

Moderne Fußch

Bloßer Trend oder Paradigmenw



Chirurgie

Wandel?

Ein Beitrag von
Dr. med. Alexander Sikorski,
Marienhospital Aachen

Gelenkerhalt in der Hallux-Valgus-Chirurgie ist nichts Neues

Die Fußchirurgie ist in den vergangenen Jahren zunehmend in den Blickpunkt von Chirurgen und operierenden Orthopäden gerückt. Diese unterlassen beinahe nichts, sich mit ihrer Kenntnis auf diesem Gebiet der Öffentlichkeit mitzuteilen, was eine Flut von Patienten mit sich bringt. Die rasch gestiegene Zahl fuß-

chirurgischer Eingriffe hat die Industrie in kurzer Zeit eine große Zahl von Instrumenten und Implantaten produzieren lassen, deren Validität zum Teil noch gar nicht beurteilt werden kann. Kurzum: Der Fuß ist "in", Fußkrankungen sind ein Markt geworden. Diese Entwicklung lädt zur kritischen Würdigung ein.

Mit den Begriffen "zeitgemäß" oder "modern" schmückt sich in erster Linie die Chirurgie der Zehen-Fehlstellungen. Hier assoziieren Operateur wie aufgeklärter Patient sofort "Gelenkerhalt".

Dass Gelenkerhalt jedoch in der Hallux-Valgus-Chirurgie nichts Neues oder gar Modernes ist, wird spätestens dann klar, wenn man erfährt, dass Reverdin, heute meist englisch ausgesprochen, seine subkapitale Osteotomie schon 1883 in der Schweiz inauguriert hat. 1918 hat Ludloff die nach ihm benannte Schaft-Osteotomie beschrieben, und 1934 Paul Lapidus seine Idee einer tarso-metatarsalen Arthrodesese.

Entsprechend ist mit "modern" zunächst nur die Abkehr von Operationsverfahren gemeint, die bedingungslos das Großzehengrundgelenk zerstören. Ein weiterer "moderner" Aspekt der Fußchirurgie ist das in den letzten 10 Jahren entwickelte OP-Instrumentarium. In Anlehnung an die Entwicklung in der Handchirurgie wurden insbesondere bei den maschinengetriebenen Instrumenten adäquate Größen entwickelt, so dass für die oft filigranen Sägeschnitte am Fußskelett

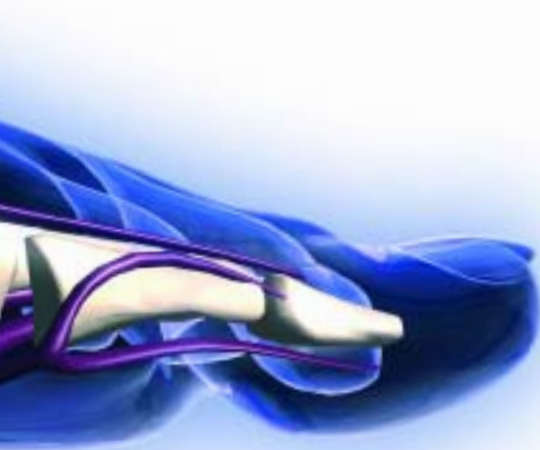
nicht mehr die Maschinen aus dem TEP- oder AO-Instrumentarium entliehen werden mussten.

Operateure in USA, federführend hier die Podiatrists, entwickelten fußspezifische OP-Instrumente und brachten die alten europäischen Operationstechniken mit weiterentwickelten Konzepten zurück. Somit ist es dem Fußchirurgen nunmehr möglich, mit einem "modernen" Instrumentarium diese "renovierten" Operationsverfahren innerhalb ihres großen Spektrums anzuwenden.

Was also ist dann "zeitgemäß" an unserer Fußchirurgie?

