

Schmerzende Füße müssen nicht sein

Tipps zur Behandlung von Fuß- und Sprunggelenksproblemen



Prof. Dr. med. Hans-Heinrich Küster habilitierte 1984 an der Orthopädischen Klinik der Universität Heidelberg. Von 1985-2007 war er Chefarzt der Klinik für Orthopädie und spezielle Orthopädische Chirurgie am Sankt-Elisabeth-Hospital in Gütersloh. Seit Oktober 2007 ist er Leitender Arzt der Abteilung Fuß- und Sprunggelenk der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie an der EuromedClinic in Fürth. Er ist Ehrenmitglied in zahlreichen internationalen Gesellschaften für Fuß und Sprunggelenk und Vorstandsmitglied der Europäischen Gesellschaft für Fuß und Sprunggelenk (EFAS).

Fehlerhafte Zehenstellungen – häufig durch falsches Schuhwerk hervorgerufen – oder der Verschleiß der oberen Sprunggelenke sind oftmals die Ursache für schmerzende Füße. **Prof. Dr. med. Hans-Heinrich Küster**, Facharzt und Leitender Arzt der Abteilung Fußchirurgie an der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie der EuromedClinic in **Fürth**, erläutert in MfM verschiedene Therapie- und Operationsmethoden, beispielsweise den Einsatz so genannte „Zuckerstäbchen“, die spätere operative Entfernungen von Schrauben oder Drähten unnötig machen.

VERSCHLEISS DES OBEREN SPRUNGGELENKS: KÜNSTLICHES GELENK ODER VERSTEIFUNG?

Die Problematik beim Verschleiß des oberen Sprunggelenks hat ihre Ursache meist in vorausgegangenen Unfällen mit Bänderzerrungen, Brüchen (in Deutschland mehr als 10.000 pro Jahr) oder in einer rheumatischen Gelenkentzündung (Arthritis) der Sprunggelenksgabel. Die dadurch verursachte Zerstörung des Gelenknorpels (Verschleiß) trifft daher sowohl ältere als auch aktive junge Menschen. Wenn übliche konservative Behandlungen bei einer Arthrose an den oberen Sprunggelenken nicht mehr zur Schmerzlinderung und einer verträglichen Lebensqualität führen, stellt sich für Betroffene die Frage, welche Operation ihnen heute empfohlen werden kann. Ein qualifizierter Fußchirurg kann diese Frage nur nach einer gründlichen körperlichen Untersuchung in Verbindung mit einer Röntgen- und Kernspintomographieaufnahme (NMR) beantworten.

VERSTEIFUNG DES GELENKS OFT MIT NACHTEILEN

Eine Versteifung sollte nach Expertenfassung immer die letzte operative

Möglichkeit sein. Sie ist bei Durchblutungsstörungen (Nekrosen) des Sprunggelenks, nach Infektionen, bei schweren Weichteilverhältnissen, schweren Fehlstellungen und Instabilitäten im oberen Sprunggelenk sowie bei jungen Menschen vor allem bei einseitigem Befall angebracht. Die Versteifung führt nach

der Ausheilung zwar zu einer sicheren und raschen Schmerzfremheit, allerdings geht dies naturgemäß mit einem Verlust der Beweglichkeit im Sprunggelenk einher. Teilweise kann zwar die verlorengewonnene Beweglichkeit durch die anliegenden Gelenke (unteres Sprunggelenk und Mittelfußgelenke) übernom-



© EuromedClinic, Fürth

men werden, aber das Gangbild ist nach der Operation auch mit orthopädischen Schuhzurichtungen noch behindert. Außerdem ist das Autofahren bei einem Befall der rechten Seite nur nach einer Automrüstung möglich.

IMPLANTATION EINES KUNSTGELENKS ALS ALTERNATIVE

Die Möglichkeit der Implantation eines künstlichen Gelenks muss dagegen bei allen anderen Fällen, vor allem bei guten knöchernen und stabilen Gelenkverhältnissen, mäßigen bis mittelschweren Achsfehlstellungen und einer beidseitigen Arthrose beider Sprunggelenke diskutiert werden.

