



ELSEVIER



CrossMark

Online verfügbar unter www.sciencedirect.com

ScienceDirect

Fuß &
Sprunggelenkwww.elsevier.com/locate/fuspru

Case Report

Behandlungsstrategien bei Hallux valgus Rezidiv

Treatment strategies for recurrent Hallux valgus deformity

Joern Dohle*

OGAM Orthopädisches Zentrum, Wuppertal, Deutschland

Eingegangen am 15. Juni 2017; akzeptiert am 10. Juli 2017

Online verfügbar seit 9. August 2017

SCHLÜSSELWÖRTER

Hallux valgus;
Vorfußchirurgie;
Rezidivfehlstellung;
Lapidus-Arthrodese;
Komplikation

KEYWORDS

Hallux valgus;
forefoot surgery;
recurrent deformity;
Lapidus arthrodesis;
complications

Zusammenfassung

Als Hallux valgus Rezidiv wird die erneute valgische Fehlstellung der Großzehen vom mehr als 20° nach vorausgegangener operativer Korrektur bezeichnet. In der Regel liegt ebenfalls ein Rezidiv des Metatarsus primus varus vor. Vor einer erneuten operativen Korrektur ist eine systematische Analyse der Fehlstellung hinsichtlich ihrer Komponenten sowie der Statik des gesamten Fußes erforderlich. Bei der Festlegung der operativen Strategie muss zunächst entschieden werden, ob eine Erhalt des Großzehengrundgelenks noch möglich und erstrebenswert ist. Die Arthrodese des Großzehengrundgelenks erlaubt eine rasche postoperative Belastung des Fußes und führt in der Regel zu guten funktionellen Ergebnissen. Wird eine erneute gelenkerhaltende Korrektur angestrebt, empfiehlt sich eine konsequente Korrektur des Fußes von proximal nach distal. Aufgrund ihrer geringen Rezidivrate und ihres hohen Korrekturpotentials sollte die Indikation zu Lapidus-Arthrodese großzügig gestellt werden, die dann bedarfsadaptiert mit weiteren Korrekturen, wie z.B. einer biplanaren Chevron-Osteotomie und einer Akin-Osteotomie kombiniert werden kann.

Summary

Hallux valgus recurrence is defined as valgus deviation of the great toe of 20° or more to the lateral side after hallux valgus surgery. Hallux valgus recurrence is usually associated to a recurrent medial deviation of the first metatarsal. Before any secondary operative correction, a systematic analysis of the components of the deformity and the entire foot is mandatory. The first step in the decision for secondary correction is to decide whether joint preserving surgery of the metatarsophalangeal joint is possible and advisable. Otherwise a mtp-1-arthrodese is a viable option that leads to a stable foot with minor functional limitations. If joint preserving surgery is chosen, a systematic correction of all aspects of the deformity from proximal to distal should be conducted. A Lapidus arthrodesis of the first tarsometatarsal joint is usually one of the key components of any secondary correction and can be combined with additional procedures like correction of the distal metatarsal orientation by a biplanar Chevron osteotomy and correction of the toe through an Akin osteotomy.

* Korrespondenzadresse: Dr. Joern Dohle, OGAM Orthopädisches Zentrum, Alter Markt 9-13, 42275 Wuppertal, Deutschland.
Tel.: +0202/265680.

E-Mail: joern.dohle@ogam.de

Einleitung

Definition

Die Abweichung der Großzehe nach lateral wird als Hallux valgus bezeichnet. Der Norm-Grenzwert wird in der Literatur überwiegend mit 20° angegeben. [1] In Analogie ist eine Abweichung der Großzehe von 20° oder mehr nach vorausgegangener operativer Korrektur als Hallux-valgus-Rezidiv zu werten. [2]

Dabei handelt es sich um eine Definition am Röntgenbild, die nicht mit entsprechenden klinischen Beschwerden einhergehen muss. Wie auch bei der Hallux valgus Deformität liegt keine strenge Korrelation zwischen radiologischem Ausmaß der Fehlstellung und subjektiver Beeinträchtigung vor.

