

# Moderne Vorfußchirurgie

Schonende Behandlung von Hallux valgus und Hallux rigidus

*In milderen Stadien kann die Fußverformung des Ballenzehs (Hallux valgus) sowie die Großzehengrundgelenksarthrose (Hallux rigidus) zwar konservativ versorgt werden, aufhalten lassen sich die fortschreitenden Erkrankungen jedoch nicht. Wenn in späteren Stadien der Leidensdruck der Patienten zu groß ist, stehen heute moderne chirurgische Verfahren zur Verfügung. Darüber berichtet der Orthopäde und Fußchirurg Dr. Ulrich Pflieger aus Gräfelfing bei München im Interview.*

Herr Dr. Pflieger, Sie betonen die Wichtigkeit einer gründlichen Diagnostik bei Fußbeschwerden wie dem Hallux valgus. Was gehört zu so einer Untersuchung bei Ihnen dazu?

Dr. Pflieger: Einen Hallux valgus wie auch andere Fußkrankungen kann man nicht im Schuh diagnostizieren. Es ist immer notwendig, den Fuß vollständig zu betrachten, ihn in die Hand zu nehmen und eine Tastuntersuchung durchzuführen. Die Deformationen am Fuß bei einem Hallux valgus sind charakteristisch und direkt erkennbar. Es spielen aber auch die Hautveränderungen durch den Druck im Schuh eine Rolle. Bei der Palpation kann z. B. die Beweglichkeit des Großzehengrundgelenkes geprüft werden oder ob das an den Ballen angrenzende Gelenk instabil ist. Außerdem ist ein Rönt-

genbild meist unerlässlich, beispielsweise für die Winkelgradbestimmung des abgewanderten Zehs. Des Weiteren steht uns unter anderem die Fußdruckmessung zur Verfügung. Dabei lässt sich mittels einer speziellen Messplatte die Druckverteilung der Füße genauestens analysieren und insbesondere bei höhergradigen Fehlstellungen feststellen, was davon pathologisch bedingt ist.

**Kann ein Hallux valgus konservativ behandelt werden und wann wird man sich zu einer Operation entscheiden?**

Dr. Pflieger: Nicht-operative Maßnahmen wie Schuhzurichtungen oder Einlagen würde ich eher als Versorgung bezeichnen denn als Behandlung. Bei leichten Fehlstellungen können sie helfen, Schmerzen zu lindern, aber sie wirken nicht ursächlich. In der Regel kommt irgendwann der Punkt, an dem der Leidensdruck bei den Patienten durch anhaltende Schmerzen im Schuh (sog. Schuhkonflikt) so groß ist, dass sie sich für einen operativen Eingriff entscheiden. Dies sollte auch immer der Indikator für die Entscheidung sein. Keinesfalls sollte man aber so lange warten, bis sich durch den Überdruck im Schuh Schäden an der Haut wie Schwielen oder Clavus-Bildung einstellen. Haben die Patienten offene, entzündete Hautstellen, so muss man auch mit der operativen Korrektur warten, bis diese wieder verheilt sind. Außerdem ist der Eingriff zwar generell altersunabhängig, bei sehr jungen Patienten, die aber sehr selten sind, müssen als Voraussetzung in jedem Fall die Wachstumsfugen geschlossen sein.

## Hallux valgus und hallux rigidus

Bei dem Hallux valgus, der umgangssprachlich auch Ballenzeh genannt wird, verschiebt sich die Großzehe nach außen in Richtung Kleinzeh. Dadurch tritt der Ballen hervor. Je nach Ausprägung, die radiologisch in verschiedene Winkelgrade eingeteilt werden kann, ist normales Schuhwerk kaum noch zu tragen. Es entstehen Schwielen, Hautabschürfungen oder Entzündungen, das Gehen ist schmerzhaft und unter Umständen beeinträchtigt. Ursächlich für diese Fußdeformation sind ein schlechtes Bindegewebe und/oder das Tragen von zu engen, spitz zulaufenden oder hochhackigen Schuhen. Der Ballenzeh kann auch genetisch bedingt sein. „Nur ca. fünf Prozent der Betroffenen sind Männer, wohingegen das Verhältnis bei Mann und Frau beim sogenannten Hallux rigidus ungefähr gleich ist“, so Dr. Pflieger. Bei dem Hallux rigidus handelt es sich um eine Arthrose des Großzehengrundgelenkes. Dr. Pflieger erklärt: „Zu einer Großzehengrundgelenksarthrose kann es als Folge des Ballenzehs kommen, dann spricht man von einem Hallux rigido-valgus. Allerdings kann die degenerative Erkrankung auch ohne Fehlstellung, z. B. nach Brüchen, entstehen.“





„Fußerkrankungen lassen sich nicht im Schuh diagnostizieren. Der Fuß muss vollständig betrachtet und vom versierten Untersucher in die Hand genommen werden“, so Dr. Pfléghar.

