

Hallux valgus

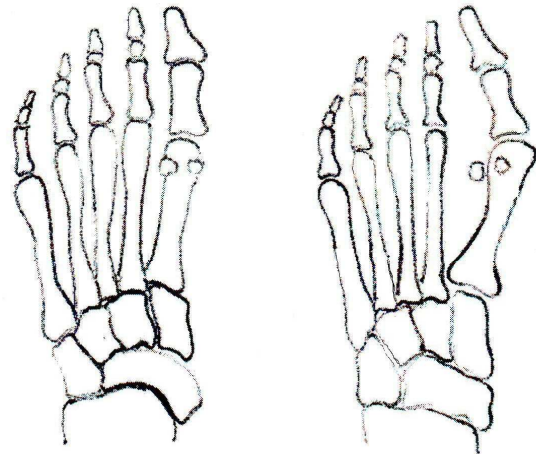
1. Was versteht man unter einem „Hallux valgus“ und was sind seine Ursachen?

Hallux valgus ist eine erworbene Zehendeformität, bei der die Großzehe im Grundgelenk zur Fußaußenseite abweicht und manchmal sogar das Großzehenendglied quer über oder unter den anderen Zehen liegt.

Im weiteren Verlauf kann es zu einer Subluxation kommen – d. h., dass der Gelenkkopf aus der Gelenkpfanne rutscht. Dadurch steht das Großzehengrundgelenk hervor.

Bei entsprechender Veranlagung begünstigt zu enges Schuhwerk die Ausbildung einer solchen Vorfußdeformität. Jedoch ist dies nicht

die eigentliche Ursache für die Entstehung des „Ballens“. Vielmehr durch eine Fehlbelastung des Fußes kommt es zur Aufspreizung der Mittelfußknochen, wodurch das Köpfchen der Großzehe nach Außen gedrückt wird. Somit sind Fußdeformitäten – wie Senk-, Knick- und / oder Spreizfuß – ausschlaggebend.



" normaler Vor- und " " Hallux valgus "
Mittelfuß

2. Was sind die typischen Symptome?

Das offensichtlichste Merkmal eines Hallux valgus ist die Deformität des Vorfußes – die Ausbildung des Ballens. Des Weiteren kommt es zu unterschiedlich stark ausgeprägten Schmerzen im Vorfuß (v.a. im Bereich des Ballens). Durch unangepasstes Schuhwerk oder auch durch Fehllagerung (bei Pflegebedürftigen) kann schon ein geringer Druck von Außen Rötungen bis hin zu Nekrosen im Bereich des Ballens hervorrufen – Folgen können schlecht heilende Wunden sein.

Als Fußchirurg achtet man jedoch auch auf andere Hinweise. Zunächst werden Quer- und Längsgewölbe des Fußes überprüft. Wie bereits erwähnt können Fußdeformitäten – wie Knick-, Senk- und / oder Spreizfuß – ursächlich für einen Hallux valgus sein. Zusätzlich wird die Diagnose röntgenologisch gefestigt – deutliche Aufspreizung des Vorfußes zu sehen. Des Weiteren kann man mittels Röntgenbild die Knorpelsituation im Gelenk bzw. die Abnutzung beurteilen – beim Hallux valgus ist eine einseitige Abnutzung die Regel.

3. Welche Formen gibt es und welche entsprechenden therapeutischen Möglichkeiten bieten sich?

Man unterscheidet die leichte, mittelschwere und schwere Form der Hallux-valgus-Deformität.

Wobei die leichten Veränderungen meist noch eine schmerzfreie und ungestörte Beweglichkeit des Grundgelenks aufweisen. Vielmehr kann es zu einer Ausbildung eines Schleimbeutels kommen, der das Gelenk vor äußeren Einwirkungen schützen soll. Zu

Beginn können Veränderungen des Schuhwerks oder auch Einlagen zu einer Besserung führen. Jedoch kommt es meist zu einer schmerzhaften Entzündung des Schleimbeutels. Woraufhin man auch in diesem Stadium über eine entsprechende OP-Variante nachdenken sollte. Aber eine Abtragung des Knochenvorsprungs ist nicht ratsam, so dass eine Umstellung des Mittelfußknochens sinnvoll bzw. erforderlich ist.

