

KOREKCJA PALUCHA KOŚŁAWEGO

STRESZCZENIE ZALECEŃ

Translated by Wojciech Pisarek

Uwagi wstępne o zaleceniach PROSPECT

PROSPECT przedstawia klinicystom argumenty za i przeciw różnym interwencjom w leczeniu bólu pooperacyjnego, sformułowane na podstawie opublikowanych dowodów i opinii ekspertów. Klinicyści są zobowiązani do podejmowania decyzji uwzględniając stan kliniczny i lokalny stan prawny. W każdym przypadku należy sprawdzić miejscowe zasady ordynowania leków, o których mowa.

Stopnie zaleceń i poziomy dowodu

Stopnie zaleceń są określane zgodnie z poziomem dowodów, na których zalecenie jest oparte, a poziom dowodu jest określany przez jakość i źródło dowodu: ([Związek pomiędzy jakością badania a poziomem dowodu i stopniami zaleceń](#))

Uwagi o bólu po korekcji palucha koślawego

Paluch koślawy jest częstą deformacją przodostopia, polegającą na przyśrodkowym uwypukleniu głowy pierwszej kości śródstopia i wykoślawieniu palucha, z częstością występowania do 33% ([Torkki 2001](#)). Korekcja palucha koślawego jest częstą procedurą w krajach uprzemysłowionych. Wiąże się ona z umiarkowanym do dużego natężeniem bólu pooperacyjnego, ból ten może wpływać na przebieg rekonwalescencji.

Celem niniejszych wytycznych jest udostępnienie klinicystom solidnych dowodów dla optymalnego postępowania przeciwbólowego po korekcji palucha koślawego. Do tej pory nie było formalnych wytycznych swoistych dla tej procedury. Systematyczny przegląd literatury ocenił dowody dla postępowania przeciwbólowego w skręceniu kostki i chirurgii stopy tak u pacjentów ambulatoryjnych, jak i hospitalizowanych, ale nie dotyczył konkretnie korekcji palucha koślawego. ([Wang 2015](#)).

Streszczenie zaleceń

Zalecane działania przed- i śródoperacyjne	
<ul style="list-style-type: none"> O ile nie zaznaczono inaczej, “przedoperacyjne” odnosi się do działań podjętych przed cięciem chirurgicznym, a “śródoperacyjne” do działań od wykonania cięcia chirurgicznego do jego zamknięcia leki przeciwbólne powinny być podane w odpowiednim czasie (przed- lub śródoperacyjnie) w celu zapewnienia odpowiedniej analgezji we wczesnym okresie pooperacyjnym 	
<p>Paracetamol i NLPZ/inhibitory COX-2</p>	<ul style="list-style-type: none"> Paracetamol (stopień D) i NLPZ (stopień A) lub inhibitor COX-2 (stopień A) są zalecane tak przy małych, jak i przy większych zabiegach, podane przed- lub śródoperacyjnie i kontynuowane pooperacyjnie, chyba że istnieją przeciwwskazania Chociaż swoiste dla procedury dowody za stosowaniem paracetamolu są ograniczone, gdyż tylko w jednym badaniu analizowano skuteczność paracetamolu w paluchu koślawym, ponad 300 pacjentów wzięło udział w tym badaniu (Jarde 1997). Ponadto metodologia PROSPECT uznaje paracetamol za podstawowy lek przeciwbólowy o korzystnym profilu korzyści i ryzyka (Joshi 2019).
<p>Steroidy systemowo</p>	<ul style="list-style-type: none"> Zaleca się steroidy podane systemowo (Stopień A) przy braku przeciwwskazań, podane przedoperacyjnie lub tuż przed zabiegiem. Chociaż w badaniach stosowano betametazon domięśniowo albo deksametazon doustnie, leki te mają efekt ogólny. Zalecamy deksametazon dożylnie, gdyż jest on zalecany w profilaktyce nudności i wymiotów (Gan 2014). Ponadto, dożylny deksametazon zwiększa efekt technik regionalnych, jak blokada okołokostkowa albo znieczulenie nasiękowe (Baeriswyl 2017).
<p>Blokada okołokostkowa</p>	<ul style="list-style-type: none"> Blokada okołokostkowa jest zalecana (Stopień A). Blokada okołokostkowa jest zalecana jako technika regionalna z wyboru, a infiltracja rany jako alternatywa (Stopień D). Tylko w dwóch badaniach analizowano korzyść z blokady okołokostkowej w tej konkretnej procedurze, ale oba te badania wykazały znaczny efekt blokady (Kir 2018; Su 2019).

