



Information der
Deutschen Assoziation
für Fuß und Sprunggelenk e.V.

Sektion der DGOOC

German Orthopaedic Foot
and Ankle Society

Internet Adressen:
<http://www.daf-online.de>
<http://www.fuss-chirurgie.de>

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Manfred Thomas
Hessingpark-Clinic
Hessingstraße 17
86199 Augsburg
Telefon 0821/9099000
Fax 0821/9099001
E-mail manfred.thomas@hessingpark-clinic.de

D.A.F.-Vorstand:

Präsidentin:
Priv.-Doz. Dr. med. R. Fuhrmann,
Eisenberg

1. Vizepräsident:
Dr. med. M. Thomas, Augsburg

2. Vizepräsident:
Prof. Dr. med. M. Richter,
Coburg

3. Vizepräsident:
Priv.-Doz. Dr. med. S. Rammelt,
Dresden

Schriftführer:
Prof. Dr. med. J. Hamel,
München

Schatzmeister:
Dr. med. J. Dohle, Wuppertal

Expertengespräch „Fuß“ der D.A.F. anlässlich des Süddeutschen Orthopäden-Kongresses am 30.4.2010 in Baden-Baden Operative Therapie der kindlichen Planovalgusdeformität

Das in diesem Jahr 2,5-stündige, 14. Expertengespräch in Baden-Baden unter der Leitung von PROF. STEINHÄUSER und PROF. HAMEL war der kindlichen Planovalgus-Deformität ohne sonstige Pathologie gewidmet, ein Thema, daß aktuell sehr intensiv diskutiert wird und auch Schwerpunkt des letzten Themenheftes von „Fuß & Sprunggelenk“ war. – Ausführlich wurde es innerhalb der D.A.F. z.B. auch auf der Jahrestagung der damals noch „DEGOF“ benannten Fußgesellschaft in Gütersloh 1996 diskutiert und man kann die teilweise deutlich-veränderte Sichtweise seitdem erkennen.

PROF. STEINHÄUSER übernahm die Einführung. Im Klein- und frühen Schulkindalter ist die Knicksenkfüßigkeit ein physiologischer Entwicklungszustand, der keiner passiven Behandlungsmaßnahmen (Einlagen) bedarf. Das plantare Fettpolster des Säuglings und Kleinkindes, die Valgität der Knöchelachse, die sukzessive Ausrichtung der Beinachse sind mit diesem Entwicklungsvorgang assoziierte Phänomene. In einem kurzen Überblick grenzte Steinhäuser die rigiden oder kontrakten Planovalgus-Deformitäten (z.B. Coalitiones, Talus verticalis) hiervon ab. Die Grenze zur Behandlungsbedürftigkeit der flexiblen Formen ist schwer definierbar, als operative Optionen wurden die weichteiligen Verfahren nach Niederecker und Schede im Verbund mit bedarfsweise auch einer Achillessehnen-Verlängerung genannt. – Prof. Steinhäuser ergänzte seine Ausführungen mit Reminiszenzen an Persönlichkeiten wie Imhäuser, Erne Maier und Kummer, gab aber als begeisterter Fußballfreund auch praktische Tips von sportmedizinischer Relevanz (Plattfüßler spielen mit dem Innenrist, Hohlfüßler pflegen mit ihrem Außenrist einen besonders eleganten Umgang mit dem Ball).

In der Diskussion berichteten Prof. Steinhäuser und auch PD Dr. Mellerowicz aus Berlin über durchaus gute Ergebnisse mit rein weichteiligen Korrekturen im Bereich des Talonavicular-Gelenkes mit Kapselplastik, (Teil-) Transfer von Tibialis-anterior und/oder -posterior-Sehne bei Kindern im Alter von etwa 4 bis 6 Jahren. Auch auf dem DEGOF-Kongress 1996 (s.o.) gab es mehrere Erfahrungsberichte zu derartigen Prozeduren, die sich allerdings in der neueren auch internationalen Literatur nicht mehr repräsentiert finden. Eine abschließende Bewertung dieser Art Eingriffe als alleinige operative Maßnahme scheint damit mangels publizierter Ergebnisse nicht möglich. Eine längere postoperative Ruhigstellung zur ausreichenden Stabilisierung der Narbenbildung und bedarfsweise Verlängerung der Wadenmuskulatur wird in jedem Fall von den Befürwortern empfohlen.

