

Vorfußschmerzen richtig beheben

Für jeden Fuß die richtige Therapie

Kaum etwas ist für Betroffene so immobilisierend wie ein anhaltender Fußschmerz. Rund 75 % aller Bundesbürger entwickeln einmal im Laufe ihres Lebens mehr oder weniger schwer ausgeprägte Fußprobleme. Nach dem Rücken sind es die Füße, die für die meisten orthopädischen Probleme verantwortlich zeichnen. Deren richtige Behandlung kann dabei sehr komplex sein, weiß der Münchener Orthopäde Dr. Peter J. Kaiser. Mit ORTHOpress sprach er über die wichtigsten Vorfußdeformitäten und die verschiedenen konservativen und operativen Behandlungsmöglichkeiten.

Herr Dr. Kaiser, was sind die häufigsten Ursachen für Vorfußschmerzen?

Dr. Kaiser: Oft sind Vorfußschmerzen durch ein abgeflachtes Längs- oder Quergewölbe des Fußes bedingt. Das ist unangenehm, lässt sich aber oft durch Einlegesohlen und entsprechendes Training der Fußmuskulatur beheben oder zumindest lindern. Den größten Anteil der Fußschmerzpatienten stellen jedoch diejenigen mit angeborenen oder erworbenen Deformitäten wie etwa Hallux valgus oder auch Hammer-/Krallenzehen.

Wie kommt es z. B. zu einem Hallux valgus?

Dr. Kaiser: Beim Hallux valgus handelt es sich um die häufigste Vorfußdeformität überhaupt. Eine Halluxneigung kann durchaus erblich bedingt sein; bei Frauen tritt er häufiger auf als bei Männern. Ein „schwaches“ Bindegewebe führt zu einem Auseinanderweichen der Mittelfußknochen und einer Sehnenverkürzung der Großzehe. Häufig ist enges oder spitz zulaufendes Schuhwerk, ggf. mit hohen Absätzen (high heels), dafür verantwortlich, dass die große Zehe immer weiter in Richtung des kleinen Zehs wandert. Durch das Herausdrehen aus dem Großzehengrundgelenk entsteht dann der sogenannte „Ballen“, der auch die schönsten Schuhe schnell unansehnlich ausbeult und sich oft schmerzhaft entzündet.

Gibt es konservative Maßnahmen, mit denen man einen Hallux beheben kann? Oder bleibt am Ende nur die OP?

Dr. Kaiser: Spezielle Schienen, antientzündliche Medikamente, Krankengymnastik mit Muskeltraining und lokale Injektionen können natürlich die Schmerzen lindern und vielleicht auch einen operativen Eingriff hinausschieben. Man sollte jedoch nicht zu lange warten, da am Ende einer Hallux-Leidensgeschichte fast immer die Arthrose des Großzehengrundgelenks steht. Man sollte also operieren, bevor dieses Stadium erreicht ist, da dann glücklicherweise das Gelenk noch erhalten werden kann. Die modernen Operationsmethoden – wie z. B. die SCARF-Osteotomie – erhalten das Großzehengrundgelenk: Damit ist ein besseres (physiologisches) Abrollverhalten gewährleistet; bei sportlicher Betätigung ist die Abstoßkraft wesentlich besser bei noch erhaltenem Grundgelenk – vorausgesetzt, dieses ist nicht durch eine fortgeschrittene, schmerzhafte Arthrose bewegungseingeschränkt. Alternative Operationen sind die Versteifung im Grundgelenk oder die teilweise Gelenkresektion nach KELLER/BRANDES. Hier kommt es jedoch zu einer Beeinträchtigung der Funktion der Großzehe und zu einer Verkürzung der Großzehe – ein Grund, warum wir die grundgelenkerhaltende Operation – insbesondere bei jüngeren und aktiven Patienten – vorziehen.

Eine besondere Form des Hallux valgus ist der Digitus interphalangeus. Was versteht man darunter?

Dr. Kaiser: Wenn zusätzlich Grund- und Endglied der Großzehe verbogen sind, spricht man von einem Hallux interphalangeus. Diese Variante ist gar nicht selten – schätzungsweise rund 25 bis 30 % aller Halluxpatienten leiden darunter. Durch die zusätzliche Biegung der Zehe nach außen gerät dabei häufig die zweite Zehe in „Bedrängnis“, sodass sich diese zu einer Krallenzehe, häufig sogar mit Anhebung des II. Zehenstrahls, entwickelt. Wichtig ist, dass diese Deformität alleine oder zusammen mit einer SCARF-Osteotomie operativ beseitigt werden kann. Aus der Grundphalanx der Großzehe wird ein kleiner Keil (AKIN-Operation) entnommen und die anschließende Stellungskorrektur der Großzehe mit einer kleinen „Bimetallklammer“ gehalten; die durchtrennte Stelle des Knochens wird so fixiert und komprimiert, sodass der Knochenschnitt innerhalb von 3 bis 4 Wochen ausheilen kann.

„Heute bemüht man sich, Erkrankungen der Großzehe gelenkerhaltend zu operieren“, betont Dr. Peter J. Kaiser.



Manch ein Patient wünscht sich, den operierten Fuß möglichst sofort wieder belasten zu können. Tatsächlich gibt es ja Operationsmethoden, welche dies zulassen.