	<p>Ponadto dwie prace opublikowane ponad 15 lat temu wykazały że blokada okołokostkowa w oparciu o punkty anatomiczne w połączeniu ze znieczuleniem ogólnym zmniejsza wskaźniki bólu (Needoff 1995) albo zwiększa czas do pierwszego wystąpienia bólu po chirurgii przodostopia (Clough 2003), w porównaniu z samym znieczuleniem ogólnym.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mimo tego, że tylko jedno badanie wykazało wyższość bloku okołokostkowego nad infiltracją rany operacyjnej (Su 2019), blok okołokostkowy powinien być preferowany, gdyż może pozwolić na przeprowadzenie zabiegu bez dodatkowego znieczulenia ogólnego lub podpajęczynówkowego (López 2012). Co więcej, skraca to czas potrzebny na znieczulenie, szczególnie gdy blokada może być wykonana zanim pacjent znajdzie się na sali operacyjnej. • Potrzebne są dodatkowe badania porównawcze między blokadą nerwu kulszowego i blokiem okołokostkowym pod kontrolą usg we współczesnej praktyce.
<p>Infiltracja rany środkiem miejscowo znieczulającym</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Infiltracja rany środkiem miejscowo znieczulającym jest zalecana (Stopień A). • Blokada okołokostkowa jest zalecana jako technika regionalna z wyboru, a infiltracja rany jako alternatywa (Stopień D).

Zalecane działania pooperacyjne

- O ile nie zaznaczono inaczej, "pooperacyjne" odnosi się do działań podjętych podczas lub po zamknięciu rany chirurgicznej
- leki przeciwbólowe powinny być podane w odpowiednim czasie (przed- lub śródoperacyjnie) w celu zapewnienia odpowiedniej analgezji we wczesnym okresie pooperacyjnym

Paracetamol i NLPZ/inhibitory COX-2

- Paracetamol (stopień D) i NLPZ (stopień A) lub inhibitor COX-2 (stopień A) są zalecane tak przy małych, jak i przy większych zabiegach, podane przed- lub śródoperacyjnie i kontynuowane pooperacyjne, chyba że istnieją przeciwwskazania.
- Chociaż swoiste dla procedury dowody za stosowaniem paracetamolu są ograniczone, gdyż tylko w jednym badaniu analizowano skuteczność paracetamolu w paluchu koślawym, ponad 300 pacjentów wzięło udział w tym badaniu ([Jarde 1997](#)). Ponadto metodologia PROSPECT uznaje paracetamol za podstawowy lek przeciwbólowy o korzystnym profilu korzyści i ryzyka ([Joshi 2019](#)).

Opioidy

- Opioidy są zalecane jako ratunkowe leki przeciwbólowe (Stopień D), jeśli inne zalecane działania nie przynoszą wystarczającego skutku.

Działania, które NIE są zalecane

	Działanie	Powód niezalecania
Przedoperacyjne	Pregabalina	Skąpe dowody swoiste dla procedury
	Klonidyna jako dodatek do kombinowanej blokady nerwu kulszowego i udowego	Brak dowodów swoistych dla procedury
	Fentanyl jako dodatek do kombinowanej blokady nerwu kulszowego i udowego	Brak dowodów swoistych dla procedury
Śródoperacyjne	Infiltracja rany bupiwakainą o przedłużonym uwalnianiu	Skąpe dowody swoiste dla procedury
	Infiltracja rany deksametazonem	Skąpe dowody swoiste dla procedury
	Ciągły wlew środka miejscowo znieczulającego do rany	Brak dowodów swoistych dla procedury
Pooperacyjne	Longeta gipsowa albo opatrunek elastyczny	Brak dowodów swoistych dla procedury
	Środek homeopatyczny traumeel	Brak dowodów swoistych dla procedury
Technika chirurgiczna	Przezskórna osteotomia chevron	Sprzeczne dowody swoiste dla procedury
	Biowchłaniaalne śruby magnezowe	Brak dowodów swoistych dla procedury

Ogólne zalecenia PROSPECT

Ogólne zalecenia dotyczące postępowania przeciwbólowego w korekcji palucha koślawego. Należy zauważyć, że literatura na temat blokady nerwu kulszowego nie spełnia kryteriów włączenia jej do metodologii PROSPECT.

Zalecenia dotyczące postępowania przeciwbólowego w korekcji palucha koślawego

Działania przed- i śródoperacyjne	<ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol (Stopień D) • Inhibitory COX-2 lub NLPZ (Stopień A) • Steroidy systemowo (Stopień A) • Blokada okołokostkowa (Stopień A) lub jednorazowa infiltracja rany środkiem miejscowo znieczulającym (Stopień A). Blokada okołokostkowa jest zalecana jako technika regionalna z wyboru, a infiltracja rany jako alternatywa (Stopień D).
Działania pooperacyjne	<ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol (Stopień A) • Inhibitory COX-2 lub NLPZ (Stopień A) • Opioidy ratunkowo (Stopień D)