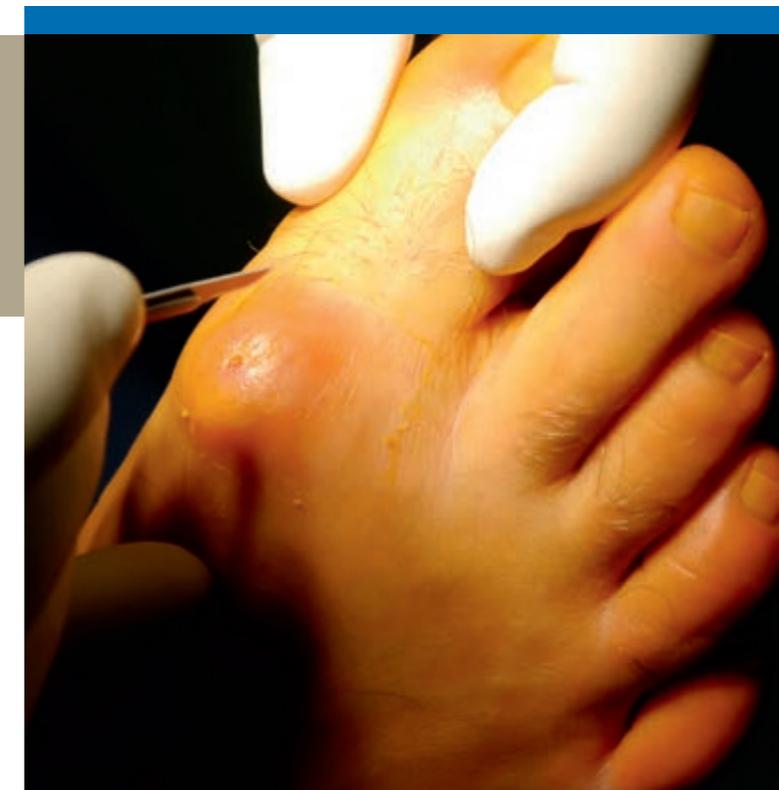
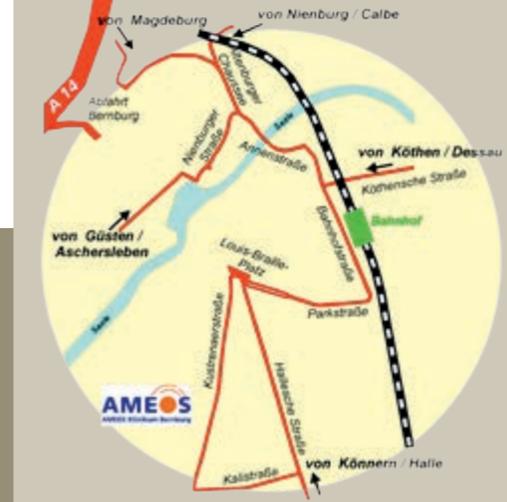


frischer Zustand
nach Hallux-
valgus-Korrektur



Vorfuß-
entlastungsschuh



Wie sind die Erfolgsaussichten?

In retrospektiven Studien zu Hallux-Operationen geben 85 Prozent der Betroffenen auch nach mehreren Jahren an, mit dem Ergebnis voll zufrieden zu sein, ca. 10 Prozent sind weniger zufrieden. In ca. 5 Prozent sind die Ergebnisse nicht zufriedenstellend oder es kommt zu einer erneuten operationswürdigen Fußfehlstellung. Wichtig aus Sicht des Arztes ist die Wahl des geeigneten Operationsverfahrens anhand der vorliegenden Befunde und die Absicherung der richtigen Nachbehandlung.

Welche Komplikationen können auftreten?

Bei regelrechter Durchblutung und Fehlen von zusätzlichen Risikofaktoren sind Wundheilungsstörungen und Infektionen selten, wenn unmittelbar nach der Operation geschont wird. In Abhängigkeit von der Knochenqualität ist eine verzögerte Knochenbruchheilung möglich, welche durch die verlängerte Anwendung des Vorfußentlastungsschuhes, sehr selten durch eine zusätzliche Unterschenkelgipsanlage behandelt wird. Die Schrauben und Platten können vor abgeschlossener Knochendurchbauung bei Überlastung auswandern oder brechen, was dann zur operativen Korrektur zwingen kann. Wurden stabilere oder „auftragende“ Implantate verwendet, z. B. bei einer Versteifungsoperation, können diese nach ca. 1 Jahr ambulant entfernt werden.

