

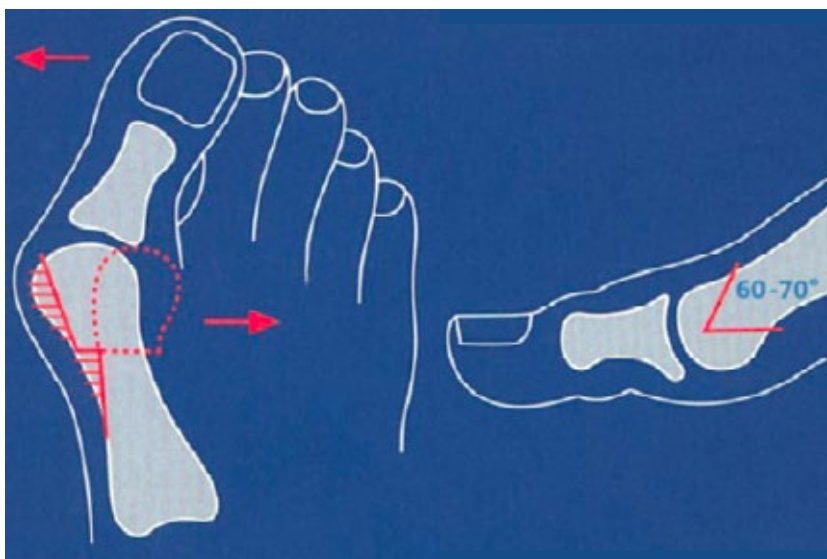
HALLUX VALGUS – GROSSZEHENBALLEN

Die Fehlbelastung des Fußes führt zu einer Aufspreizung zwischen den beiden ersten Mittelfußknochen und damit zum Heraustreten des ersten Mittelfußköpfchens. Nicht eine Knochenanlagerung, sondern das herausgetretene Mittelfußköpfchen bildet den „Ballen“. Je nach Ausprägung kommen verschiedene Operationsverfahren zur Anwendung.

Bei den Vorfußkorrekturen werden moderne meist gelenkerhaltende Operationen durchgeführt. Diese Eingriffe werden im Albertinen-Krankenhaus meistens in Vollnarkose überwiegend ambulant durchgeführt, d.h. Sie kommen morgens ins Albertinen-Krankenhaus, werden im Laufe des Tages operiert und können sich am Nachmittag wieder nach Hause abholen lassen.

CHEVRON-OSTEOTOMIE

Dies ist der Eingriff für den leichten bis mittelschweren Ballen, wenn noch kein Gelenkverschleiß vorliegt. Zunächst wird etwas Knochen direkt am Ballen entfernt, dann wird der erste Mittelfußknochen körperfern V-förmig durchtrennt, das Köpfchen verschoben und mit einer Titan-Schraube zunächst nur übungsstabil fixiert. Die knöcherne Durchbauung wird normalerweise nach 2 Monaten erreicht.



PRAXIS

Julius-Leber-Straße 10
22765 Hamburg
Telefon 040-380 68 28
Fax 040-389 43 00

KLINIK

Albertinen-Krankenhaus
Süntelstraße 11a
22457 Hamburg
Telefon 040-5588-1

WEB www.dirk-rose.de

E-MAIL praxis@dirk-rose.de

Die folgenden Punkte sind wichtig für den Ablauf der Weiterbehandlung. Sie sind Voraussetzung, um ein gutes und langfristiges Operationsergebnis zu erreichen.

- 4 Wochen Therapie-Schuh, Vollbelastung erlaubt
- frühzeitig aktive und passive Bewegung der Großzehe
- Fadenentfernung (12-14 Tage nach der Operation)
- evtl. Nachtschiene für 2-3 Monate
- Röntgenkontrolle 4 Wochen nach der Operation
- 2 Monate kein Zehenspitzenstand
- Schwellneigung über 3 Monate nicht ungewöhnlich

BASISNAHE OSTEOTOMIE (OPEN WEDGE OSTEOTOMIE)

Dies ist der Eingriff für den mittelschweren bis schweren Ballen bei ausgeprägtem Spreizfuß, wenn noch kein Gelenkverschleiß vorliegt. Zunächst wird am Großzehengrundgelenk das Überbein entfernt und eine Weichteilkorrektur durchgeführt, dann wird der erste Mittelfußknochen körpernah durchtrennt, V-förmig aufgespreizt und mit einer Titan-Platte übungsstabil verschraubt. Die knöcherne Durchbauung wird normalerweise nach 2 Monaten erreicht.



Die folgenden Punkte sind wichtig für den Ablauf der Weiterbehandlung. Sie sind Voraussetzung, um ein gutes und langfristiges Operationsergebnis zu erreichen.

