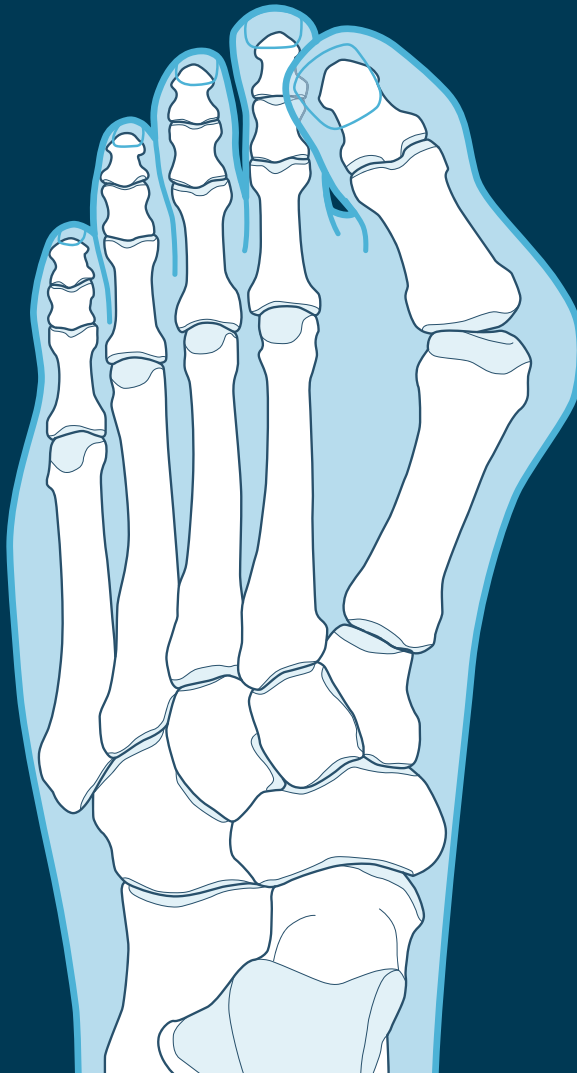
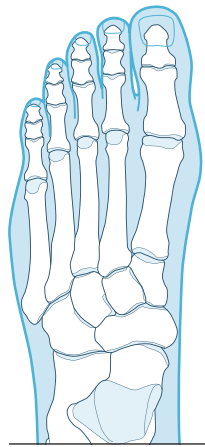


