

Hallux valgus

Vorfusschmerzen mit deutlicher Beeinträchtigung der Gehleistung haben oft die Ursache in der Fehlstellung im Grosszehengrundgelenk: durch Abweichen der Grosszehe (=Hallux) nach aussen mit Verdrehung und der Unmöglichkeit, die Zehe gerade zu stellen, entsteht ein Hallux valgus. Vorstehende Knochen können darüberliegende Nerven reizen, die Haut verdicken und Schmerzen beim Tragen von Schuhen erzeugen. Es kann sogar zu offenen Wunden mit Infektionsgefahr kommen (v.a. beim Diabetiker). Spätestens nach Eintreten **schmerzhafter Hautveränderungen** und **Belastungseinschränkungen** sollte ein Fusspezialist zur Beratung kontaktiert werden.

Kulturelle Gewohnheiten wie das Tragen von Schuhen (enge Schäfte und hohe Absätze) sind mitverursachend neben einer familiären Belastung. Der **Spreizfuss** ist oft kombiniert mit einem Hallux valgus. Rück- und Mittelfuss-Probleme können einen Hallux valgus sekundär entstehen lassen. Mittels **Röntgen** im Stehen im Vergleich zum andern Fuss kann die klinische Diagnose bestätigt und eine allfällige Operation geplant werden.

Ein Hallux valgus ist **keine gefährliche Krankheit**; solange er nicht stört, muss nicht operiert werden. Auch schwere Deformitäten können später korrigiert werden, wenn oft auch nicht mehr auf einfache Art und nicht mehr immer gelenkserhaltend. Kleinere Deformitäten erlauben oft eine einfachere, gelenkserhaltende Korrektur.

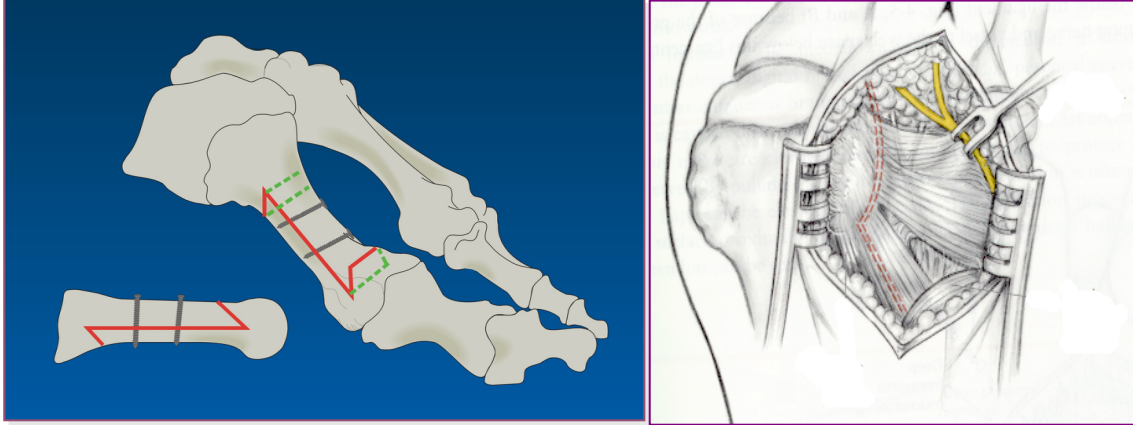
In **frühem Stadium** kann eine Einlagenversorgung neben Verwendung geeigneter Schuhe die angebrachte Therapie sein. Einlagen kommen beim weichen Vorfuss auch nach einer operativen Korrektur zum Einsatz, um Rezidive zu vermeiden. Nachtschienen haben kaum einen Therapiewert, ausser in der frühen postoperativen Phase.

Moderne **Operationsverfahren** zielen darauf ab, die **Deformität am Ort ihrer Entstehung zu korrigieren**, um ein möglichst dauerhaftes Resultat zu erzielen und die Belastbarkeit des Fusses wieder herzustellen. So kann das Mittelfuss-Basis-Gelenk mit Arthrose und Instabilität in Korrekturposition versteift werden. Der erste Mittelfussstrahl kann nahe der Basis, in deren Mitte aber auch ganz nah am Grosszehengrundgelenk durchtrennt und in korrigierter Stellung fixiert werden. An der Grosszehe können weitere kleine Korrekturen vorgenommen werden, um diese Knochen gerade zu stellen. Reine Knochenresektionen (Keller-Brandes) werden heute nur in seltensten Fällen bei alten PflegepatientInnen angewandt. Zu den möglichst exakten knöchernen Korrekturen gehören eine Gelenkseröffnung mit Plastik der Kapsel und oft ein Release der Kapsel und Adduktorensehne auf der Gelenksaussenseite dazu.

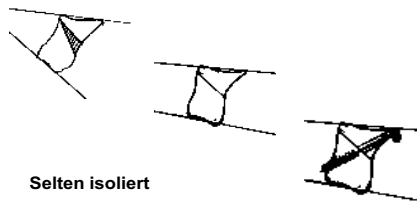
Neben der Deformität an der Grosszehe sind meist auch **Fehlstellungen der kleinen Zehen** mit Drucküberlastungen der Kleinzehengrundgelenke verbunden. Solche Hammer- und Krallenzehe können auch gerade gerichtet und fixiert werden. Überlastungen der Mittelfussköpfchen werden durch Korrekturschnitte im Mittelfussköpfchen und Weichteilimbancen durch Sehnen- und Kapsel-Verlagerungen und Raffungen in gleicher Sitzung korrigiert.

Scarf-Osteotomie

Kombination einer Basis- mit einer Kopf-Osteotomie erlaubt mittelschwere bis schwere Korrekturen



Li oben: Schema der stufenförmigen Osteotomie; re oben: lateraler Release (Ablösung der Adduktorensehne und der Kapsel)
Unten: Darstellung im OP-situs schematisch



**Akin-
Osteotomie
Grosszehe**

Die **Nachbehandlung** erfolgt in einem Hallux-Schuh mit steifer Sohle für 6-8 Wochen, wobei für die ersten 4 Wochen Teilbelastung bis 20 kg erforderlich sind. Die zunehmende Belastung erfolgt bei radiologisch nachgewiesener zeitgerechter Knochenheilung. Für die Zeit der Abrollbelastung ist ein Thromboembolieschutz nötig.

ortho  boss

Dr. med. Andreas P. Boss

FMH Orthopädie und Traumatologie Friedrichstrasse 6 4055 Basel 061 301 78 88

www.orthoboss.ch