- 6 Wochen Vorfußentlastungsschuh, Vollbelastung erlaubt
- frühzeitig aktive und passive Bewegung der Großzehe
- Fadenentfernung (12-14 Tage nach der Operation)
- evtl. Nachtschiene für 2-3 Monate
- Röntgenkontrolle 6 Wochen nach der Operation
- 3 Monate kein Zehenspitzenstand
- Schwellneigung über 3 Monate nicht ungewöhnlich

HAMMERZEHE / KRALLENZEHE

Es handelt sich hierbei um eine Fehlstellung der Zehen mit einer Beugung im Mittelgelenk und einer wechselnden Stellung im Grund- und Endgelenk. Durch den Druck des Knochens unter der Haut kommt es zur Ausbildung von schmerzhaften Hornschwielen und zeitweilig entzündeten Schleimbeuteln über den betroffenen Gelenken. Die Hammerzehen sind oftmals kombiniert mit einer Ballenfehlstellung.

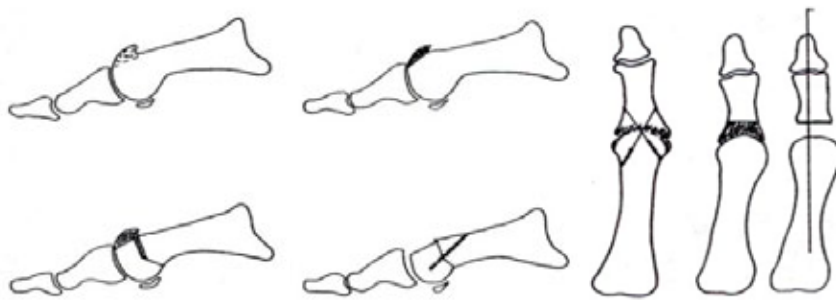


Bei der operativen Behandlung der Hammerzehe wird das Köpfchen des Grundgliedes entfernt. Evtl. wird die korrigierte Stellung durch einen Draht stabilisiert, der meist nach 3 bis 4 Wochen wieder entfernt wird. Abhängig von der Art der Fehlstellung ist auch eine Korrektur am Endgelenk und am Grundgelenk erforderlich.

Meist ist die Vollbelastung in einem Therapieschuh möglich. Nach Entfernung der Drähte können weiche Schuhe getragen werden. Die Schwellneigung ist unterschiedlich und kann mehrere Wochen bis Monate andauern.

HALLUX RIGIDUS GROSSZEHENGRUNDGELENKSARTHROSE

Unter einer Arthrose versteht man einen Verschleiß des Knorpels im Bereich eines Gelenkes. Die Zerstörung des Knorpels im Großzehengrundgelenk führt letztendlich zu einer schmerzhaften Bewegungseinschränkung und zu einer schmerzhaften Knochenauflagerung auf dem ersten Mittelfußknochen. Die Behandlung richtet sich nach dem Stadium der Arthrose. Ist ein Gelenkerhalt nicht möglich, so bleibt nur die teilweise oder vollständige Entfernung des Gelenkes. Das Gelenk kann geglättet, entlastet, entfernt oder versteift werden.



Die rasche Vollbelastung des Fußes ist meist möglich. Ein spezieller Therapieschuh wird verordnet und getragen, bis der Rückgang der Schwellung wieder das Tragen eines anderen Schuhwerks erlaubt. Entscheidend für den Erfolg der Operation sind frühzeitige intensive Bewegungsübungen.

MÖGLICHE RISIKEN VON OPERATIVEN VORFUSSKORREKTUREN

- verzögerte Wundheilung
- chronische Schwellneigung
- schmerzhafte Narbe
- Infektion / Knocheninfektion
- Gefäß- / Nervenschädigungen (z.B. Taubheit an der Zehe)
- verzögerte / ausbleibende Knochenheilung
- neues Schuhwerk kann nicht getragen werden
- zunehmende / chronische Schmerzen
- Schmerzen beim Gehen



DR. MED. DIRK ROSE

FACHARZT FÜR ORTHOPÄDIE UND UNFALLCHIRURGIE
CHIROTHERAPIE UND SPORTMEDIZIN

SPEZIELLE ORTHOPÄDISCHE CHIRURGIE

MÖGLICHE KOMPLIKATIONEN VON OPERATIVEN VORFUSSKORREKTUREN

- keine vollständige Korrektur der Fehlstellung
- Wiederkehren der Fehlstellung
- Zunahme der Fehlstellung
- Überkorrektur
- Schmerzzunahme
- Schmerzverlagerung
- schlechteres Gehvermögen gegenüber bisher
- Sehnen- / Nervenverletzung
- Metalllockerung / Metallentfernung
- Folgeoperationen erforderlich