Kontakt

Chefarzt Dr. med. Tobias Schaaf
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
Spezielle Orthopädische Chirurgie
- Chefarzt Orthopädie -

Chefarzt Lars Schedler
Facharzt für Chirurgie, Orthopädie und Unfall-
chirurgie / Spezielle Unfallchirurgie
D-Arzt
- Chefarzt Unfallchirurgie -

Chefarztsekretariat Orthopädie:
Monika Nowarre
Tel. +49 (0)3471 34-1200
Fax +49 (0)3471 34-2088
mnow.ortho@bernburg.ameos.de

Chefarztsekretariat Unfallchirurgie:
Nancy Koch
Tel. +49 (0)3471 34-1380
Fax +49 (0)3471 34-2092
nkoc.uhw@bernburg.ameos.de

So kommen Sie zu uns

Mit dem Auto über die A14.

Aus Richtung Magdeburg: Abfahrt Bernburg und B71 Richtung Halle. Aus Richtung Halle: Abfahrt Könnern und B71 Richtung Magdeburg. In Bernburg folgen Sie den Wegweisern zum Klinikum.

Mit der Bahn.

Vom Bahnhof aus mit dem Taxi oder zu Fuß in ca. 25 Minuten.

AMEOS Klinikum Bernburg

Klinik für Orthopädie und
Unfallchirurgie
Kustrenaer Str. 98
06406 Bernburg
Tel. +49 (0)3471 34-0
info@bernburg.ameos.de

Stand 06/18

www.ameos.eu

→ Krankheitsbild
Hallux valgus
- operative Korrektur



Vor OP



Nach Hallux valgus OP



R



Versteifung Großzehe

R

Was ist ein Hallux valgus?

Bei der häufigsten Fehlstellung der Zehen überhaupt weicht der Großzeh zum Fußaußenrand hin zunehmend ab, wobei er auch eine leichte Einwärtsdrehung zeigen kann. Durch abweichenden Sehnenzug in Nähe des Großzehengrundgelenkes beim meist gleichzeitig bestehenden Spreizfuß kommt es zur Überdehnung der Kapselbandstrukturen und zur Schleimbeutelentzündung auf der Fußinnenseite („Frostballen“) mit Fehlstellung im Gelenk selbst und mit Schuhkonflikt insbesondere in engen Schuhen. Bei Teilausrenkung des Gelenkes kann ein Verschleiß eine späte Folge oder Begleiterscheinung sein. Frauen sind häufiger betroffen als Männer. Enge Schuhe und hohe Absätze stellen ein Risiko zur Ausbildung eines Hallux valgus dar. Eine familiäre Häufung i. S. einer Veranlagung wird allgemein angenommen.

Welche Beschwerden sind typisch?

Oft und gerade anfänglich bei noch leichter Ausprägung bestehen, vom kosmetischen Aspekt einmal abgesehen, keine oder nur geringe Beschwerden. Am Fußinnenrand liegt eine Druckempfindlichkeit mit Rötung und Schwellung vor. Enges Schuhwerk wird zunehmend schlechter toleriert. Begleitende Veränderungen der Kleinzehen mit Krallen- oder Hammerzehlfehlstellung sind möglich mit Fehlbeschwiellung an der Fußsohle und Hühneraugenbildung. Bei Verschleiß im Großzeh (Arthrose, sog. Hallux rigidus) ist das normale Abrollen schmerzhaft und die Beweglichkeit nimmt bis zur fast vollständigen Gelenksteife ab.

Welche Untersuchungen sind notwendig?

Neben einer ausführlichen Befragung über Beschwerden, prädisponierende Faktoren (Schuhwerk, berufliche und Freizeitaktivitäten) und einer klinischen Untersuchung der Füße ist bei unklarem Befund oder spätestens nach Versagen der Einlagenversorgung eine Röntgenuntersuchung (Belastungsaufnahmen von mehreren Seiten) zur Beurteilung der Gelenkstellung, der Knochenqualität und des Verschleißgrades erforderlich.

