



HALLUX VALGUS – SCHMERZHAFTE ERKRANKUNG DER GROSSZEHE



Dr. Markus König

Die Fehlstellung der Großzehe mit Ausbildung eines schmerzhaften Großzehenballens bei gleichzeitiger Verschiebung zur zweiten Zehe ist die am häufigsten anzutreffende Pathologie des Vorfußes. Sie kann erblicher Natur sein, aber auch durch Fußüberlastung zustande kommen. Darunter versteht man das Tragen von engem Schuhwerk gegebenenfalls verbunden mit hohen Absätzen. Dem ständigen Druck der Schuhspitze, welche die Großzehe in Valgusstellung drängt, steht die einge-

schränkte Muskelkraft des Großzehenballens (*M. abductor hallucis*) gegenüber, sodass sich aus der zuerst temporären Fehlstellung im Schuh eine bleibende und in der Regel zunehmende Deformität auch im entlasteten Zustand ausbildet. Diese ist jedoch in vielen Fällen nicht mit Beschwerden verbunden; wenn solche auftreten, dann in der Regel am Punkt des höchsten Schuhdruckes, nämlich am Großzehenballen. Leicht kommt es hier zu mechanischen Reiz-

erscheinungen der Haut und des darunter liegenden Schleimbeutels, zu eitrigem bzw. nichteitrigem Schleimbeutelentzündungen. Wird der Schuhdruck aufrecht erhalten, so entwickelt sich daraus ein chronisch-schmerzhaftes Krankheitsbild, das den Patienten zum Arzt führt. Im Endstadium der Fehlstellung kommt es regelmäßig zum Konflikt mit der 2. Zehe, die dann aus Platzgründen in eine sogenannte Hammer- oder Krallenzehe umgewandelt wird.



Behandlungsmöglichkeiten

Hier kommt dem prophylaktischen Tragen von Schuhen, die den Zehen genügend Spielraum lassen, eine große Bedeutung zu. Bei den oben genannten Beschwerden mit Entzün-

dung am Großzehenballen helfen lokal aufgetragene entzündungshemmende Salben, ringförmige Polster bzw. das Vermeiden jeglichen mechanischen Druckes durch das Tra-

gen weiter Schuhe. Genügen diese Maßnahmen nicht oder ist der Patient auf Dauer nicht gewillt, diese Verhaltensmaßregeln einzuhalten, ist eine Operation unumgänglich.

Operation

Bei der Indikationsstellung zur Operation sind allein die Beschwerden ausschlaggebend, ein Eingriff aus ästhetischem Interesse (Schönheitsoperation) sollte nicht durchgeführt werden. Eine Altersbegrenzung für die Operation besteht nicht, sodass

bei echten Beschwerden diese bei sehr jungen und bei älteren Patienten durchgeführt werden kann. Die Ergebnisse der Operation sind im Frühstadium, d.h. vor dem Auftreten von sekundären Beschwerden an den Nachbarzehen am besten.

Operationstechnisch gibt es von sogenannten mikrotraumatischen Methoden mit kleinsten OP-Narben mit und ohne innere Fixierung am Knochen bis zu invasiveren Methoden mit Versteifung von Fußgelenken eine riesige Palette von ange-



wandten Korrekturingriffen mit unterschiedlichen Fixationsmethoden. Der Eingriff wird in Spinalanästhesie unter stationären Bedingungen oder auf Wunsch des Patienten in Lokalanästhesie ein- oder beidseitig in gleicher Sitzung durchgeführt.

Bei den meisten gängigen Operationsmethoden wird der medial vorstehende Knochenballen abgetragen, das Gelenk eröffnet und

ein Lösen von „Verwachsungen“ zwischen 1. und 2. Mittelfußköpfchen vorgenommen.

Anschließend wird mit einer Säge der 1. Mittelfußknochen meist knapp oberhalb des Gelenkköpfchens durchtrennt und der Teil mit dem Köpfchen soweit in Richtung 2. Zehe verschoben, bis die Fehlstellung korrigiert und die Großzehe begradigt ist.

Um den Knochen in der erreichten

Stellung zu halten, stehen kleinste Schrauben, Bohrdrähte, Knochenklammern, aber auch bei den mehr fußwurzelwärts ansetzenden Korrekturen Plattensysteme zur Verfügung, gelegentlich bedarf es nur einer Fadennaht bzw. überhaupt keiner Fixierung.

Daran schließt sich eine Raffnaht der Gelenkkapsel an, um die intraoperativ erreichte Stellung auf Dauer halten zu können.

Nach der Operation

Nach der Operation wird ein Spezialverband angelegt, der die Großzehe schient und das erreichte Resultat sichert.

Am 2. Tag nach OP erhält der Patient einen Spezialschuh, den er in der Regel für 4 Wochen trägt.

Der Verband wird in regelmäßigen Abständen erneuert, wir empfehlen das postoperative Tragen eines weichen Zwischenzehenspreizers unter-



tags bzw. auch einer korrigierenden Nachtschiene. Der Patient wird angeleitet, möglichst viel die Großzehe zu bewegen, um einer Einsteifung vorzubeugen.

Nach 4 Wochen wird eine Röntgenkontrolle durchgeführt und in der Regel der Übergang auf weite Normalschuhe erlaubt.

Das definitive allgemeine (Schmerzfreiheit) und kosmetische Resultat ist nach etwa 3 Monaten sichtbar, wenn die allgemeine Schwellneigung ab und die Beweglichkeit der Großzehe zunimmt.

Körperlich schwere Arbeit ist in der Regel nach 4 - 6 Wochen möglich, früher können eventuell leichtere Bürotätigkeiten verrichtet werden.



Komplikationen

In einem geringen Prozentsatz kann es zur Wundheilungsstörung, im schlimmsten Fall zur Wunddeiterung kommen, die einen erneuten Eingriff nach sich zieht. Weiters kommen Über- und Unterkorrekturen, eine gelegentlich störende Einschränkung

der Gelenkbeweglichkeit, sowie allgemein chirurgische Probleme (Thrombose – Embolie) vor.

Vorbestehende Mittelfußschmerzen können meistens gebessert werden, gelegentlich muss nach Ablauf einer gewissen Frist hier eine zusätzliche

Operation durchgeführt werden. Wichtig ist die exakte Patientenaufklärung und -führung, bzw. auch das individuelle Anpassen der Operationstechnik an die jeweiligen anatomischen Verhältnisse und Bedürfnisse, um gute Resultate zu erzielen.