

Marco Ruffer

Die Osteotomie nach Kramer in minimalinvasiv modifizierter Technik zur Korrektur des Hallux valgus

Geboren am 20.03.1968 in Wiesbaden

Reifeprüfung am 26.05.1987 in Wiesbaden

Studiengang der Fachrichtung Medizin vom SS 1990 bis SS 1997

Physikum am 21.09.1992 an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Klinisches Studium an der Universitätsklinik in Mainz

Praktisches Jahr im Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz (Lehrkrankenhaus der Johannes Gutenberg-Universität Mainz) und im Tygerberg Hospital (Tygerberg, University of Stellenbosch, Republic of South Africa)

Staatsexamen am 24.04.1997 an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Promotionsfach: Orthopädie

Doktorvater: Herr Prof. Dr. med. J. Pfeil

Der Begriff Hallux valgus bezeichnet die Beziehung der Großzehe zum Großzehengrundgelenk und ist wahrscheinlich die verbreitetste und bedeutsamste Deformität der unteren Extremität. Es handelt sich um eine dreidimensionale Fehlstellung, die mit zahlreichen funktionellen Störungen und anatomischen Veränderungen einher geht, sie tritt familiär gehäuft auf und wird durch nach vorne spitz zulaufende Schuhe begünstigt und verstärkt. Frauen sind bis zu 10 mal häufiger betroffen als Männer.

Die Hauptbeschwerden bestehen in der Regel beim Gehen in geschlossenen Schuhen über der medialen Pseudexostose. Klinisch imponiert ein schmerzhafter Ballen, dem meistens schon eine deutliche Valgusabweichung der Großzehe voraus geht. Radiologisch wird der Hallux valgus durch verschiedene Winkel, gemessen an der dorsoplantaren Belastungsaufnahme des Fußes, qualifiziert. Neben der Suche nach arthrotischen Veränderungen sind der Metatarsophalangealwinkel der bei gesunden Füßen bis 20° beträgt und der Intermetatarsalwinkel dessen Normbereich in der Literatur bis 8° angegeben wird, hervorzuheben. In der klinischen Untersuchung ist im Hinblick auf mögliche Therapieverfahren die Beweglichkeit der Großzehe besonders wichtig.

Konservative Behandlungsmaßnahmen sind bei bestehender Deformität kaum geeignet die Fehlstellung der Großzehe entscheidend zu korrigieren. Sie können jedoch Beschwerden durch Begleiterscheinungen lindern und beim Jugendlichen eine Progredienz der Fehlstellung verhindern. Um die Deformität entscheidend zu beeinflussen sind operative Maßnahmen unumgänglich. Auf Grund der möglichen Komplikationen sollte nur in seltenen Fällen aus rein kosmetischen Gründen operiert werden.

In nur 100 Jahren wurden mehr als 150 Operationsmethoden und ihre Variationen zur Behandlung der Fehlstellung entwickelt, welche in Bezug auf die Gelenkfunktion und die anatomische Lokalisation der Korrektur in Gruppen unterteilt werden. Letztendlich ist kein Verfahren in der Lage alle unterschiedlichen Formen des Hallux valgus zu behandeln. Deswegen sollte die Operationstechnik nach Lokalisation und Art der Deformität ausgerichtet werden.

Bei der hier vorgestellten Untersuchung wurden Behandlungsergebnisse des Hallux valgus durch die minimalinvasiv modifizierte Methode nach Kramer demonstriert. In der Zeit von 1996 bis 2000 wurden in der Orthopädischen Klinik Wiesbaden über 80 Patienten nach dieser Methode operiert. Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung wurde in 92% der Fälle eine Besserung der Beschwerden angegeben. Das kosmetische Ergebnis wurde von 88% der Fälle als sehr gut bis genügend beurteilt. 86% der Patienten waren mit dem

Behandlungsergebnis insgesamt zufrieden. In der klinischen Nachuntersuchung betrug die durchschnittliche Dorsalextension $39,3^\circ$. Es zeigten sich durchgehend reizlose Wundverhältnisse mit einer mittleren Narbenlänge von 2,4 cm. Die röntgenmorphologischen Messungen ergaben eine durchschnittliche Korrektur des Metatarsophalangealwinkels von 32° nach $13,4^\circ$ und eine durchschnittliche Korrektur des Intermetatarsalwinkels von $12,4^\circ$ nach $3,8^\circ$. Der distale Gelenkflächenwinkel konnte durchschnittlich von $23,4^\circ$ nach $13,4^\circ$ korrigiert werden. Die Sesambeine wurden rezentriert.

Die hier beschriebene Behandlungsmethode des Hallux valgus ist ein weichteilschonender, gut kontrollierbarer Eingriff, der auch bei großen Fehlstellungen die Wiederherstellung des ersten Strahles gewährleistet. Eine Optimierung der Osteosynthesetechnik ist notwendig, um die Zufriedenheit der Patienten zu verbessern und Komplikationen in der Nachbehandlung zu minimieren.