### Wie sieht die chirurgische Korrektur aus?

Dr. Pfléghar: In den allermeisten Fällen kann man beim Hallux valgus gelenkerhaltend korrigieren, indem man eine sogenannte Umstellungsosteotomie durchführt. Dafür wird Knochen durchtrennt und in gerichteter Position wieder fixiert, sodass er physiologisch korrekt zusammenwachsen kann. Das von mir bevorzugte Verfahren ist dabei die sogenannte „Scarf-Verschiebeosteotomie“, die selbst bei größeren Winkelabweichungen von bis zu 20 Grad anwendbar ist. Der Mittelfußknochen wird hierbei im Bereich des Schaftes z-förmig gesägt und dann repositioniert. Bei sehr schweren Verformungen, z. B. bei einer Winkelmessung von 25 Grad, kann auch eine Umstellung an der Basis des ersten Mittelfußknochens oder dem angrenzenden Gelenk erfolgen. In einigen Fällen wird man sich aber – ebenso wie bei einer Arthrose des Großzehengrundgelenkes, dem sogenannten Hallux rigidus – zu einer Arthrodesis entscheiden müssen.

Bei diesem Eingriff handelt es sich um eine Versteifung des Gelenkes. Muss der Patient damit später Einschränkungen wie das Tragen eines speziellen Abrollschuhs in Kauf nehmen?

Dr. Pfléghar: Versteifung ist zwar der richtige Begriff dafür, aber er löst oft Unbehagen bei den Patienten aus. Zu Unrecht, denn sie haben damit ein ganz normales Gangbild und können völlig herkömmliche Schuhe tragen. Bei der OP eines Hallux rigidus kann mittels der anatomiegerechten Cup-and-Cone-Technik das Köpfchen des ersten Mittelfußknochens paßgenau in den Basisknochen der Großzehe eingefräst werden. Die angrenzenden Gelenke, die biome-

chanisch eher untergeordnet sind, werden nicht geschädigt.

### Erfolgen die Eingriffe jeweils stationär oder ambulant?

Dr. Pfléghar: Die Operationen, die ich als Belegarzt in der Wolfart-Klinik Gräfelfing durchführe, können sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt werden. Ich persönlich präferiere es, wenn die Patienten zwei Tage im Krankenhaus bleiben, dann hat man die Schwellung gut unter Kontrolle.

### Wie sieht die postoperative Zeit für die Patienten nach der Umstellungsosteotomie oder der Arthrodesis aus? Muss das Fixationsmaterial, also die Schrauben oder Platten, später in einem zweiten Eingriff wieder entfernt werden?

Dr. Pfléghar: Nach dem Eingriff haben die Patienten kaum Schmerzen, da wir während der OP einen sogenannten Fußblock, das ist eine regionale Anästhesie, durchführen. Die Patienten können sehr schnell wieder belasten und normal am Alltag teilnehmen. Bei der Umstellungsosteotomie tragen sie für ca. vier Wochen,



Ausgeprägter Hallux valgus (li.) und nach Basisosteotomie (re.) im Röntgenbild

## MASSGESCHNEIDERTE THERAPIE AM GANZEN FUSS

Das Behandlungsspektrum von Dr. Pfléghar umfasst alle Einheiten (Knochen, Weichteile und Sehnen). Dazu gehören unter anderem folgende Beschwerden:

- Hallux valgus
- Hallux rigidus
- Hammer- oder Krallenzehen
- Metatarsalgie
- Morton-Neurom
- Schneiderballendeformität
- Fußwurzelarthrosen
- schmerzhafter Knickfuß
- Fersensporn
- Achillessehnenbeschwerden
- Bandüberdehnungen oder Instabilitäten nach Umknickverletzungen
- Gelenkverschleiß am oberen Sprunggelenk

bei der Arthrodesis ca. sechs Wochen lang einen speziellen Verbandsschuh, mit dem über die Ferse abgerollt werden kann. Das Fixationsmaterial muss nicht entfernt werden und kann in der Regel problemlos im Körper verbleiben, es trägt nicht auf. Die winkelstabilen Platten für die Arthrodesis sind auch anatomisch vorgeformt erhältlich. Wenn in seltenen Fällen, z. B. bei einem sehr schmalen Fuß, doch ein störendes Fremdkörpergefühl besteht, ist es aber auch kein Problem, die Schrauben oder Platten wieder in einem kleinen Eingriff zu entfernen.



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 / 89 82 02 00  
Tel.: 089 / 89 82 02 30  
info@orthopraxis.de  
www.orthopraxis-graefelfing.de