

Hallux valgus und Hallux rigidus

Operative Behandlungsmethoden bei Fußverformungen

Schmerzhafte Fußverformungen wie die sogenannte Ballenzehe (Hallux valgus) oder die Großzehengrundgelenkarthrose (Hallux rigidus) können für die Betroffenen sehr belastend sein. In weniger gravierenden Fällen ist es häufig möglich, durch konservative Therapiemethoden Abhilfe zu schaffen. Im fortgeschrittenen Stadium jedoch bringt häufig nur ein operativer Eingriff Besserung. Dr. Ulrich Pfleghar, Orthopäde und Fußchirurg aus Gräfelfing bei München, weiß, welche chirurgischen Verfahren in welchen Fällen zum Einsatz kommen sollten.



Herr Dr. Pfleghar, was muss man sich unter einem Hallux valgus und einem Hallux rigidus vorstellen?

Dr. Pfleghar: Von einem Hallux valgus spricht man, wenn sich die Großzehe in Richtung Kleinzehenseite verschiebt. Deutlich sichtbar ist der sogenannte Ballen, welcher je nach Ausprägung radiologisch in verschiedene Winkelgrade eingeteilt werden kann. Den betroffenen Patienten, unter denen die weitaus meisten Frauen sind, ist es kaum noch möglich, normale Schuhe zu tragen. Schwielen, Hautabschürfungen oder Entzündungen führen dazu, dass das Gehen nur noch unter Schmerzen möglich ist. Der Grund für diese Verformung besteht darin, dass das Bindegewebe zu schwach ist und/oder zu enge, spitz zulaufende oder hochhackige Schuhe getragen werden. Auch genetische Faktoren können eine Rolle spielen. Anders als beim Hallux valgus leiden unter einem Hallux rigidus etwa genauso viele Frauen wie Männer. Dieser kann sowohl als Folge des Ballenzehs entstehen – wir sprechen dann von einem Hallux rigidus-valgus – als auch ohne vorhergehende Fehlstellung, beispielsweise nach einem Bruch, auftreten.

Welche Methoden setzen Sie bei der Untersuchung ein?

Dr. Pfleghar: Um eine Fußkrankung zu diagnostizieren, muss ich den Fuß vollständig betrachten, in die Hand nehmen und eine Tastuntersuchung durchfüh-

ren. Dabei lässt sich zum Beispiel überprüfen, wie es um die Beweglichkeit des Großzehengrundgelenks oder ob das an den Ballen angrenzende Gelenk instabil ist. Die Deformationen, die beim Hallux valgus entstehen, sind sofort deutlich erkennbar. Darüber hinaus sind auch Hautveränderungen, die durch den Druck im Schuh hervorgerufen werden, von Bedeutung. Für die genauere Diagnostik ist meist ein Röntgenbild erforderlich. Damit lässt sich beispielsweise die Winkelgradbestimmung des abgewanderten Zehs vornehmen. Eine weitere Methode, die uns zur Verfügung steht, ist die Fußdruckmessung, die wir

mithilfe einer speziellen Messplatte durchführen. So können wir die Druckverteilung der Füße genau analysieren und feststellen, inwieweit eine pathologische Ursache vorliegt. Dies gilt vor allem bei höhergradigen Fehlstellungen.

Wann reicht eine konservative Behandlung aus?

Dr. Pfleghar: Grundsätzlich steht immer das Ziel im Vordergrund, ein Fortschreiten der Fehlstellung zu verhindern und die Funktion der Großzehe und des Großzehengrundgelenks wiederherzustellen. Abgesehen davon, dass wir den Patienten zunächst empfehlen, flache