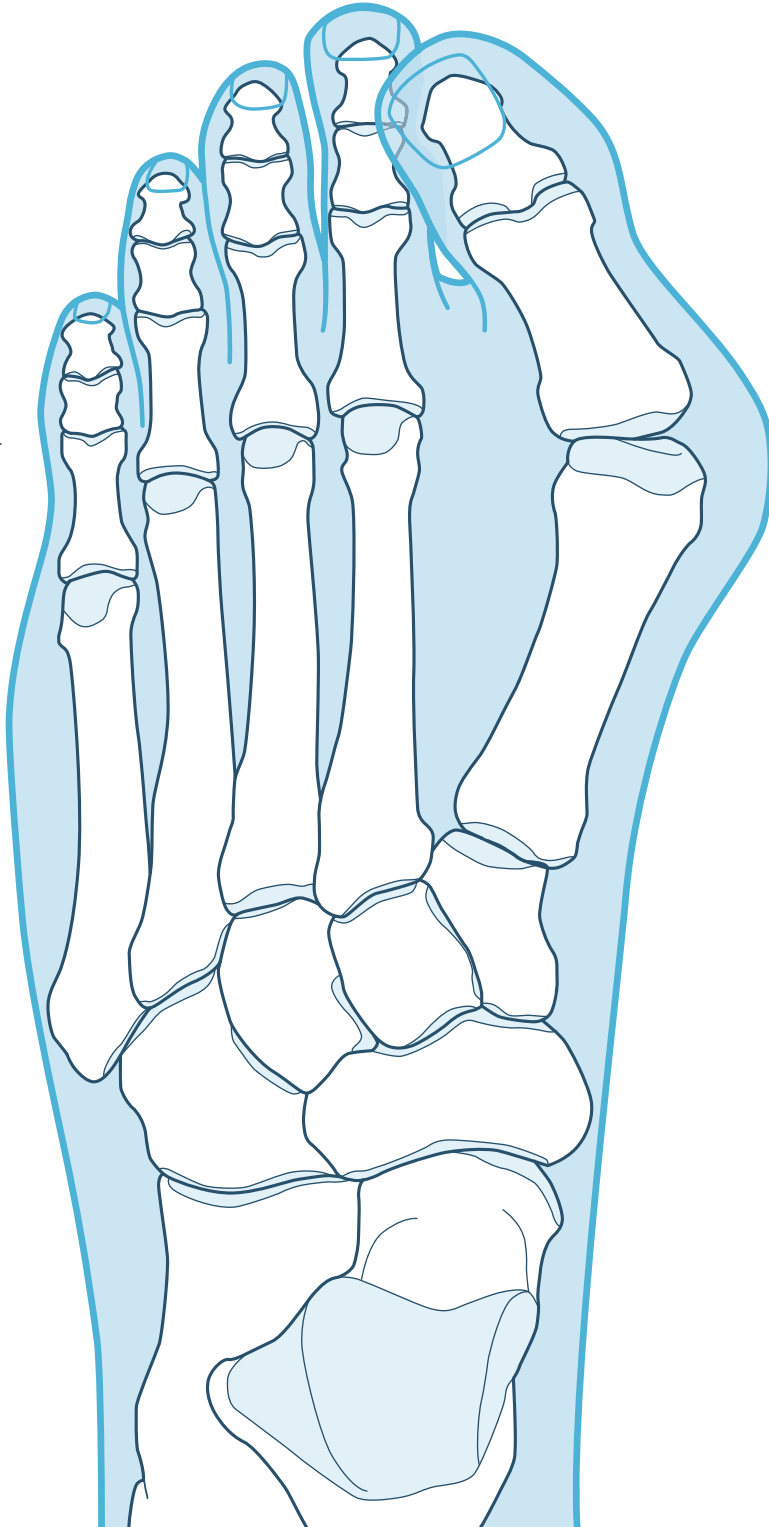
Der Spreizfuss und seine Folgen

Der Spreizfuss ist die am häufigsten vorkommende Fussfehlbildung. Er kann – muss aber nicht – zu Schmerzen führen und ist in jeder Ausprägung operativ behandelbar.





gesunder Fuss



Der Spreizfuss und seine Folgen

Ungefähr 20% der Bevölkerung in Europa sind von einem Spreizfuss mit Hallux valgus betroffen. Diese degenerative Deformation entsteht durch das Tragen von Schuhen seit Kindesalter.

Der Fuss hat beim Menschen, im Gegensatz zum Affen, die Fähigkeit zum Greifen verloren, weil der erste Mittelfussknochen beim Menschen über kräftige Bänder, Sehnen und Muskeln mit den anderen vier Mittelfussknochen annähernd parallel verbunden ist.

Durch das Tragen von Schuhen wird dem Fuss bereits von Kindheit an das natürliche Training der stabilisierenden Bänder und Muskeln vorenthalten, wodurch sich der erste Mittelfussknochen zunehmend abspreizt und seine wichtige biomechanische Abstützfunktion verliert. Dieser degenerative Prozess führt zur Verbreiterung des Vorfusses und zum Absenken des Quergewölbes (Spreizfuss). Auch das Längsgewölbe flacht ab (Senkfuss) und beim Tragen der Schuhe wird die Grosszehe nach aussen verdrängt, was dem Hallux valgus entspricht. An der breitesten Stelle bildet sich durch das ständige Reiben im Schuh eine oft entzündlich gerötete, schmerzhafte Verdickung, ein sogenanntes «Überbein» (Pseudoexostose).

Nicht selten führt die Verdrängungsproblematik im Schuh zur Abkipplung der zweiten bis fünften Zehe nach aussen in Kombination mit Hammerzehen- oder Krallenzehenbildung. Beim Spreizfuss führt der Kollaps im vorderen Quergewölbe zu erhöhten Druckbelastungen im zentralen Vorfussballen (Metatarsalgie), weshalb sich dort die typischen Hornhautverdickungen bilden.

Die Zivilisationskrankheit «Hallux valgus» kommt bei barfuss lebenden Völkern kaum vor. In Mitteleuropa leiden allerdings ca. 20% der Bevölkerung am Spreizfuss, wobei mehrheitlich Frauen betroffen sind.