Welche nicht operativen Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

Im frühen Stadium kann bequemes und weites Schuhwerk mit gutem Fußbett zunächst weiterhelfen. Bei gleichzeitig bestehendem Spreizfuß ist die Verordnung von Einlagen zur Entlastung sehr sinnvoll, verbessert aber die Stellung des ersten Zehs an sich nicht. Um Hautreizungen des Zehs zu vermindern, können Zehspreizer und Hühneraugenpflaster vorübergehend Abhilfe schaffen. Nachtschienen führen auch bei längerer Anwendung nach allgemeiner Erfahrung ohne Operation nicht zu einer anhaltenden Stellungskorrektur. Orthopädische Schuhzurichtungen mit Polsterung oder das Anbringen einer Ballenrolle zur Ruhigstellung des ersten Zehs bei Arthrose sind grundsätzlich möglich, wenn eine grundsätzlich angezeigte operative Methode wegen beglei-

tender Risikofaktoren (z. B. schwere Durchblutungsstörungen, Langzeit-Zuckerkrankheit, Nikotinabhängigkeit, Osteoporose) ein zu hohes Risiko darstellt und deswegen andere Optionen weitestgehend ausgeschöpft werden sollen.

Welche operativen Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

Wenn bei Fehlstellung trotz bequemer Schuhe und Einlagen Beschwerden bestehen bzw. diese zunimmt, sollen operative Möglichkeiten geprüft und ggf. konkret mit dem Patienten besprochen und in ihrem zeitlichen Ablauf geplant werden. Moderne Verfahren zielen auf eine Stellungskorrektur bei Erhalt des Gelenkes ab. Bei leichtestem Grad und im Wachstumsalter sind isolierte Weichteilkorrekturen mit Sehnenverlagerung, Kapselraffung, Schleimbeutelentfernung bzw. das Abschleifen von Knochenvorsprüngen möglich. In den überwiegenden Fällen ist jedoch zusätzlich eine knöcherne Korrektur am ersten Mittelfußknochen mit „künstlichem Knochenbruch“ zwingend erforderlich, um ein kosmetisch gutes Ergebnis zu erreichen. Die Stabilisierung erfolgt je nach Methode mit kleinen Titanschrauben oder Mini-Platten, die in aller Regel auch später nicht entfernt werden müssen. Nur bei schwerster Deformierung, fehlgeschlagener Vor-Operation oder Verschleiß kommen auch versteifende Verfahren eines Gelenkes in Frage.

Wie erfolgt die Nachbehandlung nach der Operation?

Je nach Umfang des geplanten Eingriffes und der Begleitumstände wird die Operation als ambulanter oder kurzzeitiger stationärer Eingriff geplant. Um das Risiko von zu starker Schwellung und Blutergußbildung zu reduzieren, ist gerade zu Beginn eine konsequente Hochlagerung, Kühlung und Ruhigstellung erforderlich. Je nach gewählter Operationsmethode erfolgt die Versorgung mit einem Vorfußentlastungsschuh, mit welchem Sie für die kommende Zeit, das heißt 4 bis 6 Wochen (bei Versteifungseingriff ca. 10 Wochen) mobil sind, ohne dass Sie zwangsläufig zusätzlich auf Unterarmgehstützen angewiesen sind. Nach Röntgenkontrollen (nach OP und nach mehreren Wochen erneut) wird über die weitere Belastung entschieden. Zügelnde Verbände sollen, wie danach die verordnete Zügelbandage für ca. 10 Wochen verhindern, dass der Großzeh erneut im Gelenk nach außen abweicht. Gegen die unterschiedlich stark ausgeprägte Schwellneigung sind abschwellende Medikamente, Lymphdrainage und kühlende Maßnahmen wirkungsvoll. Bei ausreichender Abschwellung und nach abgeschlossener knöcherner Durchbauung kann dann zu einem weiten Normalschuh (z. B. Sportschuh) übergegangen werden. Sofern später trotz OP Einlagen erforderlich sind, wird dies im Einzelfall besprochen. Eine belastungsabhängige Restschwellung sollte spätestens nach 3 Monaten unter konsequenter Behandlung bei regelrechtem Verlauf nicht mehr nachweisbar sein.