



HALLUX RIGIDUS

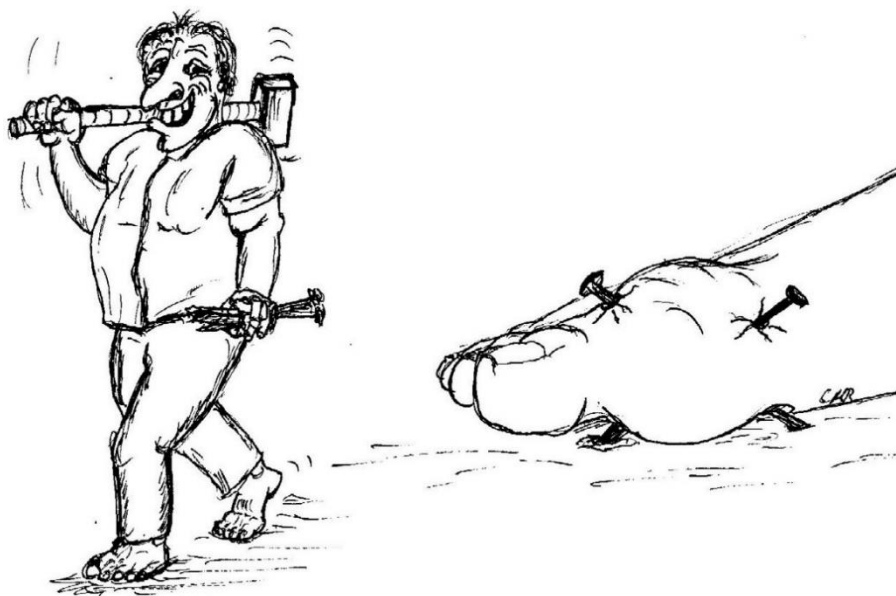
ARTHROSE UND STEIFIGKEIT DES GROSSZEHENGGRUND- GELENKES



DEFINITION/ENTSTEHUNG

Häufiger Grund einer schmerzhaften Einschränkung der Bewegung im Grosszehengrundgelenk ist die Entwicklung einer Arthrose, ein sogenannter Hallux rigidus. Dabei handelt es sich um eine degenerative Veränderung des Gelenkes mit Abnutzung des Knorpels und der Entstehung von knöchernen Anbauten (Osteophyten) am Rande der Gelenkflächen (Abb. 1 links).

Diese Veränderungen führen zu schmerzhaften Entzündungen im Gelenk. Die knöchernen Anbauten sowie die zu stark gespannte Gelenkshapsel verringern die Beweglichkeit. So kommt es mit dem Fortschreiten der Arthrose zu einer zunehmenden Versteifung des Gelenkes.