Hallux valgus vor der OP



Hallux valgus nach der OP



Hallux rigidus vor der OP



Hallux rigidus nach der OP

Schuhe zu tragen, die genügend Freiraum für die Zehen bieten, lässt sich mit stützenden Einlagen eine gewisse Besserung erzielen. Darüber hinaus können physiotherapeutische Behandlungen wie Zehengymnastik und Fußschule sinnvoll sein. Allerdings sind nichtoperative Maßnahmen einschließlich medikamentöser Therapien nur dazu geeignet, Schmerzen zu lindern. Eine Rückbildung des Hallux valgus und eine ursächliche Wirkung lassen sich so nicht erreichen. Irgendwann wird der Leidensdruck für die Patienten dann so groß, dass sie sich zu einer Operation entschließen. Auf keinen Fall sollte so lange gewartet werden, bis durch den Überdruck im Schuh Schäden an der Haut wie Schwielen oder eine lokale Verhornungsstörung, ein sogenannter Clavus, entstehen. Sollten offene, entzündete Hautstellen vorliegen, so muss man den Eingriff so lange hinausschieben, bis sie wieder verheilt sind. Falls die Patienten, was sehr selten vorkommt, noch sehr jung sind, ist unbedingt darauf zu achten, dass die Wachstumsfugen geschlossen sind.

Welche chirurgischen Möglichkeiten gibt es?

Dr. Pfléghar: Meist kann man einen Hallux valgus mithilfe einer sogenannten Umstellungsosteotomie gelenkerhaltend korrigieren. Dazu wird der Knochen durchtrennt und in gerichteter Position wieder fixiert, damit er physiologisch richtig zusammenwachsen kann. Das

Verfahren, das ich dabei bevorzuge, ist die sogenannte Scarf-Verschiebeosteotomie. Diese ist bei Winkelabweichungen bis zu 18 Grad gut anwendbar. Hierbei wird der Mittelfußknochen durch einen z-förmigen Schnitt gesägt und mit zwei kleinen Schrauben in der korrekten Stellung fixiert. Bei Verformungen, die größer als 20 Grad sind, kann man eine Umstellung an der Basis des ersten Mittelfußknochens oder dem angrenzenden Gelenk durchführen. Allerdings gibt es auch Fälle, in denen man sich zu einer Arthrodese, einer Versteifung des Gelenks, entschließen wird. Dies gilt auch für einen Hallux rigidus.

Eine solche Gelenkversteifung dürfte bei den Patienten eher Unbehagen auslösen.

Dr. Pfléghar: Der Begriff Versteifung ist zwar korrekt, erweckt aber in diesem Fall unzutreffende Assoziationen. Denn das Gangbild bleibt völlig normal und es können auch herkömmliche Schuhe getragen werden. Die OP des Hallux rigidus besteht darin, dass mithilfe der anatomiegerechten Cup-and-Cone-Technik das Köpfchen des ersten Mittelfußköpfchens eingefräst wird. Dabei werden die angrenzenden Gelenke, die biomechanisch betrachtet eher untergeordneter Natur sind, nicht geschädigt.

Finden die Eingriffe ambulant oder stationär statt?

Dr. Pfléghar: Als Belegarzt in der Wolfart-Klinik Gräfelfing führe ich die Opera-

tionen sowohl ambulant als auch stationär durch. Persönlich halte ich es aber für günstiger, wenn die Patienten zwei Tage im Krankenhaus verbringen. So hat man die Schwellung gut unter Kontrolle.

Worauf muss sich der Patient nach der OP einstellen?

Dr. Pfléghar: Da wir während des Eingriffs einen sogenannten Fußblock – dabei handelt es sich um eine regionale Anästhesie – durchführen, haben die Patienten anschließend kaum Schmerzen. Sie können den Fuß sehr schnell wieder belasten und ihren normalen Alltagsverrichtungen nachgehen. Nach der Umstellungsosteotomie müssen sie etwa vier Wochen lang einen speziellen Verbandsschuh tragen, mit dem über die Ferse abgerollt werden kann. Nach der Arthrodese sind es sechs Wochen. Das Fixationsmaterial kann in der Regel im Körper verbleiben und muss später nicht entfernt werden. Die winkelstabilen Platten für die Arthrodese sind auch vorgeformt erhältlich. Sollte in seltenen Fällen, beispielsweise bei einem sehr schmalen Fuß, doch ein Fremdkörpergefühl entstehen, können die Schrauben oder Platten in einem kleinen Eingriff problemlos entfernt werden.



Dr. Ulrich Pfléghar, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie und zertifizierter Fußchirurg

► OrthoPraxis
Orthopädische Praxis Gräfelfing
Dr. med. Ulrich Pfléghar
Bahnhofstraße 5 | 82166 Gräfelfing
Tel.: 089 / 898 20 20 - 30
info@orthopraxis-graefelfing.de
www.orthopraxis-graefelfing.de