

Hallux valgus

Wenn der Schuh drückt

Die Probleme beginnen schleichend. In den ersten Monaten sind es leichte Beschwerden, ein Druckschmerz am Ballen, die Hornhaut verdickt sich an dieser Stelle und kehrt im Eiltempo zurück, sobald sie beseitigt wurde. Manchmal zieht sich dieser Prozess auch über Jahre hin, und die Patienten gehen erst zum Arzt, wenn Schmerzen im Fuß zum Dauerthema beim Gehen und Stehen werden. In der Fachsprache wird dieses weitverbreitete Ballenleiden mit "umgekippter" Großzehe Hallux valgus genannt. Nicht verwechselt werden sollte es mit einer zunehmend einsteifenden Zehe, für die Verschleißerscheinungen verantwortlich sind, dem so genannten Hallux rigidus, unter dem vor allem junge Menschen leiden. Der Hallux valgus hingegen tritt vermehrt ab einem Alter von 45 Jahren auf. Zu dieser Altersgruppe gehören etwa 80 Prozent der betroffenen Patienten. Drei von vier der Betroffenen sind Frauen.

Von Bernhard Schurk

Die Ursache der umgekippten Großzehe ist ein Spreizfuß. Das Mittelfußgewölbe gibt nach, wird in gewisser Weise platt gedrückt und spreizt sich auf. Das heißt, zwischen den Mittelfußknochen hinter der großen Zehe und der zweiten Zehe entsteht ein unnatürlich großer Winkel, der zu einer falschen Zugrichtung der Beuge- und Strecksehnen der Großzehe führt. Folge: Die Zehe kippt um. Zusätzlich entsteht dadurch in der Folge an der Außenseite des Gelenks ein deutliches Überbein, das zu Schmerzen, Hornhaut und letztlich drückenden Schuhen führt. Neben dem Hallux valgus kann ein Spreizfuß Krallenzehen verursachen, auch Hammerzehen genannt, oder einen Schneiderzehl, der Fachbegriff für einen nach innen gekippten kleinen Zeh. Zuweilen drücken auch die Mittelfußköpfchen stark nach unten durch, weil zu viel Druck auf ihnen lastet.



Viel Erfahrung, wie **Bernhard Schurk** und seine Kollegen vom MVZ sie mitbringen, und die richtige Operationstechnik sind entscheidend für den Erfolg eines operativen Eingriffs am Fuß.

Ursachen

Im Grunde sind der Spreizfuß und der dadurch bedingte Hallux valgus Zivilisationserkrankungen.

Völker, die viel barfuß laufen, kennen dieses Krankheitsbild nicht. In Gesellschaften, in denen die Industrialisierung einsetzte und in denen immer mehr Menschen nicht mehr barfuß liefen, sondern Schuhe trugen, trat auch plötzlich die umgekippte Zehe auf. Vorher gab es dieses Phänomen nicht. Der Schuh nimmt dem Fuß im Grunde zu viel Arbeit ab. Dadurch werden der Fuß und seine Muskulatur nicht mehr trainiert, und auf diese Weise immer weiter geschwächt. Viele moderne Schuhe sind zudem so geschnitten, dass sie den Zeh zusätzlich nach innen drücken. Kommt dann noch eine Bindegewebsschwäche hinzu, sind die Probleme vorprogrammiert. Das Fußgewölbe erhält durch Muskeln und Bänder seine Stabilität. Die Bänder bestehen unter anderem aus Bindegewebe; wenn das schwach ist, und dann vielleicht noch Übergewicht ins Spiel kommt, kann das Problem des Hallux valgus auftreten. Denn es ist für den Fuß durchaus ein Unterschied, ob jemand bei Schuhgröße 40 mit 80 Kilo oder mit 120 Kilo Körpergewicht seinen Alltag bestreitet. Wie dieser Alltag aussieht, spielt ebenfalls eine Rolle: Wer viel laufen oder stehen muss, hat schneller Schwierigkeiten als jemand, der überwiegend sitzt.