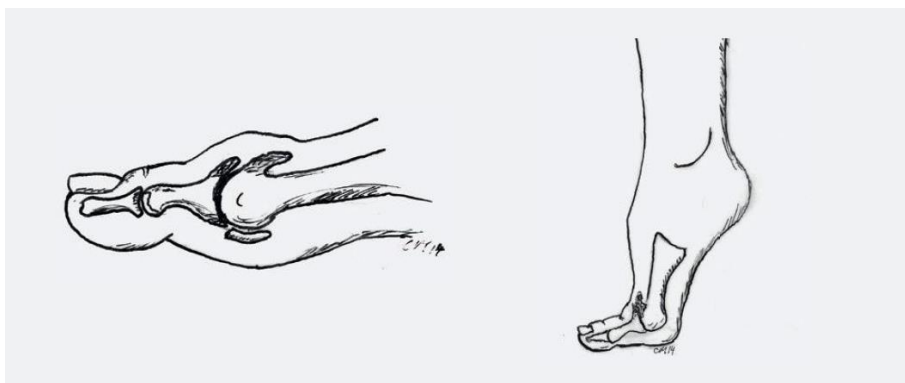




SYMPTOME

Die meisten Patienten klagen über Schmerzen in der Region des Grosszehengrundgelenkes. Typischerweise sind dies Anlaufschmerzen und Schmerzen die sich bei/nach Belastung verstärken. Gelegentlich können auch Ruheschmerzen auftreten. Die Bewegungseinschränkung ist für die meisten Patienten nicht spürbar, da sie sich langsam entwickelt. Forciertes Bewegen der Grosszehe löst hingegen Schmerzen aus, weil Knochen auf Knochen reibt und die entzündete Kapsel überdehnt wird. Im Endstadium wird das Gelenk vollständig steif, dann verschwinden die Schmerzen. Dies kann jedoch Jahrzehnte dauern.

- 1 Knöcherner Anbau oben am Grosszehengrundgelenk (links) und Einschränkung der Beweglichkeit (rechts)



1

UNTERSUCHUNG

Bei der Untersuchung findet sich oft ein geschwollenes Gelenk mit spürbaren Verdickungen des Knochens. Manchmal bestehen Rötungen. Die Bewegung ist schmerzhaft eingeschränkt in allen Richtungen. Das normale Abrollen des Fusses beim Barfussgehen ist oft nicht mehr möglich.

Auf den Röntgenaufnahmen sieht man das Ausmass der Arthrose (Gelenkspaltverschmälerung) und der knöchernen Anbauten (Abb. 2).



2 Röntgenbild mit Osteophytenbildung



2

BEHANDLUNG

A) NICHT OPERATIV

Konservative Behandlungen können je nach Ausmass der Beschwerden versucht werden. Im Vordergrund steht dabei die Mobilisation der Zehe durch Selbstmanipulation und/oder physiotherapeutische Unterstützung (Distraktionsbehandlung). Gelegentlich kann auch eine Infiltration des Gelenkes mit Cortison-Präparaten in Betracht gezogen werden, jedoch ist die Wirkdauer ungewiss. Zurückhaltend sind wir mit der Verordnung von steifen Einlagen (Carbon-Einlagen), da diese zur Veränderung des Gangbildes führen und Schmerzen an anderen Orten auslösen können.

Durch die verminderte Beweglichkeit im arthrotischen Grosszehengrundgelenk ist das Abrollen beim Gehen erschwert und schmerzhaft. Deshalb kann das Tragen von bequemen Schuhen mit eher steifer Sohle und integrierter Abrollhilfe die Beschwerden lindern (Abb. 3).