Es sind neue oder erweiterte Überlegungen zu der Frage, welche morphologischen Strukturen der Fußpathologie zugrunde liegen und wie sie am sinnvollsten korrigiert werden können. Der Weg zur Therapie befindet sich in einem Entwicklungsprozess, die Therapie basiert auf Überlegungen, die diesem Prozess entspringen. Einige solcher unstrittigen "zeitgemäßen" Erkenntnisse seien an dieser Stelle genannt:

- Vor- und Rückfuß stellen eine funktionelle Einheit dar, gegenseitige



Unwissenschaftlicher Meinungskrieg

Kompensation ist ebenso natürlich wie auch pathologisch.

- Der 1. Strahl des Mittelfußes ist der am stärksten belastete. Die meisten Krankheitsbilder im Vorfußbereich beruhen auf einem Abweichen von dieser Norm.
- Chirurgische Maßnahmen sollten diesem Aspekt Rech-

rungen ergeben, kann – wenn überhaupt – nur aufgrund dieser Gemeinsamkeiten von einem Paradigmenwechsel in der Fußchirurgie die Rede sein.

Das objektive Kriterium schlechthin ist die Anatomie. Konstanten und Normvarianten sind schon im vergangenen Jahrhundert beschrieben und mit einer fast einheitlichen Nomenklatur versehen worden. Diese werden durch die modernen bildgebenden Verfahren wie CT und NMR verdeutlicht und in Erinnerung gerufen.

andere gibt es sie nicht, weil sie nicht messbar ist.

Oder die Plantarisierung: Im deutschen Sprachraum ist man sich zunehmend einig, dass bei gelenkerhaltender HV-Chirurgie neben der Korrektur des Intermetatarsalwinkels der erste Strahl wieder in die Belastungsebene gebracht werden sollte. Strittig ist, wie viel plan-



Abb. 1: Dreidimensionale Korrektur mit einer subkapitalen Austin-Osteotomie

nung tragen, um Erfolg zu haben.

- Das Längsgewölbe ist in seiner Form zu erhalten. Hier ist die Einlagenversorgung an erster Stelle zu nennen. Allerdings muss die Einlage so gedacht sein wie die Brille für das sehgeschwache Auge. "Zeitgemäß" ist hier der Einsatz von Materialien mit unterschiedlichen Shore-Härten, um eine adäquate Unterstützung für diese anatomische Struktur zu schaffen.

Auch wenn diese Prämissen lediglich einen kleinen gemeinsamen Nenner unter Fußchi-



Abb. 2: Waterman-Green-Osteotomie bei Hallux limitus

Gleichzeitig kann die Pathologie in einzigartiger Weise dargestellt werden. Die Biomechanik der Gelenke im Gang und im Stand wurden in den vergangenen Jahren besser erfasst, wobei das objektive Erfassen im Sinne eines Maßes nicht immer möglich war, und deshalb nicht vergleichbare, zum Teil subjektive Untersuchungen zum unwissenschaftlichen Meinungskrieg führen mussten.

Hier denke man an den Begriff der Hypermobilität des 1. Strahls: Für die einen ist sie existent und klinisch wie radiologisch nachweisbar, für

tarisiert werden soll, weil eine Maßangabe nicht möglich ist. Anders verhält es sich mit der Druckverteilung an der Fußsohle: Sie ist in allen Phasen des Gangzyklus genau zu erfassen. Dennoch hat die Pedobarographie in der Palette der diagnostischen Hilfsmittel einen nachgeordneten Stellenwert. Somit bleiben die Erkrankungen des Fußes eine ärztliche Aufgabe in dem guten Gleichgewicht zwischen wissender subjektiver Erfassung und objektiver Darstellung.

