. Záleží více na formě a možnostech anestesie, provozu operačních sálů a zdravotního zařízení. V tom není zásadní rozdíl. Pooperační otoky a možnost zátěže jsou taktéž srovnatelné. Individuálně to zásadně ovlivňuje mnohem více faktorů, než jen operační technika.

Korekční operace se standardně realizují za úhradu zdravotních pojišťoven resp. na některých pracovištích je zavedená spoluúčast pacientů. V tomto smyslu je označení jako moderní, miniinvazivní, estetické, marketingově přínosnější, oproti „staromódní“ klasice.

ZÁVĚR

Viděl jsem výborné výsledky po obou typech operací. I neúspěchy a blamáže.

Je nepodložené a nekorektní tvrdit, že nová miniinvazivita je „game changer“ a že v blízké budoucnosti se všechny operace pro hallux valgus budou provádět jen takto a kdo to nedělá, stojí opodál. V něčem je lepší, v něčem ne.

Pro klienty, které obtěžuje deformita HV a chtějí jí řešit, tzn. operovat, mám doporučení, aby postupovali s rozvahou. Dvakrát měř, jednou řež. I s určitou mediální gramotností. Je to zodpovědnost a rozhodnutí, svobodné rozhodnutí, každého klienta. Ten pak bude na té noze chodit.

Klasický přístup i miniinvazivita poskytují střednědobě srovnatelné výsledky a celková míra rizik a komplikací je podobná, jenom jsou trochu jiného druhu. Největší příležitostí i rizikem pro dlouhodobě dobrý výsledek je operatér. Ve správné indikaci operace a operační techniky. V jeho zkušenosti a precizním provedení operace. V přístupu ke klientovi a srozumitelné komunikaci.

A mějme stále na paměti:
Medicus curat, natura sanat, lékař léčí, příroda uzdravuje ●