3 Schuhe mit eher steifer Sohle und Abrollhilfe (z.B. Anova medical, Xelero, Hoka)



3



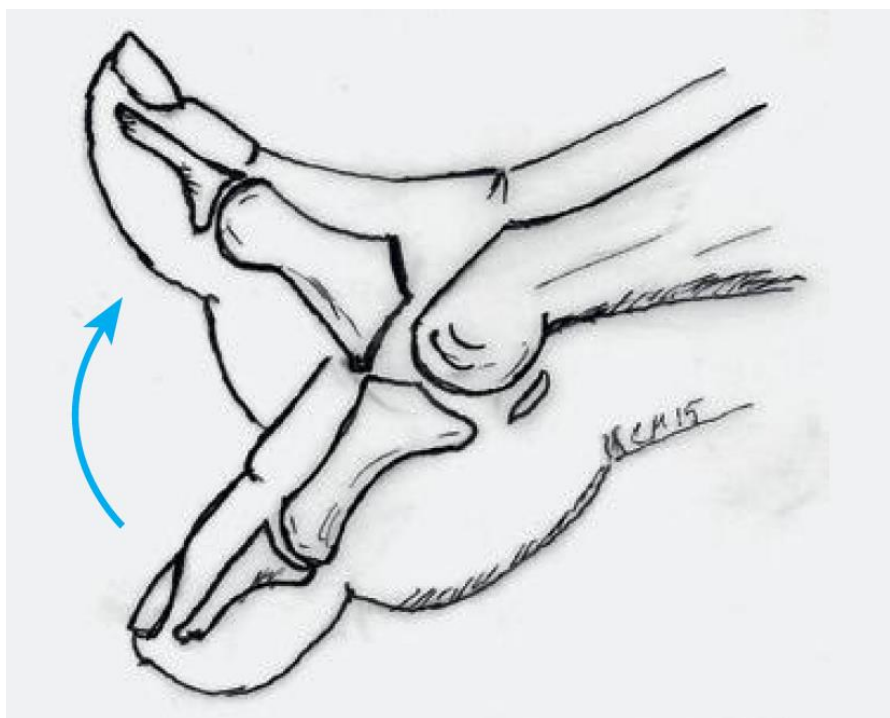
B) OPERATIV

Wenn die Arthrose schon fortgeschritten ist und konservative Behandlungen erfolglos waren, ist die Operation eine sinnvolle Behandlung. In Abhängigkeit vom Ausmass der Arthrose kommen gelenkerhaltende Operationen oder nicht-gelenkerhaltende Operationen in Frage. Das Ziel der gelenkerhaltenden Operationen ist eine Schmerzlinderung. Nur die nicht-gelenkerhaltende Operation beseitigt die Arthrose endgültig.

1. Cheilektomie (gelenkerhaltend)

Bei primär Druckproblemen im Schuhwerk durch die störenden Knochenanbauten oben am Gelenk kann eine sogenannte Cheilektomie durchgeführt werden (Abb. 4). Dabei wird der überschüssige Knochen entfernt und allenfalls das Gelenk etwas beweglicher gemacht. Das Ziel der Operation ist allerdings nicht die Verbesserung oder Normalisierung der Beweglichkeit, sondern die Reduktion der Schmerzen. Nach der Operation kann der Fuss belastet werden. Die Belastung richtet sich dabei nach den subjektiven Schmerzen. Wichtig ist, dass von Anfang an die Bewegung der Grosszehe beübt wird (Mobilisation und Distraction, gegebenenfalls Physiotherapie).

4 Abgetragene Osteophyten
(Knochenanbauten)



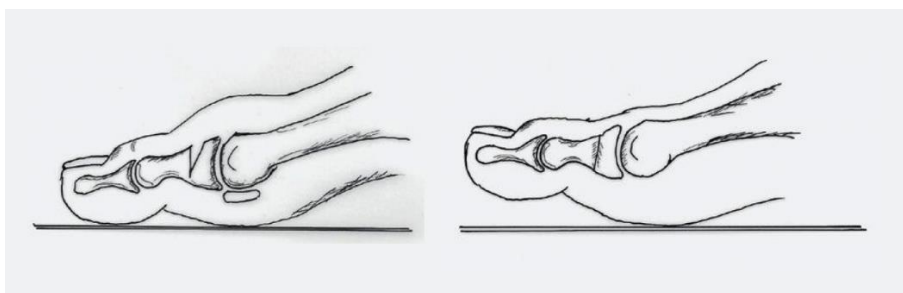
4



2. Osteotomie (gelenkerhaltend)

Bei einer ausgeprägten Bewegungseinschränkung der Zehe nach oben kann diese durch das Entfernen eines Knochenkeils zusätzlich verbessert werden (Abb. 5). Der Knochen wird anschliessend mit einer Schraube fixiert. Der Gewinn an Beweglichkeit nach oben geht auf Kosten der Beweglichkeit nach unten. Alternativ kann eine Verkürzungsosteotomie am 1. Mittelfussknochen durchgeführt werden, um eine Druckentlastung im Grosszehengrundgelenk zu erreichen. Nach der Operation darf der Fuss in einem Verbandsschuh (Abb. 8), welcher für 6 Wochen getragen werden muss, belastet werden. Die Belastung richtet sich dabei nach den subjektiven Schmerzen.