Der geplante Beitrag von Frau Dr. Schraml mußte leider entfallen, eine Publikation zum Thema (Calcaneus-Verschiebe-Osteotomie) findet sich aber in Heft 1/2010 von „Fuß & Sprunggelenk“. – HERR DR. VON LIEBE aus München stellte die Calcaneus-Verlängerungs-Osteotomie mit Verwendung eines tricorticalen Beckenkammspanes (ca. 10 mm) im Jugendlichen-Alter vor, die er simultan beidseits und in Verbindung mit einer Rückverlagerung der Tibialis-anterior-Sehne ausführte. Er berichtete über 14 Patienten (28 Füße) im Alter von 12,6 Jahren im Mittel mit einem Beobachtungszeitraum von 14 Monaten. Die Indikation wurde nur bei schwerer, aber flexibler Deformität nach konservativer Vorbehandlung und mit Beschwerden gestellt. Der Hindfoot-Score konnte von 68 Punkten präoperativ auf 90 Punkte postoperativ verbessert werden mit Reduktion der Schmerzen in allen Fällen. Radiologisch konnte der Talocalcaneal-Winkel ap von 32° auf 20° verbessert werden, im seitlichen Strahlengang von 35° auf 20°. Es kam zu einer deutlichen Aufrichtung des Calcaneus-Bodenwinkels von 10° auf 30° und der TMT-Winkel wurde von 12° auf 5° reduziert. Komplikationen: Keine Pseudarthrose oder Spandislokation, geringer Korrekturverlust mit Restvalgus in 2 Fällen und Überkorrekturen in 2 Fällen. Calcaneocuboid-Dislokationen in 3 Fällen. In 7 Fällen zeigte sich die Dorsalextension postoperativ eingeschränkt, ein Grund für die jetzt großzügigere Indikationsstellung zur Achillessehnen-Verlängerung.

In der sehr regen Diskussion zeigte sich, daß die meisten operativ tätigen Kollegen eine Beschwerdehaftigkeit des Kindes als Voraussetzung für die Indikation zum operativen Vorgehen sehen und von einem Eingriff vor dem Alter von ca. 9 bis 10 Jahren eher abraten. Dr. Kuhn (Emstek) relativierte allerdings die Verlässlichkeit der immer wieder diskutierten Beschwerdehaftigkeit im Kindesalter etwas mit der Bemerkung, daß Kinder häufig auch z.B. zu kleinem Schuhwerk ohne aktive Schmerzäußerung akzeptieren. Dr. Sachse (Eisenberg) berichtete zur Erheiterung der Anwesenden von Kindern, die auf Befragen angeben, daß ein längerer Spaziergang mit den Eltern ihnen keinerlei Fußschmerzen bereite; die Mutter dann ähnlich befragt schildere dann allerdings, wie sie das Kind nach einer gewissen Gehstrecke – offenbar wegen Schmerzen – tragen müsse. –

Zur Technik der Calcaneusverlängerung wird eine Fixation des Calcaneocuboid-Gelenkes gegen die sonst mögliche Dislokation empfohlen. Alternativ zum Beckenkamm-Transplantat kann auch ein

Fibula-Span genommen werden. Prof. Hamel empfiehlt aufgrund eigener Erfahrungen, lieber etwas weniger ausgeprägt zu verlängern und stattdessen eine Calcaneus-Verschiebung zur Korrektur des Rückfuß-Valgus noch hinzuzufügen.

FRAU DR. ABBARA aus Leverkusen trug ihre Beobachtungen und Ergebnisse bei 60 Prozeduren (33 Kinder) von insgesamt 86 Calcaneostop-Arthrorisen während der letzten 7 Jahre in der Technik von de Pellegrin vor. Hierbei wird der untere Sprunggelenkskomplex in Richtung der Eversion gesperrt bei weiterhin frei möglicher Inversion, dies ein gewisser Unterschied zu den Sinus-tarsi-Schrauben. Nach einem Überblick über die Historie der Arthrorisen und ihren (vermuteten) mechanischen, propriozeptiven und wachstumslenkenden Wirkungsmechanismen beschrieb Frau Abbara Indikationsfragen (Tendenz zu späterer Operation) und das – von ihr in der Regel simultan-beidseitig durchgeführte – operative Vorgehen selbst. Sie läßt primär ohne Ruhigstellung voll belasten und führt nur sehr selten eine Wadenmuskelverlängerung zusätzlich mit durch. An Komplikationen wurden jeweils einige Fälle ohne relevante klinische Stellungsverbesserung, Patienten mit Palpationsschmerz über der Schraube oder Schmerz bei stärkerer Belastung und auch Peroneal-Spasmen angegeben bei ansonsten insgesamt guten Ergebnissen mit radiologisch verifiziertem gutem Korrektur-Effekt. In der Diskussion – es waren etwa fünf weitere Anwender dieses Verfahrens anwesend – wurde besonders über die Schrauben-Positionierung gesprochen. Es wurden auch Einzelbeobachtungen von Lyse-Säumen um das Schrauben-Lager berichtet.