Von Bock et. al. wird deshalb die Unterscheidung in ein

- Symptomatisches und
- Asymptomatisches Rezidiv

vorgeschlagen. [2] Von Fuhrmann wurde stattdessen der Terminus Revalgisation für erneute asymptomatische Fehlstellungen bevorzugt. [3]

Hinsichtlich der zeitlichen Entstehung eines Hallux valgus Rezidivs gibt es nur wenig Literatur, die einen zeitlichen Verlauf im Rahmen der Nachuntersuchung berücksichtigen, bei denen Patienten zu mindestens 2 verschiedenen Nachuntersuchungszeitpunkten evaluiert wurden. In einer Nachuntersuchung von Scarf-Osteotomien kommen Bock et al. zu der Beobachtung, dass die überwiegende Anzahl der Rezidive innerhalb eines frühen Zeitraums von 1,5-2,8 Jahren nach der Primäroperation entstehen und es danach nur zu einer geringen Progredienz der Rezidiv-Fehlstellung kommt. [2]

Prinzipiell wäre darüber hinaus eine Unterscheidung in

- unzureichende operative Korrektur und
- Hallux valgus Rezidiv
- sinnvoll.

Dabei wäre eine unzureichende operative Korrektur als persistierenden Restfehlstellung am Ende der initialen Operation zu definieren, wogegen ein echtes Rezidiv als erneute Fehlstellung nach achsgerechter Korrektur durch die initiale Operation definiert wäre. Diesbezüglich sind allerdings keine Daten in der Literatur verfügbar.

Epidemiologie

Die Häufigkeit eines Hallux valgus Rezidivs wird in der Literatur in Abhängigkeit vom Operationsverfahren zwischen 3% und 73% angegeben (Zitat aus Bock) [3–13]

Im Rahmen einer präoperativen Patientenaufklärung scheint eine Rate zwischen 5% und 30% „realistisch“ wobei die bereits erwähnte Diskrepanz zwischen radiologischer Fehlstellung und subjektiven Beschwerden nicht unerwähnt bleiben sollte.

Diagnostik

Die Ursachen für die Entstehung eines Hallux valgus Rezidivs sind in der Regel multifaktoriell. [14] Eine generelle Unterteilung in patientenspezifische Faktoren und Faktoren, die auf das durchgeführte Operationsverfahren zurückgehen, findet sich in der Literatur, hat jedoch in letzter Zeit an Bedeutung verloren.

Moderne Osteosyntheseverfahren erlauben mittlerweile eine rasche postoperative Belastung des Fußes, so dass die Anforderungen an die Patientencompliance z.B. hinsichtlich einer postoperativen Entlastung des Fußes generell zurückgegangen sind. Erhebliche Vorsicht ist allerdings weiterhin geboten, wenn eine Minderung der Sensibilität und des Schmerzempfindens, wie z.B. bei Polyneuropathie des Fußes häufig zu finden, vorliegt.

Vor Planung einer erneuten operativen Korrektur bedarf es einer genauen Analyse, welche Art und welches Ausmaß der Rezidiv Fehlstellung vorhanden ist. Die Analyse sollte dabei typischerweise von proximal nach distal erfolgen und den Rückfuß mit einbeziehen.

Folgende Punkte sind dabei zu berücksichtigen:

1. Liegt eine gravierende Rückfußfehlstellung vor?
2. Art und Ausmaß der Fehlstellung des ersten Metatarsale
 - a. Liegt eine persistierende Instabilität des TMT-1-Gelenks vor?
 - b. Liegt ein Metatarsus primus elevatus vor?
 - c. Ausmaß eines Metatarsus primus varus?
 - d. Liegt eine erhebliche Verkürzung des ersten Metatarsale vor?
3. Fehlstellung des Gelenkflächenwinkels (DMAA)
 - a. Stellung des Gelenkflächenwinkels in Relation zur Längsachse des MFK1?
4. Status des Großzehengrundgelenks
 - a. Klinische Beweglichkeit?
 - b. Radiologisches Ausmaß der Gelenkdestruktion / Arthrose?
5. Hallux valgus interphalangeus?

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5575882>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5575882>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)