5 Osteotomie



5

3. Arthrodesse (nicht-gelenkerhaltend)

Bei stark ausgeprägter Arthrose empfehlen wir die Versteifung des Gelenkes. Häufig besteht bereits vorher eine erheblich reduzierte Beweglichkeit. Die Änderung ist deshalb nach der Operation für die Patienten kaum spürbar. Auch bei versteiftem Grosszehengrundgelenk können Schuhe mit kleineren Absätzen getragen werden und die sportliche Aktivität ist nicht eingeschränkt. Die Versteifung erfolgt mittels zweier Schrauben oder einer kleinen Platte und Schrauben (Abb. 6 und 7). Nach der Operation muss für 6-8 Wochen ein spezieller Schuh (Abb. 8) getragen werden, um das Abrollen zu verhindern. Anfänglich macht eine Teilbelastung Sinn. Bei gesicherter Wundheilung kann die Belastung schmerzadaptiert gesteigert werden. Wichtig ist das konsequente Tragen des Spezialschuhs bei jedem Schritt, weil ein Abrollen die knöcherne Heilung gefährden würde. Nach 6-8 Wochen findet eine Verlaufskontrolle statt, danach können in der Regel wieder normale Schuhe getragen werden. In seltenen Fällen sind kleinere Anpassungen an den Alltagsschuhen oder fussbettende Einlagen notwendig.

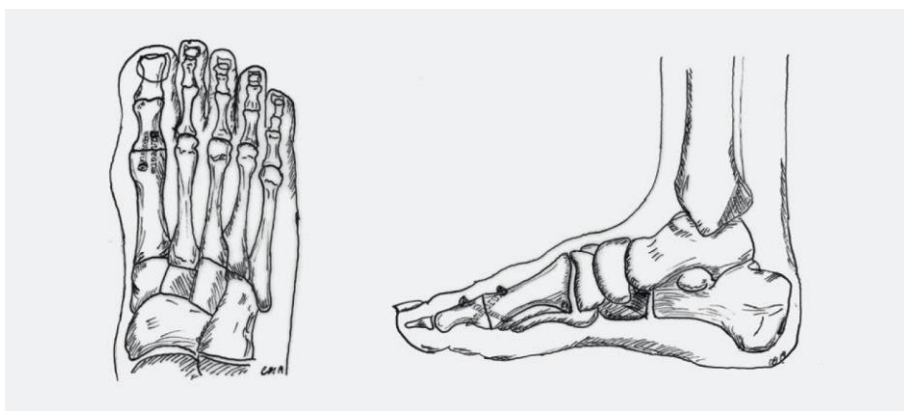


6 Arthrodese Grosszehengrundgelenk mit Platte und Schraube



6

7 Osteotomie



7

RISIKEN UND KOMPLIKATIONEN

Bei jeder Operation bestehen gewisse Risiken. Komplikationen können während oder nach der Operation auftreten und den Heilungsverlauf verzögern oder eine weitere Operation notwendig machen. Sie sind bei Operationen nie ganz auszuschliessen, auch wenn sie bei Fusseingriffen selten sind. Zusammengefasst sind dies:

- Wundheilungsstörungen
- Infektionen
- Gefässverletzungen, Nachblutung, Bluterguss
- Verletzung von Nerven
- Verletzung von Sehnen
- Thrombose, Lungenembolie
- Pseudarthrose (fehlende Knochenheilung)
- Heilung in Fehlstellung
- Störendes Osteosynthesematerial (Schrauben, Platten)
- CRPS (Complex Regional Pain Syndrom)
- Restbeschwerden



NACHBEHANDLUNG

Die Operation ist nur ein Teil der ganzen Behandlung. Wesentlich zum Gelingen trägt die Nachbehandlung bei. Es ist wichtig, dass Sie wissen, was Sie beachten und eventuell vermeiden sollten.