Operation

Ob ein Hallux valgus operiert werden muss, hängt primär davon ab, ob ein Patient Beschwerden hat. Wenn keine Beschwerden bestehen, muss nicht unbedingt operativ eingegriffen werden, denn oberstes Ziel einer Behandlung sollte immer Beschwerdefreiheit sein.

Wenn Patienten aber Schmerzen haben, und eine Operation nötig ist, sollte das Problem sehr differenziert angegangen werden. Es sind ca. 300 verschiedene Operationsmethoden beim Hallux valgus bekannt. Sie unterscheiden sich zum Teil bezüglich der Lokalisation und der Vorgehensweise wie und wo die Korrektur vorgenommen wird. Innerhalb einer bestimmten Gruppe von Operationstechniken sind die Unterschiede jedoch meist eher gering. Wichtig ist, entsprechend der Situation die richtige Entscheidung für die richtige Operationsmethode zu treffen.

Entscheidend ist dabei, wie ausgeprägt das Problem ist. Die Größe des Winkels, der zwischen dem 1. und 2. Mittelfußknochen entstanden ist, ob die Großzehe noch korrekt auf dem Mittelfußköpfchen sitzt und ob es im vordersten Bereich des Zehs noch einen zweiten Winkel, eine zweite Abknickung gibt, sind nur einige der wichtigen Faktoren, die die Wahl der Operationsmethode bestimmen. Außerdem sind die Stabilität des Metatarso-Tarsalgelenks 1, sowie Verschleißerscheinungen am Großzehengrundgelenk ausschlaggebend.

Bei einem sehr gering ausgeprägten Hallux valgus (geringe Schiefstellung der Großzehe) aber Druckbeschwerden aufgrund eines großen Ballens (Pseudoexostose), kann eine Abtragung des Ballens und innenseitige Raffung der Gelenkkapsel im Sinne eines Weichteileingriffes genügen. Zusätzlich wird meist eine Sehne an der Großzehe versetzt.

In vielen Fällen muss jedoch eine zusätzlich Korrektur am Knochen vorgenommen werden. Dabei wird bei den distalen Mittelfußkorrekturosteotomien wie z.B. der sogenannten „Operation nach Austin“ der 1. Mittelfußknochen vor dem unteren Gelenkköpfchen mit Hilfe einer oszillierenden Säge V-förmig durchtrennt und das Gelenkköpfchen seitlich zur Kleinzehe hin verschoben und neu fixiert. Anschließend wird die Gelenkkapsel des Großzehengrundgelenkes gerafft, was den Zeh zusätzlich aufrichtet. Diese oder ähnliche Operationsmethoden sind unter dem Begriff Chevron-Osteotomie bekannt und bei einem Winkel bis zu etwa 15 Grad zwischen den Mittelfußstrahlen 1 und 2 erfolgversprechend.

Ist der Winkel größer, dann genügt es nicht, die Zehe nach der Chevron-Methode zu verschieben und die Kapsel zu raffen. Dann erfolgt ein Schnitt im oberen Teil des Mittelfußknochens, knapp unterhalb des Fußwurzelgelenkes; der ganze Mittelfußknochen wird dann zur Kleinzehe hin geschwenkt. Dies kann entweder durch Aufklappen des Sägeschnittes (open-wedge) oder durch Zuklappen nach Entnahme eines Knochenkeiles (closed-wedge) erfolgen. Welche Methode angewandt wird, ist abhängig vom individuellen Fuß, von seinen Proportionen und ganz wesentlich von der Länge des Zehs. Die Closed-Wedge-Methode, bei der ein Keil herausgeschnitten und der entstehende Winkel dann zugeklappt wird, ist zwar schneller wieder stabil, scheidet jedoch aus, wenn der Zeh kurz ist, denn sie verkürzt ihn noch weiter. Die Open-Wedge-Methode hat weniger Längenverlust zur Folge, doch hier muss der nach dem Keilschnitt entstehende Spalt mit Knochenmaterial aufgefüllt oder überbrückt werden.

