

Spreizfuß – Operation oder Einlagen?

Bereits im Jahr 1911 gaben die Autoren Oskar Vulpius und Adolf Stoffel zu bedenken: »Mag auch die operative Therapie das interessanteste Kapitel unseres Spezialfaches sein, das umfangreichste und wichtigste ist es keinesfalls.« Bei vielen Patienten mit einem Spreizfuß besteht nicht in erster Linie der Wunsch nach einer Operation. Die sachgerechte Verordnung von Einlagen erreicht häufig bei überlastungsbedingten Beschwerden eine ausreichende Beschwerdereduktion und steht somit am Anfang der Therapie. Jedoch bei schmerzhaften Deformitäten des Vorfußes sowie bei kosmetisch störend empfundenen optischen Veränderungen drängen Patienten häufig auf die operative Korrektur.

Gelenkerhaltende Techniken

Der Spreizfuß ist die häufigste Fußfehlbildung. Standardtherapie im deutschsprachigen Raum war lange die Resektionsarthroplastik mit Teilentfernung des Großzehengrundgliedes und resultierender Zehenverkürzung. In den USA weiterentwickelte gelenkerhaltende Techniken haben sich in den letzten Jahren durch intensiven wissenschaftlichen Austausch wieder durchgesetzt.

Knochendurchtrennung und Weichteilkorrektur

Exemplarisch sollen zwei gelenkerhaltende Verfahren beschrieben werden, die im Wesentlichen durch eine umstellende Osteotomie (Knochendurchtrennung) des 1. Mittelfußknochens (MFK), kombiniert mit einer Weichteilkorrektur sowie einer Entfernung von pathologischen Knochenveränderungen, gekennzeichnet sind.

Die gelenknahe V-förmige Osteotomie nach Chevron (Abb. 1) hat ihren Namen von dem V-förmigen Militärabzeichen auf den Schulterklappen amerikanischer Soldaten. Vorteile liegen in der einfachen Technik, der sicheren Stabilisierungsmöglichkeit und den überwiegend guten bis sehr guten Ergebnissen.

Bei ausgeprägteren Fehlstellungen hat die Scarf-Osteotomie (Abb. 2) weite Verbreitung gefunden. Der Name leitet sich von einer Technik der Zimmerleute ab, zwei Balken zu verbinden. Der Knochen wird Z-för-

mig durchtrennt und mit Spezialschrauben oder einer Kombination aus Schrauben und Drähten wieder zusammengefügt.

Ziel beider Verfahren ist eine Verschiebung des Köpfchens des 1. MFK zur Fußaußenseite mit Verschmälerung des Vorfußes. Die Stellung der Großzehe wird durch einen Weichteileingriff mit auf der einen Seite Sehnedurchtrennungen und auf der anderen Seite Sehnen- und Kapselraffungen erreicht. Eine individuelle Planung und Durchführung der einzelnen Komponenten ist zwingend erforderlich.

Nachbehandlung

Die operierten Patienten können den Fuß nach raschem Abklingen der postoperativen Schmerzen wieder voll belasten. Ein Verbandschuh mit harter Sohle erscheint bei hoher primärer Stabilität der Knochenverschraubungen ausreichend. Unterstützend können Nachtbandagen und redressierende Verbände zum Einsatz kommen.

Dr. Rainer Weber

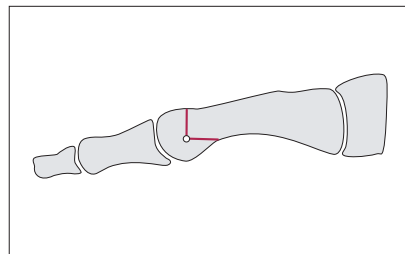


Abb. 1: Osteotomie nach Chevron
V-förmige Knochendurchtrennung

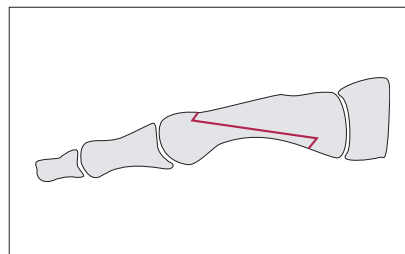


Abb. 2: Scarf-Osteotomie
Z-förmige Knochendurchtrennung

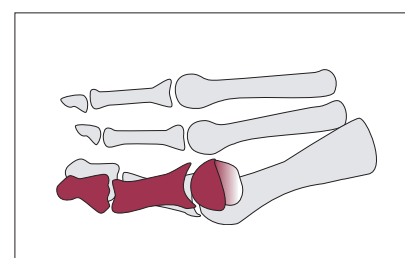


Abb. 3: Anschließende Verschiebung



Dr. Rainer Weber

Oberarzt der Orthopädie
Marienkrankenhaus Kaiserswerth

Telefon (02 11) 94 05-201
Telefax (02 11) 94 05-209
weber@vkkd-kliniken.de
www.marienkrankenhaus-
kaiserswerth.de



Abb. 4: Röntgenbild eines Spreizfußes



Abb. 5: Röntgenaufnahme: Spreizfuß postoperativ