VERBAND UND WUNDPFLEGE

Wunden brauchen in erster Linie Ruhe. Es reicht, den Verband alle 2-3 Tage zu wechseln. Falls der Verband durchgeblutet ist, muss dieser frühzeitig gewechselt werden. Ein feuchtes Milieu ist schlecht für die Wundheilung.

Entfernen Sie immer den ganzen Verband beim Wechsel. Falls gewünscht, darf die Wunde desinfiziert werden (wobei dies nicht notwendig ist). Warten Sie, bis das Desinfektionsmittel getrocknet ist. Bedecken Sie die Wunde mit sterilen Kompressen und wickeln Sie den Fuss mit einer selbsthaftenden oder elastischen Binde ein. Der neue Verband muss trocken sein und darf nicht verrutschen. Verwenden Sie keine Salben oder Puder direkt auf der Wundfläche, solange die Fäden noch nicht entfernt wurden!

Wenn die Wunde trocken ist, reicht ein normales Pflaster (Schnellverband). Eine elastische Binde kann das operierte Areal etwas schützen und polstern. Die noch vorhandene Schwellung wird dadurch auch reduziert.

Wenn Sie nicht sicher sind, ob alles normal ist, können Sie sich an Ihre Hausärztin/Ihren Hausarzt oder direkt an uns wenden.

Die Fäden können ca. 2 Wochen nach der Operation entfernt werden, in der Regel geschieht dies durch die Hausärztin/den Hausarzt.

SCHWELLUNG UND SCHMERZEN

Nach einer Operation ist der betroffene Fuss stets mehr oder weniger geschwollen. Diese Schwellung kann über Wochen (bis zu 12 Monaten) immer wieder auftreten. Die wirkungsvollste Massnahme ist das Hochlagern des Beines. Insbesondere in den ersten 2-3 Wochen nach der Operation ist dies wichtig. Danach ist es sinnvoll, sich mehrmals am Tag zu bewegen (Gehen, weniger Stehen), aber nur für kurze Zeit. Wenn der Fuss spannt und zu schmerzen beginnt, ist dies ein Zeichen, das Bein wieder hochzulagern.

Schmerzen im operierten Fuss können aber trotz dieser Massnahmen in den ersten Tagen und Wochen nach der Operation auftreten. Dagegen können Sie die von uns mitgegebenen Schmerzmittel einnehmen.



BELASTUNG

Zum Schutz und zur Vereinfachung der Mobilität haben Sie einen Verbandsschuh erhalten (Abb. 8), um das Abrollen zu verhindern. Damit ist die Vollbelastung erlaubt. Wie lange dieser Schuh getragen werden muss, hängt von der Art der Operation ab.

Am Anfang sollte das Aufstehen auf ein Minimum beschränkt werden. Zum einen besteht eine starke Schwellungstendenz des Fusses, zum anderen können durch zu langes Stehen und Gehen Nachblutungen im Wundbereich auftreten. In den ersten 2 Wochen (bis zur Wundheilung) ist daher in der Regel eine Teilbelastung empfohlen.

8 Verbandsschuh



8

Vollbelastung

Sobald es die Schmerzen zulassen, können Sie den Fuss voll belasten. Die Stöcke dienen hauptsächlich der Gangsicherheit und können zuhause langsam weggelassen werden. Ausserhalb des Hauses ist es trotzdem sinnvoll, die Gehstöcke mitzunehmen.

KÖRPERPFLEGE

Solange die Fäden noch in der Wunde sind, d.h. in der Regel in den ersten 2 Wochen, sollte der operierte Fuss beim Duschen mit einem Plastiksack geschützt werden. Am einfachsten wird der Plastiksack über den Spezialschuh gezogen. Sobald die Hautfäden entfernt sind, darf Wasser auf die Wunde kommen, sofern die Wunde trocken und verschlossen ist.



THROMBOSEPROPHYLAXE

Die Thromboseprophylaxe beginnt schon während des Spitalaufenthalts. Je nach Operation muss diese Prophylaxe weitergeführt werden.