Das Design und die Verankerungsmethode der Prothesen haben sich inzwischen mit der heute gebräuchlichen dritten Implantatsgeneration derartig verbessert, dass gute Mittel- bis Langzeitergebnisse mit einer Erfolgsrate von über 90 % die Implantation als positive Alternative erscheinen lassen. Grund dafür ist die möglichst sparsame Knochenresektion (operative Entfernung von Knochen) und vor allem eine zementfreie Implantation, die zu einem festen Verwachsen des Knochens mit dem Kunstgelenk führt. Das Material der heute gebräuchlichen Prothesen besteht aus drei Komponenten: einer für die Sprungbein-, einer für die Schienbeingelenkfläche, die aus einer Kobalt-Chrom-Legierung besteht, sowie einer weiteren aus einem frei beweglichen Polyethylen-Gleitkern. Mit diesen Implantaten sind durchweg einwandfreie Erfahrungen gemacht worden. Da die Implantation eines künstlichen Sprunggelenks eine technisch anspruchsvolle und schwierige Operation ist (in Deutschland werden pro Jahr etwa nur 1.000 implantiert) sollte diese deshalb nur von erfahrenen, mit dieser Problematik sehr vertrauten Operateuren in fußchirurgischen Zentren durchgeführt werden.

HALLUX VALGUS UND SEINE ENTSTEHUNG

Den Begriff „Hallux valgus“, als Fachausdruck für die schmerzhafte Schiefstellung der Großzehe, kennt fast jeder.

Dies ist jedoch kein Wunder, denn die Erkrankung ist die häufigste Zehenfehlstellung beim Menschen. Allein in Deutschland sind ca. fünf Millionen Menschen von ihr betroffen. Allerdings handelt es sich um eine typische Zivilisationskrankheit, denn bei Naturvölkern ist diese Erkrankung nahezu unbekannt. Und was noch auffälliger ist: Frauen sind im Vergleich zu Männern achtmal häufiger betroffen. Hallux valgus bildet sich häufig durch eine über längere Zeit hinweg

zwangsweise beibehaltene Fehlstellung der Großzehe aufgrund von falschem Schuhwerk. Neben erblichen Ursachen sind zu enge, zu spitze und vor allem zu kurze modische Schuhe die Ursache „Nummer Eins“. Oft tritt Hallux valgus in Verbindung mit Spreizfußbeschwerden und Zehendeformitäten (Krallen- und Hammerzehen) auf.

Bei dieser so genannten „Schiefzehe“ wird die Großzehe durch die Fehllage im Schuh zur Fußaußenseite hin



verbogen, während der erste Mittel- fußstrahl zur Innenseite des Fußes hin verdreht wird. Seine Beuge- und Streck- sehnen werden nach außen verlagert und verstärken die Schiefstellung. Da sich dabei der Vorfuß verbreitert

Zur Prophylaxe ist es wichtig, schon im Kindes- und Jugendalter passendes Schuhwerk zu tragen, nach dem Motto: „Wehret den Anfängen!“

(Spreizfuß), erhöht sich nach und nach der Druck auf das so genannte erste „Mittelfußköpfchen“. Dies führt zu einer Knochenwucherung (Überbein), dem Hallux valgus-Ballen, und einer Auswei- tung der Kapsel über der Innenseite des Großzehengrundgelenks. Dabei schwä- chen Kapsel und Bänder, die eigentlich stabilisierend wirken sollen, das Gelenk. Gerötete Haut und eine schmerzhaft Schleimbeutelentzündung (Bursitis) sind die Folge. Spätestens jetzt ist Vor- sicht geboten, denn eine offene Wund- infektion muss auf jeden Fall vermieden werden. Diese kann besonders leicht bei schlechter Durchblutung und Zucker- krankheit (Diabetes mellitus) auftreten.

