

Minimally invasive hallux valgus correction in children and adolescents

Marcin Zgoda¹, Kenneth David-West²

¹Department of Trauma and Orthopaedic Surgery University Hospital Crosshouse, Royal Hospital for Children, Glasgow, Great Britain

²Department of Trauma and Orthopaedic Surgery, University Hospital Crosshouse, Great Britain

Wstęp. W leczeniu operacyjnym palucha koślawego u dorosłych popularność zdobywają metody miniinwazyjne (MIS). Niewiele jest doniesień dotyczących wykorzystania tej metody w korekcji palucha koślawego u dzieci i młodzieży.

Cel. Celem pracy była ocena wyników leczenia palucha koślawego u dzieci metodą miniinwazyjną z zastosowaniem pod- głowowej osteotomii Reverdina-Ishama z osteotomią Akina i przeskórnym bocznym uwolnieniem.

Materiał metoda. 12 dzieci (20 stóp) z rozpoznaniem objawowej deformacji koślawej palucha zostało w sposób prospek- tywny włączone do badania. Średni wiek dzieci w momencie operacji wynosił 14,3 lat (od 12,8 do 16,5 lat). U wszystkich wykonano miniinwazyjną przeskórną korekcję z wykorzystaniem systemów firm: Integra lub Arthrex, bez stabilizacji wewnętrznej. Okres obserwacji wynosił średnio 27 miesięcy (minimum 24 miesiące). W ocenie klinicznej wykorzystano skalę AOFAS Hallux-MTP-IP, ocenę dolegliwości bólowych (skalę VAS) oraz ocenę radiologiczną korekcji: kąta palucha koślawego (HV), kąta między I-II kością śródstopia (IMA) oraz dystalnego kąta nachylenia dalszej powierzchni stawowej I kości śródstopia (DMAA).

Wyniki. Średnia wartość skali AOFAS wzrosła z 59 (od 46 do 68) przed operacją do 93 (od 74 do 100) w ostatnim ba- daniu kontrolnym ($p < 0,05$). Dolegliwości bólowe ocenione skalą VAS zmniejszyły się średnio z 6,9 (od 6,2 do 8) do 0,5 (od 0 do 2,4). Kąt HV został skorygowany średnio z 26 stopni (od 22° do 33°) do 15 stopni (od 12° do 18°) ($p < 0,05$). War- tość kąta DMAA skorygowano średnio z 16 stopni (od 11° do 20°) do 8 stopni (od 4° do 10°) ($p < 0,05$). Wartość kąta IMA zmniejszyła się średnio o 2 stopnie. W okresie pooperacyjnym powikłania wystąpiły u trojga dzieci: przedłużony wyciek z rany u jednego dziecka, który ustąpił po doustnej antybiotykoterapii; jeden przypadek niedoczulicy okolicy głowy I kości śródstopia, który wycofał się samoistnie; jedna dziewczynka rozwinęła zespół algodystroficzny.

Wnioski. Przeskórna, miniinwazyjna korekcja w wybranych przypadkach palucha koślawego u dzieci z wykorzystaniem osteotomii dystalnej, osteotomii Akina i uwolnieniem bocznym pozwala na uzyskanie zadowalającej korekcji deformacji, porównywalnej do technik otwartych. Jest metodą obciążoną małą liczbą powikłań i jest bardzo dobrze oceniana przez dzieci i opiekunów.