Operationstechniken

Metatarsale
Überlastung

Distale Korrektur:

- Weil-Osteotomie
 - Rekonstruktion plantare Platte
 - DMMO
-

Proximale Korrektur:

- Elevations-Osteotomie
 - TMT-Arthrodese
-

Hammerzehen/
Krallenzehen

Weichteilkorrektur:

- Tenotomie
 - Sehnentransfer
 - Kapsel-Release
 - Hautplastik
-

Knochenkorrektur:

- Phalanx-Osteotomie
 - Hohmann-OP
 - Arthrodese
-

Schneiderballen

Metatarsale Korrektur:

- Keil-Osteotomie
 - Rotations-Osteotomie
 - Exostosen-Resektion
-

Digitale Korrektur:

- Phalanx-Osteotomie
- Ruiz-Mora-OP
- Arthrodese

Hallux valgus

Weichteilkorrektur:

- Lateral Release
 - Sehnentransfer
 - Kapselplastik
-

Distale Korrektur:

- L-Osteotomie
 - Akin-Osteotomie
 - MTP-Arthrodese
 - Exostosenresektion
-

Proximale Korrektur:

- Keilosteotomie
- Crescentic-/TRADE-Osteotomie
- TMT-Arthrodese

Mini-invasive/percutane Technik:

Seit 2015 wird diese moderne Operationstechnik bei uns standardisiert als Ergänzung zur klassischen Technik angeboten. Diese Technik verfolgt genau dieselben Ziele wie die konventionelle OP-Technik. Mini-invasiv bedeutet, dass die Schnitte für die operativen Zugänge kleiner als halb so gross sind wie bei der klassischen Technik. Häufig handelt es sich nur um kleinste lochförmige Zugänge von 1–3 Millimeter. Ob diese Technik bei Ihnen zur Anwendung kommt, wird Ihr Operateur gerne mit Ihnen besprechen.

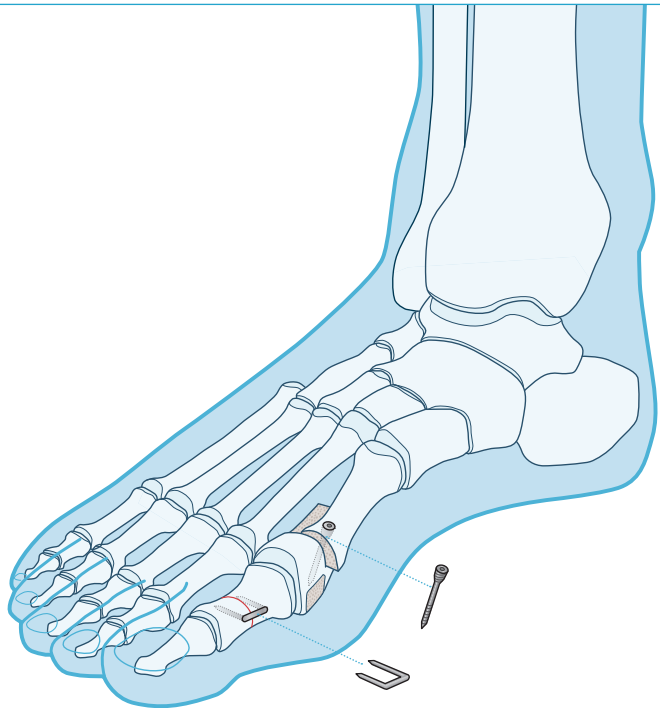
Änderung/Erweiterung des vorgeschlagenen Eingriffs:

Während einer Operation muss manchmal entschieden werden, einen geplanten Eingriff mit nicht vorhergesehenen Erweiterungen/ Zusatzeingriffen oder Modifikationen zu ergänzen. Dies erfolgt ausschliesslich zur Optimierung des Operationsergebnisses und somit stets im Interesse des Patienten.

Operationstechniken

Beispiel:

L-Osteotomie und
Exostosenresektion
und Akin-Osteotomie



Postoperative Nachbehandlung mit Verbänden

Der Verband soll bei Entlassung aus dem Spital strikte gemäss Angaben des Operateurs gehandhabt werden. Eine spezielle Wundpflege ist in der Regel nicht notwendig. Die meisten

Verbände können 2 Wochen belassen werden. Zum Duschen sollte ein wasserdichter Sack über den Fuss gezogen und entsprechend am Bein wasserdicht verschlossen werden.

Tape-Verbände

Der im OP-Saal angelegte Tape-Verband muss strikte für zwei Wochen belassen werden. Diese Verbände sind funktionell äusserst wichtig, da sie den operierten Knochen in der gewünschten Stellung halten. Das Entfernen resp. ein Wechseln des Tape-Verbandes darf nur der Operateur vornehmen, da ansonsten eine

erhebliche Knochenverschiebung erfolgen kann.