Dr. Kaiser: Das ist richtig, jedoch sollte diese Möglichkeit der sofortigen Vollbelastung nicht durch ein im Endeffekt schlechteres Operationsergebnis erkaufte werden. Die SCARF- und AKIN-Operation sind zwei Formen der korrigierenden Knochendurchtrennung, bei der relativ große Auflageflächen des Knochens bei relativer Stabilität vorhanden sind, sodass diese beiden Operationsformen bereits postoperativ eine nicht unerhebliche Teilbelastung erlauben. Durch das Tragen eines speziellen „Vorfußentlastungsschuhs“ ist in fast allen Fällen eine Teilbelastbarkeit gegeben. Sicherheitshalber empfehlen wir dem Patienten trotzdem zusätzlich Gehstützen zu verwenden.

Offt tritt ja ein Hallux valgus beidseits auf. Können eigentlich beide Füße in einer Operation versorgt werden oder sollte man darauf lieber verzichten?

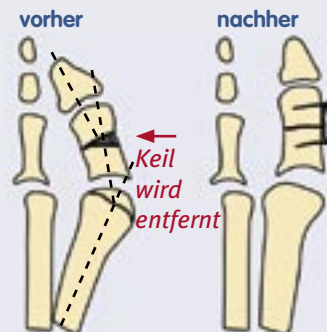
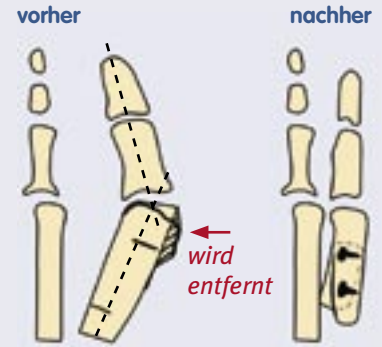
Dr. Kaiser: Der Wunsch nach einer beidseitigen OP in einer Sitzung ist natürlich verständlich. Allerdings birgt er auch ein gewisses Risiko, das auch der beste Arzt nicht ausschalten kann: Sollten je Komplikationen – so unwahrscheinlich sie auch sein mögen – auftreten, entpuppt sich die vermeintlich harmlose beidseitige Operation im Nachhinein als problematisch für den Patienten. Wir empfehlen einen solchen beidseitigen Eingriff daher eigentlich nicht, genauso wenig wie wir eine Hallux-Operation aus rein kosmetischen Gründen vornehmen. Natürlich sollten kosmetische Aspekte eine wesentliche Rolle spielen, im Vordergrund stehen jedoch die Verbesserung der Funktion und die Reduzierung der Schmerzen im Fuß.

Welche Operationsmethoden gibt es bei der Hammerzehe/Krallenzehe?

Dr. Kaiser: Auch das Problem der Hammer-/Krallenzehe ist sehr vielschichtig und kann mit verschiedenen Operationsmethoden angegangen werden. Die beiden häufigsten Operationen sind die Operationen nach HOHMANN und nach WEIL. Bei der OP nach HOHMANN wird ein Teil des Knochens entfernt, das Ganze für drei Wochen mit einem zentralen Draht in Position gehalten und der Strecksehnenapparat sorgsam vernäht. Der axiale Draht kann

Hallux valgus Osteotomie nach SCARF

Bei der SCARF-Osteotomie erfolgt eine z-förmige Knochentrennung des ersten Mittelfußknochens. Im Vergleich zu anderen OP-Methoden wird hier eine stabilere Rekonstruktion ermöglicht. Operationsergebnis wie auch die postoperative Belastbarkeit sind gleichermaßen gut. Auch bei älteren Patienten mit reduzierter Knochenqualität kann die SCARF-Osteotomie durchgeführt werden. Das Indikationsspektrum der SCARF-Osteotomie ist breiter als bei vielen anderen gebräuchlichen Korrekturoperationen der Großzehe.



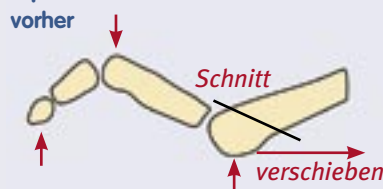
Digitus interphalangeus Osteotomie nach AKIN

Die AKIN-Osteotomie eignet sich für Fehlstellungen der Großzehe. Dabei wird zur Korrektur der Fehlstellung ein kleiner Knochenkeil aus dem Großzehengrundglied entnommen. Die AKIN-Osteotomie lässt sich sehr gut mit anderen Operationsmethoden kombinieren. Wird sie allein durchgeführt, ist eine besonders schnelle Wiederbelastung des Fußes möglich.

Operation nach HOHMANN



Operation nach WEIL



Hammer-/Krallenzehe Operation nach HOHMANN oder WEIL

Hierbei handelt es sich um einen Eingriff, bei dem die schmerzhaften Gelenkköpfchen entfernt oder verschoben werden. Häufig werden diese Operationsmethoden mit zusätzlichen Weichteileingriffen (z. B. Strecksehnenverlängerung) kombiniert. Die korrigierte Stellung wird entweder mittels eines axialen Fixationsdrahtes gehalten, der nach drei Wochen ohne weiteren Aufwand gezogen wird, oder mittels eines winzig kleinen „twist-off“-Schraubchens, welches belassen werden kann.

nach drei Wochen ohne weitere Operation einfach gezogen werden. Bei der Operation nach WEIL rutscht das Köpfchen des Mittelfußknochens nach einem Schrägschnitt nach oben und wird mit einem kleinen Schraubchens in dieser neuen Position fixiert. Zusätzlich kann bei Bedarf der Strecksehnenapparat verlängert

werden, ohne dass die Strecksehnen vollständig durchtrennt werden: Damit kommt es ebenfalls zu einer anatomischen Ausrichtung der fehlgestellten Hammer-/Krallenzehe.

Herr Dr. Kaiser, haben Sie herzlichen Dank für Ihre Ausführungen!