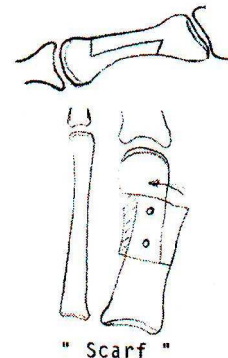
Bei der mittelschweren Form nimmt die Aufspreizung des Vorfußes deutlich zu und das Großzehengrundgelenk ist schmerzhaft und deutlich bewegungseingeschränkt. Meist ist der hervorstehende Ballen schmerzhaft entzündet. In diesem Fall führt meist eine Umstellungsosteotomie des 1. Mittelknochens sowie die sparsame Abtragung der Knochenauflagerung zu einer funktionellen wie auch kosmetischen Wiederherstellung. Verkürzungen von Knochen oder Versteifungen von Gelenken ist nicht erforderlich. Verschiedenste OP-Varianten (siehe Frage 4) führen hierbei zum Erfolg.

Die schwere Form des Hallux valgus ist durch einen stark ausgeprägten Ballen gekennzeichnet. In diesem Fall sollte zumindest eine Umstellung des Mittelfußknochens im Bereich der Basis, wenn nicht sogar eine Versteifung des Gelenkes zwischen Mittelfußknochen und Fußwurzelknochen (= Lapidusarthrodese) erfolgen.

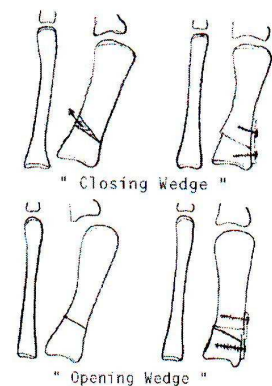
4. Welche OP-Varianten sind ratsam und was ist zu beachten?

Generell kommen in der Vorfußchirurgie nur noch gelenkerhaltende Operationen in Frage – vor allem im Bereich des ersten Strahls.

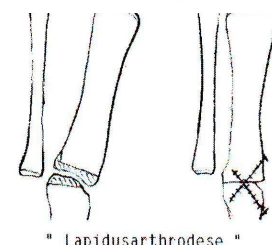
Als erste gelenkerhaltende Variante sollte die Z-Osteotomie nach Scarf genannt werden. Hierbei wird der Mittelfußknochen in der Horizontalen z-förmig durchtrennt, in funktionstüchtige Stellung gebracht (in Richtung Kleinzehen) und mit zwei Titanschrauben fixiert. Überstehende Knochenkanten werden abgetragen. Der Vorfuß ist in der Regel sofort übungstabil und kann nach 3 – 4 Wochen wieder belastet werden. In dieser Zeit ist das Tragen eines so genannten Vorfußentlastungsschuhs notwendig – danach sind weite Schuhe ratsam. Nach ca. 6 – 8 Wochen kann der Fuß normal belastet werden.



Eine weitere gelenkerhaltende Möglichkeit bieten Umstellungsosteotomien mittels winkelstabilen Platten – Opening-Wedge und Closing-Wedge. Dabei wird dem Mittelfußknochen an der Innen- oder Außenseite ein Knochenkeil entfernt. Diese künstliche Fraktur wird durch eine raffinierte Titanplatte oder Titanschrauben fixiert und stabilisiert. Das weitere Vorgehen entspricht dem des Scarfs – Vorfußentlastungsschuh für 3 – 4 Wochen, weite Schuhe danach und Vollbelastung nach spätestens 6 – 8 Wochen.



Bei schweren Deformierungen weicht man gelegentlich auch auf eine „größere“ OP-Variante ab – die Lapidusarthrodese. Hier wird das Gelenk zwischen Mittelfußknochen und Fußwurzelknochen versteift. Jedoch wird das Großzehengrundgelenk erhalten und bleibt völlig funktionstüchtig. Erreicht wird dies, indem man das Gelenk



zwischen MT-I und der Fußwurzel „entfernt“ und die beiden Knochen mittels winkelstabiler Platte oder Titanschrauben fixiert. Die postoperative Entlastung benötigt in der Regel zwei Wochen länger als bei den üblichen Vorfuß-OPs.

Welche Variante man nun wählt und wie lange eine postoperative Entlastung ratsam ist, ist abhängig von:

- Alter und Konstitution des Patienten
- Grad der Deformierung
- Zustand der Knochen (ggf. Osteoporose, ...)
- Zustand der Gelenke und Gelenkflächen (v. a. Beurteilung des Knorpelschadens)
- Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist abhängig vom Beruf