Nach zwei Wochen wird der Tape-Verband gewechselt und muss nochmals strikte für weitere zwei Wochen belassen werden.

Nach vier Wochen wird eine Röntgenkontrolle durchgeführt und dann der Tape-Verband endgültig entfernt.



Wichtig:

Entfernen Sie diesen Tape-Verband nie!

Postoperative Spezialschuhe/Orthese



Flacher Schuh:

Bei vielen Operationen am Fuss kann dieser sofort belastet werden, allerdings ohne Abrollen des Vorfusses. Deshalb wird ein flacher Schuh mit steifer Sohle für vier bis sechs Wochen getragen.



Absatz-Schuh/ Vorfussentlastungs-Schuh:

Nach einigen Operationen darf der Vorfuss nicht sofort wieder belastet werden. Dieser Schuh konzentriert die gesamte Gewichtsbelastung auf die Ferse und sorgt so für eine komplette Entlastung des Vorfusses. Dieser Schuh soll vier bis sechs Wochen getragen werden.



Orthese:

Nach der Zeit mit einem Verband wird für weitere zwei Monate eine Nachtschiene (Orthese) zum Schlafen getragen und tagsüber evtl. ein Zehenspreizer.

Nach der Zeit mit einem Spezialschuh wird für die folgenden zwei bis drei Wochen das Tragen eines Joggingsschuhes empfohlen.

Generelles postoperatives Verhalten

Die Regeneration kann zudem mit einigen allgemeinen Verhaltensmassnahmen aktiv unterstützt werden.

- Hochlagern: Tagsüber sollte der operierte Fuss 3- bis 4-mal während ca. 1/2 Stunde hochgelagert werden, mindestens auf Herzhöhe. Dies führt zur Abschwellung.
- Bewegung: 3- bis 4-mal sollten Sie in der Luft die Beine kreisen (Velofahren in der Luft), da dies die Zirkulation fördert.
- Kompressionsstrümpfe verbessern den venösen Rückstrom und schützen gegen Thrombose.
- Schützen Sie den Verband und halten Sie sich an die Anweisungen zur Belastung.
- Reduktion/Verzicht auf Nikotin verbessert die Durchblutung und die Knochenheilung.
- Langes Stehen und Sitzen sollten Sie vermeiden, damit die Schwellung nicht weiter zunimmt.
- Zur Verbesserung der Regeneration sollte genügend Vitamin C eingenommen werden.
- Verhalten Sie sich beim Gehen ruhig und konzentriert, damit Sie Unfälle vermeiden. Benutzen Sie die Krücken solange, bis Sie sicher und hinkfrei kleinere Strecken im Freien gehen können.

Bei unerwarteter Zunahme von Schmerzen, einer Schwellung oder Rötung melden Sie sich beim Operateur in der crossklinik.

Operationsrisiken/ Komplikationen

Fast alle Fussoperationen verlaufen ohne Komplikationen.

Dennoch ist es wichtig, Risikofaktoren zu kennen und durch entsprechende Massnahmen die Voraussetzung für ein gutes Gelingen zu optimieren.

Patienten mit folgenden Krankheiten/Veranlagungen/Gewohnheiten haben bei allen Fussoperationen ein erhöhtes Komplikationsrisiko: Arterielle oder venöse Durchblutungsstörungen, Raucher, Blutzuckerkrankheit, Übergewicht, Parkinson, geschwächte Immunabwehr, Osteoporose, Krebserkrankung, Blutgerinnungsstörung, Kortisonmedikation, Funktionsschwäche innerer Organe. Raucher gefährden durch ihr Verhalten erheblich die Heilung der operationsbedingten Weichteil- und Knochenverletzung.

Tiefe Beinvenen-Thrombose:

Der Verschluss einer oder mehrerer Beinvenen und selten die folgende Verstopfung der Lungenarterien (Lungenembolie) ist eine sehr ernstzunehmende Komplikation. Nach Bein-/Fuss-Eingriffen beträgt die Thrombose-Häufigkeit über 20%! Durch die medikamentöse Prophylaxe (z.B. niedermolekulares Heparin oder Rivaroxaban), die frühe Mobilisation und das Tragen von Kompressionsstrümpfen wird dieses Risiko sehr effektiv gesenkt.