Bildgebende Verfahren: frühzeitiger Einsatz verhindert Dauerschäden

Weiterhin wird als "zeitgemäß" zu fordern sein:

Der Untersucher muss den entkleideten Fuß im Kontext mit der entkleideten Extremität im Gang und im Stand von allen Seiten betrachten. Er muss den entkleideten Fuß in die Hand nehmen und auch die Fußsohle betrachten, ein wahrhafter Schlüssel in der Diagnostik. In

bindegewebige Koalitionen zu erfassen. In der Traumatologie sind diese Techniken frühzeitig anzuwenden, da viele Verrenkungen der Rückfußgelenke zu erheblichen Dauerschäden führen, wenn sie nicht rechtzeitig therapiert werden. Stellvertretend sei hier die Luxation des Lisfranc-Gelenkes genannt, bedauerlicherweise eine häufig

Gelenkerhalt auch nicht das Credo der zeitgemäßen Fußchirurgie sein will. Einzig und allein die Indikation darf den Operateur bei der Wahl der geeigneten OP-Methode leiten, die er aus einer Vielzahl existierender Techniken auswählen muss. Voraussetzung ist allerdings, dass ihm die Vielfalt der möglichen Operationen am Fuß bekannt ist. Dann kann von einem wahrhaften Paradigmenwechsel in der deutschen Fußchirurgie gesprochen werden.

Das große Ideal der Fußchirurgen soll es bleiben, in fußchirurgischen Zentren die Synergien des operativen Fachgebiets mit internistischem, podologischem und orthopädisch-handwerklichem Wissen zu nutzen und somit einem kranken Fuß die oft nötige kompetente "Rundum"-Versorgung anzubieten. ■



Abb. 3: Valenti-V-Osteotomie bei Hallux rigidus mit Erhalt der kurzen Beugesehne

Kenntnis der Anatomie sollte die Untersuchung subtil erfolgen, wobei Vor- und Rückfuß als funktionelle Einheit zu betrachten sind. Röntgenaufnahmen im Stand unter Belastung in zwei oder drei Richtungen sind heute medizinischer Standard und vor operativen Eingriffen als unverzichtbar gefordert. Erst dann können weitere bildgebende Verfahren herangezogen werden, mit deren Hilfe der Untersucher gezielte Fragestellungen an den Radiologen weitergeben kann. Vor Eingriffen am Rückfuß sind CT- und/oder NMR-Untersuchungen als Standard zu fordern, um knöcherne oder

übersehene Verletzung, die auch bei sonst optimaler traumatologischer Versorgung von Mehrfachverletzten erhebliche Beschwerden verursacht und Gegenstand strittiger Beantwortungsfragen bleibt.

Aus all dem geht hervor, dass Fußchirurgie dann zeitgemäß ist, wenn ein Gedankenkonzept existiert, dass die Pathologie im Kontext mit der Anatomie und Biomechanik hinreichend erklärt. Erst dann kann die Operation erfolgreich sein. Sicher ist, dass eine Gelenkresektion für jedwede Pathologie als Generallösung nicht mehr zulässig ist, so wie genereller



Foto: Alexander Sikorski

Zur Person:

Dr. Alexander Sikorski ist Chirurg und Unfallchirurg am Aachener Marienhospital und leitet seit zwei Jahren das Aachener Zentrum für Fußchirurgie. Als leitender Oberarzt der Unfallchirurgischen Klinik hat er sich in den letzten Jahren intensiv mit neuen Wegen in der Fußchirurgie beschäftigt. Eine enge Kooperation besteht mit Fußchirurgen in den USA. Jährliche gemeinsame Arbeitsphasen in Deutschland und USA gewährleisten einen aktuellen Wissenstransfer.

Dr. Sikorski gehört dem Vorstand der Gesellschaft für Fußchirurgie (GFFC) an. Im Rahmen der wissenschaftlichen Symposien und Operationskurse dieser Gesellschaft wirkt er als Referent und Instruktor im In- und Ausland. Der Aachener und Bochumer Workshop für Fußchirurgie findet in diesem Jahr zum 8. Mal statt.

E-Mail: fusschirurgie@marienhospital.de

www.marienhospital.de