In den meisten Fällen kommen bei uns Fragmin 5000 IE Fertigspritzen zur Anwendung. Diese werden einmal täglich selbst verabreicht. Sie werden während Ihres Aufenthaltes von unserem Pflegepersonal instruiert und erhalten von uns eine Anleitung.

Wie lange die Spritzen verabreicht werden müssen, hängt von der Operation und den individuellen Risiken ab, in der Regel 10–14 Tage.

ARBEITSFÄHIGKEIT

Nach einer Operation ist eine Ruhephase wichtig. In den ersten 2 Wochen sollten Sie sich schonen und nicht arbeiten. Wie lange Sie vollständig arbeitsunfähig sein werden, hängt zum einen von der Art der Operation und zum anderen von Ihrem Belastungsprofil ab. Es ist oft auch möglich, zusammen mit dem Arbeitgeber vorübergehend eine weniger belastende Arbeit zu finden. So ist eine frühere Wiederaufnahme der Arbeit möglich.

Das Arbeitsunfähigkeitszeugnis, welches Sie von uns erhalten, ist eine vorläufige Einschätzung. Das Zeugnis kann verlängert werden, sollten Sie nach Ablauf dieser Zeit noch nicht in der Lage sein, die Arbeit wiederaufzunehmen. In diesem Fall melden Sie sich bei Ihrer Hausärztin/Ihrem Hausarzt oder bei uns.

Wenn Sie sich vor Ablauf dieser Zeit bereits wieder voll arbeitsfähig fühlen, dürfen Sie die Arbeit auch vorher wieder aufnehmen.

AUTOFAHREN, TRANSPORT

Ab wann Sie wieder Auto fahren können, hängt von der Operation, der operierten Seite und der Art des Fahrzeugs (Automat oder geschaltet) ab. Solange sie den Spezialschuh tragen und/oder Gehstöcke benutzen, müssen Sie auf das Autofahren verzichten (Ausnahme: linker Fuss und Automat). Wie weit danach die Fahrtüchtigkeit wiedergegeben ist, liegt in der eigenen Verantwortung. Wir empfehlen im Zweifelsfalle oder bei Unsicherheit das Auto noch stehen zu lassen.



NACHKONTROLLEN

6-8 Wochen nach der Operation wird eine Röntgenkontrolle bei Ihrem Operateur erfolgen. Dort wird das weitere Vorgehen festgelegt. In der Regel können danach wieder eigene Schuhe getragen werden. Wir empfehlen zu Beginn Schuhe mit eher fester Sohle und weichem Obermaterial. Im Rahmen dieser Nachkontrolle wird auch besprochen, ob die Aufnahme einer Physiotherapie notwendig ist.

Etwa 3 Monate nach der Operation können die meisten Aktivitäten wieder aufgenommen werden. Sportliche Aktivitäten sollten langsam gesteigert werden, um nicht eine Überlastung nach der Sportpause zu provozieren.

Für die handgefertigten Zeichnungen danken wir Dr. med. Claude Müller.



DER HALLUX RIGIDUS

Sollten noch weitere Fragen auftauchen,
erreichen Sie uns unter



+41 61 335 24 72



fuss.leonardo-ortho@hin.ch



DR. MED. RAHEL SCHMID

Fachärztin für orthopädische Chirurgie und
Traumatologie des Bewegungsapparates (FMH)

fuss.leonardo-ortho@hin.ch



DR. MED. SONJA GABER

Fachärztin für orthopädische Chirurgie und
Traumatologie des Bewegungsapparates (FMH)

fuss.leonardo-ortho@hin.ch



LEONARDO AG

Hirslanden Klinik Birshof, Reinacherstr. 28, CH-4142 Münchenstein
T +41 61 335 24 24

praxis.leonardo-ortho@hin.ch, www.leonardo-ortho.ch