Operationen dieser aufwändigen Art können eine Stunde und länger dauern. Die Patienten gehen danach sechs Wochen an Krücken und dürfen den Fuß nicht belasten. Sohlenkontakt ist erlaubt, aber völlig ohne Gewichtsbelastung. Patienten mit stehendem Beruf beispielsweise können nach einem solchen Eingriff acht bis zehn Wochen arbeitsunfähig sein. Bei der wesentlich weniger schwerwiegenden Chevron-Osteotomie kann der Patient den Fuß in einem Spezialschuh bereits nach vier bis fünf Tagen wieder belasten. Diesen Spezialschuh trägt er sechs Wochen. Wobei aber auch hier die Beschwerden länger anhalten können: Zehen mögen es in der Regel nicht, wenn sie operiert werden. Sie schwellen unter Umständen extrem an, und diese Schwellungen können über Wochen anhalten, so dass über längere Zeit das normale Schuhwerk nicht passt.

Die weitestgehende Operation in diesem Bereich ist eine Korrektur über eine Versteifung des 1. Fußwurzel-Mittelfußgelenkes. Diese so genannte Lapidus-Arthrodesse kommt eher bei jungen Patienten in Frage, die eine angeborene Schiefstellung und Instabilität in diesem Gelenk haben. In solchen Fällen haben die vorgenannten Operationsmethoden nur für zwei oder drei Jahre die erhoffte Wirkung – danach wären die Beschwerden wieder da.

Der ideale Zeitpunkt

Die große Tücke in der Hallux-valgus-Chirurgie ist seine Ursache: die Aufspreizung des Mittelfußes unter Belastung. Diese Ursache kann bis heute durch keine Operationsmethode beseitigt werden, die Tendenz zu einem erneuten Hallux valgus bleibt deshalb auch nach einer Operation bestehen. Die umgekippte Zehe kann wiederkommen, der Ballen wieder anfangen zu schmerzen. Deshalb ist es wichtig, einerseits so lange wie möglich mit der Operation zu warten, andererseits aber den Eingriff auch nicht so lange aufzuschieben, dass eine umso größere Operation nötig wird.

Daneben gibt es eine Vielzahl anderer Beschwerdeursachen im Vor- und Mittelfußbereich. Der exakten Diagnose eines erfahrenen Orthopäden kommt deshalb größte Bedeutung zu. Dabei müssen Röntgenaufnahmen des Fußes im Stand gemacht werden, denn nur dabei zeigt sich die wahre Belastungssituation. Der behandelnde Arzt muss sorgfältig abklären, ob die Beschwerden im Mittelfuß auch wirklich vom Hallux valgus verursacht werden, oder ob sie von einer Überlastung im Mittelfußbereich ausgehen (sog. Metatarsalgie). Es könnte auch ein Ermüdungsbruch vorliegen, oder ein Morton-Neuron, ein gutartiger Nerventumor, der zwischen den Mittelfußköpfchen sitzt und ganz ähnliche Schmerzen verursacht. Hier bietet sich ein Kernspin-Untersuchung an.

Es gibt durchaus Methoden, einen Hallux valgus zu vermeiden, oder zumindest die Wahrscheinlichkeit, dass er auftritt, zu verringern: Barfuss zu laufen stärkt die Fußmuskulatur und gibt dem Fußgewölbe Stabilität. Bequeme Schuhe ohne hohe Absätze wirken sich ebenfalls positiv aus. Spitze High-Heels beispielsweise sind aus orthopädischer Sicht ein Albtraum. Auch Einlagen, die das Fußgewölbe stützen, lindern das Problem. Wenn belastungsabhängige Beschwerden am Fuß auftreten, dann sollte in jedem Fall ein Facharzt die Ursache überprüfen. Erstes Signal für zu große Belastung: Wenn Sie am Ballen ständig Hornhaut entfernen müssen; dann ist es Zeit, einen Orthopäden aufzusuchen und sich entsprechend beraten zu lassen.

Text & Copyright: MVZ am Nordbad, München 2009