Weichteilprobleme/ Wundheilungsstörung:

Schwellungen gehören in den ersten drei Monaten zur normalen Heilung. Das Ausmass ist sehr individuell, kann aber meistens gut durch regelmässiges Hochlagern, Tragen von Kompressionsstrümpfen, spezifische Gymnastik zur Zirkulationsförderung und Lymphdrainage behandelt werden. Der Wundverband sollte strikte gemäss Vorgaben des Chirurgen belassen werden. Schwellungen wie auch Blutansammlungen und Durchblutungsstörungen können die Wundheilung erheblich stören. Bei sehr selten auftretenden grösseren Wundheilungsstörungen ist ein operativer Revisionseingriff notwendig.

Wundinfektionen:

Die Wundinfektion bei Fussoperationen ist äusserst selten. Trotzdem schützen wir alle Patienten mit einem

Antibiotikum, das unmittelbar vor der Operation einmalig gegeben wird.

Knochenheilungsstörung:

Bei Osteotomien oder Arthrodesen (s. OP-Techniken) kann es zur Verzögerung der Knochenheilung kommen. Diese unterliegt vielen individuellen Faktoren. Deshalb muss gegebenenfalls die Entlastung/Schonung/Ruhigstellung verlängert werden. Bei ausbleibender Heilung nach 8–9 Monaten spricht man von einer Pseudarthrose. Häufig ist dann eine Reoperation mit Anlagerung von eigenem Knochengewebe (Transplantation) notwendig.

Nervenstörungen:

Beim Operieren können kleinere Nerven direkt oder indirekt verletzt oder gedrückt werden, sodass sie in ihrer Funktion ausfallen. Regionale Gefühlsstörungen aber auch unangenehme oder gar schmerzhafte Überempfindlichkeiten sind die Folge. Sollten unangenehme Funktionsstörungen der Nerven über ein Jahr andauern, so sind Revisionsoperationen in Erwägung zu ziehen.

Implantat-Lockerung/ -Unverträglichkeit:

Wegen der unterschiedlichen physikalischen Eigenschaft von Implantaten und Knochen kann es zu Lockerungen kommen, sodass eine Implantatentfernung ratsam ist. In gewissen Fällen zeigt sich aber auch eine Material-Unverträglichkeit

oder gar -Allergie, weshalb ebenfalls eine Implantatentfernung nach dem Ausheilen der Knochenoperation notwendig wird.

Bewegungseinschränkung:

Bei Gelenkeingriffen kann es zu inneren Vernarbungen kommen, die zu einer Einsteifung des Gelenkes führen. Auch nahe gelegene Sehnen und Muskeln können in einer Narbe verkleben. Meist hilft dann eine gezielte Mobilisation evtl. mit Hilfe einer Physiotherapie. Selten ist eine operative Mobilisation notwendig.

Reflex-Dystrophie/Morbus Sudeck:

Ganz selten entsteht nach einer Operation, aber auch nach einem Unfall, eine diffuse Stoffwechselstörung des gesamten Fusses und evtl. auch des Unterschenkels. Es bestehen Ruhe- und Belastungsschmerzen, Bewegungseinschränkungen, Weichteilschwellungen, auffälliges Hautkolorit und auch Mineralisationsveränderungen an den Knochen. Bei dieser Erkrankung handelt es sich um ein reaktives schicksalhafteres Phänomen ohne bekannte Ursache. Die Behandlung geschieht symptombezogen und ist oft langwierig, bis ein akzeptabler Zustand erreicht wird.

Terminvereinbarung / Kostenübernahme

Gerne können Sie direkt mit unserer Anmeldung einen Termin vereinbaren oder sich von Ihrem Hausarzt überweisen lassen.

Grundsätzlich werden die Untersuchung, Beratung und Diagnostik sowie die meisten Therapien von Ihrer Grund- oder Unfallversicherung übernommen.

Bestimmte Leistungen sind nur durch eine Zusatzversicherung gedeckt oder werden als Privatleistung angeboten. Hierüber werden wir Sie im Voraus informieren.

Kontakt/Standort

crossklinik, Swiss Olympic Medical Center
Bundesstrasse 1, CH-4054 Basel
T +41 61 285 10 10, info@crossklinik.ch
Mo-Do 8-18 Uhr, Fr 8-17 Uhr

Genauere Informationen zu Anfahrt mit ÖV sowie Privatfahrzeugen finden Sie auf unserer Website: www.crossklinik.ch