OPERATION MIT RESORBIERBAREN POLYSACCHARIDSTÄBEN

Grundsätzlich sollte der Schritt zu einer Operation immer dann erfolgen, wenn sich dauerhafte Schmerzen über dem Ballen zeigen und dieser häufiger gerötet ist. Eine erfolgreiche Hallux valgus-Korrektur er- fordert einen schrittweisen, schonenden Umgang mit den Weichteilen (Kapsel, Sehnen, Bänder etc.), in fortgeschrit- ten Fällen auch mit dem Knochen. Es gibt unterschiedliche Operationsverfahren. In den meisten Fällen empfiehlt sich eine Operationstechnik, die resorbierbare Im- plantate – so genannte „Zuckerstäbchen“ – verwendet, welche aus Polysacchariden bestehen. Ziel ist die Stabilisierung der knö- chernen Korrektur. Eine spätere Folge-OP zur Entfernung von Drähten oder Schrauben ist mit dieser Methode nicht mehr nötig. Zur Prophylaxe ist es wichtig, schon im Kindes- und Jugendalter passendes

Schuhwerk zu tragen, nach dem Mot- to: „Wehret den Anfängen!“ Dies ist unbedingt notwendig, um eine über Jahrzehnte gehende Verformung und Fehlstellung der großen Zehe zu vermei- den. Auch berufstätige Frauen sollten niedrigere Absätze wählen und Schuhe tragen, die vorne nicht spitz zulaufen. Hochhackige Schuhe mit genügender „Zehenfreiheit“ können sehr wohl ge- tragen werden, möglichst aber nur für kurze Zeit.

HALLUX RIGIDUS MIT FOLGESCHMERZEN AM BEWE- GUNGSAPPARAT

Hallux rigidus ist die zweithäufigste Ursache für Beschwerden an der Groß- zehe. Es handelt sich hierbei um eine eigenständige Erkrankung des Groß- zehengrundgelenks mit zunehmender Versteifung, die durch fortgeschrittenen Verschleiß bedingt ist. Unabhängig vom

schiedliche Verfahren, um das normale Gehen wieder zu ermöglichen. In leich- ten Fällen hilft eine spezielle Schuhzu- richtung und Einlagenversorgung. Dabei wird der Vorfußbereich der versteiften Schuhsohle umgeformt. Die Abrollbe- wegung läuft dann nur noch über den Schuh, nicht mehr über die Großzehe. Zusätzlich kann die Beweglichkeit des Großzehengrundgelenks durch eine starre Einlage eingeschränkt werden.

GELENKERHALTENDE OP FÜR SPORTLER

Sportlern und körperlich aktiven Pati- enten wird durch diese konservative Therapie nur selten zufriedenstellend ge- helfen, sodass häufig ein operativer Ein- griff erforderlich ist. In den meisten Fäl- len werden gelenkerhaltende Methoden (Cheilektomien und Umstellungsosteo- tomien) empfohlen. Das Ziel dabei ist die Wiederherstellung einer verbesserten



© Sebastian Kaulitzki, www.shutterstock.com

Stadium des Verschleißes (Arthrose) bleibt die gerade Ausrichtung der Groß- zehe im Regelfall bestehen. Typisch ist, dass beim Abrollvorgang die Schmerzen im Großzehengrundgelenk reflektorisch durch eine Fehlbelastung des Fußes und die gesamte Körperstatik kompen- siert werden. Die Folge sind sekundäre Schmerzen an Knien, Hüften und Wir- belsäule. Entsprechend den Schweregraden der Gelenkveränderungen gibt es unter-

und schmerzfreien Funktion des Ge- lenks. Nur bei fortgeschrittenen Verän- derungen kommen Operationstechniken wie die Versteifung (Arthrodese) oder in Ausnahmefällen auch eine Resektions- arthroplastik nach Keller-Brandes zum Einsatz. Vom Einsatz künstlicher Gelenke (Endoprothesen) ist jedoch abzuraten, da sich diese am Großzehengrundgelenk als auf die Dauer nicht empfehlenswert her- ausgestellt haben.

Prof. Dr. med. Hans-Heinrich Küster