Zu den Dübel-Arthrorisen sprach zunächst HERR DR. KUHN aus Emstek. Er stellte die unterschiedlichen Sinus-tarsi-Dübel und ihren Wirkmechanismus vor und beschrieb das – in seinen Augen im Vergleich zum Calcaneostop-Verfahren technisch einfachere – operative Vorgehen mit dem von ihm bevorzugten Kalix-Implantat (s. Fuß & Sprunggelenk, Heft 1, 2010). In der Nachbehandlung wird 3 Wochen im Gipsverband ruhiggestellt. Unter die Kontra-Indikationen rechnete er z.B. auch Fälle mit ausgeprägter Vorfuß-Abduktion und Patienten mit insuffizientem M. tibialis posterior. Die vorgelegten Ergebnisse bezogen sich auf 22 korrigierte Füße bei 11 Kindern seit 2006 mit in der Regel guter Korrektur und Einzelfällen von Implantat-Dislokation. – Im Auditorium waren ebenfalls etwa 5 weitere Kollegen mit eigener Erfahrung mit Sinus-tarsi-Dübeln. Ein Kollege berichtete über Fälle mit erheblicher Bewegungseinschränkung

auch der Inversion und Frau Abbara gab zu bedenken, daß in ihrer Abteilung nicht selten Döbel-Entfernungen wegen Schmerzen erforderlich wurden.

HERR DR. SACHSE aus Jena-Eisenberg verwendet das MBA-Implantat, das mit Probeimplantaten über einen temporär vom Sinus tarsi aus nach medial ausgeleiteten Führungsstab in seiner Größe bestimmt und dann als Titan-Implantat eingebracht wird. Die Größenwahl des Implantates wurde dabei als kritisch angesehen. Auch in Eisenberg wird mit Gips (4 Wochen) nachbehandelt. Seit 2002 wurden bei 44 Kindern (mittleres Alter 11,3 Jahre) insgesamt 67 Implantate eingesetzt. Viele der Kinder hatten einige Wochen nach Gipsabnahme noch Beschwerden und Einschränkungen ihrer propriozeptiven Fähigkeiten. Z.T. wurde eine Einschränkung der Dorsalextension beobachtet. Ganganalytische Untersuchungen (Vicon) zeigten nach Mitteilungen von Herrn Sachse eine Annäherung der gemessenen Bodenreaktionskräfte und auch der Kinetik des Oberen Sprunggelenkes an die Normalkurven, sehr interessante, aber noch nicht vollständig einzuordnende, in dieser Form noch nicht beschriebene Beobachtungen, denen weiter nachzugehen wäre. Die Pedobarographie zeigte sich dagegen – wie auch von Prof. Hamel berichtet – nicht als geeignet zur Erfassung der flexiblen kindlichen Planovalgus-Deformität und des Behandlungserfolges. Interessant auch die Mitteilung einzelner Anwendungen des MBA-Implantates additiv zur Resektion bei talocalcaneärer Coalitio.

Zuletzt trug PROF. HAMEL einige zusammenfassende Gedanken zur Differential-Indikation operativer Planovalgus-Korrekturen bei. Ohne quantitative Erfassung der Deformität in der Röntgenaufnahme unter Belastung des Fußes – z.B. mit dem TMT-

Index – ist keine Verlaufskontrolle und kein Verfahrensvergleich möglich. Im Vergleich von Calcaneostop-Arthrorise und Calcaneus-Verlängerungs-Osteotomie erwies sich letztere als etwas wirksamer im Korrektur-Potential, dies insbesondere in der Transversalebene (s. Heft 1/2010 von „Fuß & Sprunggelenk“). Eine Gastrocnemius-Verlängerung nach Baumann wurde in den meisten Fällen hinzugefügt und führte im Zusammenhang mit der Arthrorise nur zu einer geringen, im Zusammenhang mit der Calcaneusverlängerung dagegen zu einer deutlichen Erhöhung des Calcaneus-Boden-Winkels, wofür es bisher keine echte Erklärung gibt. In die differentialtherapeutischen Überlegungen bezieht Hamel seit einigen Jahren vermehrt auch die Calcaneus-Verschiebe-Osteotomie mit ein, entweder im Zusammenhang mit einer simultanen Calcaneusverlängerung (diese dann etwas weniger ausgeprägt) oder auch als singulärer Eingriff bei einer Patientengruppe mit deutlichem Rückfußvalgus ohne die Zeichen einer Hypermobilität des talocalcaneo-navicularen Komplexes (also ohne deutlich pathologischen TMT-Index). Auf die spezifischen Komplikationen der operativen Verfahren ging Hamel gesondert ein: z.B. Peronealspasmus, unvollständige Korrektur, pedobarographisch nachweisbare Überlastung des lateralen Fußrandes bei der (übermäßigen) Calcaneus-Verlängerung.

Mit der Ankündigung des Themas für das Expertengespräch 2011 „Knöcherner Bereich“ und der Einladung zur aktiven Mitwirkung dabei wurde dieses sehr ergiebige Expertengespräch beendet.

Prof. Dr. med. Johannes Hamel