

Gut zu Fuß mit einem künstlichen Gelenk**Die Vereinheitlichung der chirurgischen Verfahren führt zu besseren Ergebnissen / Von Hildegard Kaulen**

Die Fußchirurgie stand lange Zeit im Verruf, kranke oder verletzte Gelenke zu schnell zu versteifen oder bei gelenkerhaltenden Operationen keine zufriedenstellenden Ergebnisse zu erzielen. Daß der Fuß kompliziert aufgebaut ist und nahezu ein Viertel aller Knochen des Körpers für sich beansprucht, konnte nur als schwache Erklärung für diese Misere gelten. Viel schwerer wog die Tatsache, daß die Fußchirurgen erst spät begonnen haben, aus den vielen konkurrierenden Verfahren eine einheitliche Vorgehensweise abzuleiten und zu optimieren. Das läßt sich am Beispiel des Hallus valgus zeigen. Bei dieser Fehlstellung wird die Großzehe aus dem Grundgelenk heraus zu den Kleinzehen hin abgewinkelt. Es sind mehr als hundert Verfahren zur Korrektur erdosen worden, was die mangelnde Zufriedenheit der Patienten spiegelte. Heute kann die Fußchirurgie mit besseren Resultaten aufwarten. Das hat der zwölfte deutsche Fußkongreß in der vergangenen Woche in Heidelberg gezeigt.

Die Verbesserungen beruhen auf technischen Fortschritten bei den Implantaten und den Platten- und Schraubensystemen sowie auf einer an den Stadien und Schweregraden der Krankheiten orientierten Vorgehensweise. Das obere Sprunggelenk kann heute gut mit einer Endoprothese versorgt werden, wie Hakon Kofoed vom Fredericksberg Hospital in Kopenhagen erläuterte. Versteifungen sind nur noch in Ausnahmefällen nötig. Allerdings haben diese Endoprothesen noch nicht den Stellenwert anderer Kunstgelenke erreicht. Das zeigen auch die Zahlen für Deutschland. Auf rund 180 000 Hüft- und 80 000 Knieimplantate kommen nur tausend Sprunggelenke pro Jahr.

Alle ins obere Sprunggelenk eingesetzten Implantate bestehen heute aus drei statt aus zwei Komponenten, und zwar aus den beiden Gelenkflächen und einem mobilen Gleitlager. Implantiert wird ohne Knochenzement. Auch das ist eine wichtige Änderung. Eine aufgerauhte Oberfläche sorgt heute dafür, daß sich das künstliche Sprunggelenk ohne Hilfsmittel mit dem Knochen verbindet. Beim Ersatz des oberen Sprunggelenks kommt es außerdem auf eine sorgfältige Weichteilbalance an, da das Gelenk über die Sehnen und Bänder stabilisiert wird. Es gehört, wie Desiderius Sabo vom SRH-Klinikum Karlsbad-Langensteinbach ausführte, zu den wichtigsten Erkenntnissen der vergangenen Jahre, daß die endoprothetische Versorgung des Knie- und des oberen Sprunggelenks nicht nur eine Knochenoperation, sondern auch eine Weichteiloperation ist.

Ein künstliches Sprunggelenk erhalten in der Regel Patienten mit Rheuma, deren Gelenk durch die Entzündung zerstört worden ist, oder Patienten, deren Gelenk sich nach einem Knochenbruch vorschnell abgenutzt hat. Beide Ursachen haben Auswirkungen auf die Operation. Die Vernarbung des umliegenden Gewebes nach einem Knochenbruch kann die Balance der Weichteile beeinträchtigen und zusätzliche Eingriffe nötig machen. Beim Rheuma sind stets mehrere Gelenke von der Entzündung betroffen, was Auswirkungen auf die gesamte Statik des Skeletts hat. Oft müssen vor der Implantation des künstlichen Sprunggelenks deshalb noch andere Gelenke versorgt oder es muß der Rückfuß, auf dem das obere Sprunggelenk ruht, aufgebaut werden. Da Rheumakranke meist schon jahrelang mit Kortison behandelt worden sind, leiden viele von ihnen unter Osteoporose. In einem brüchig gewordenen Knochen läßt sich eine Endoprothese aber nicht mehr so gut verankern wie in einem stabilen. Das Einsinken der Komponenten ist deshalb, wie Markus Preis von der Aukammklinik Operative Orthopädie und Rheumatologie in Wiesbaden berichtete, eine gängige Hürde bei Patienten mit Rheuma.

Auch stark nach innen oder nach außen gedrehte Füße können heute mit einem künstlichen

Sprunggelenk versorgt werden. Wie Hakon Kofoed erklärte, sind dafür allerdings einige Zusatzeingriffe nötig, mit denen erst die richtigen anatomischen Bedingungen für die Implantation der Endoprothese geschaffen werden. So muß in jedem Fall der Rückfuß rekonstruiert und stabilisiert werden. Zu prüfen ist auch, ob der Bandapparat am oberen Sprunggelenk bei einer schweren Fehlstellung noch korrigierbar ist. Knöcherne Strukturen sind leichter zu richten als stark zusammengezogene Weichteile.

Rheumatische Veränderungen treten aber nicht nur am Rückfuß und am Sprunggelenk auf, sondern auch am Vorfuß, was zu einer starken Fehlstellung der Zehen führt. Meist sind sogar die Veränderungen an den Zehen für den Patienten besonders belastend. Wie Stefan Sell vom Rheumazentrum Bad Wildbad bei dem Kongreß berichtete, wird das Vorgehen am Vorfuß ebenfalls vom Zustand der Weichteile bestimmt. Sind sie noch korrigierbar, müssen die Zehen nicht versteift werden, sondern können durch gezielte Schnitte unterhalb der Gelenkköpfchen wieder ausgerichtet werden. Damit solche Korrekturen überhaupt noch möglich sind, sollten die Patienten nicht zu spät an einen Fußchirurgen überwiesen werden. Katja Schenk und Wolfram Neumann von der Orthopädischen Universitätsklinik in Magdeburg verwiesen in Heidelberg auf die ausgeprägte "Lernkurve" bei der endoprothetischen Versorgung des oberen Sprunggelenks. Die Operation ist trotz der beachtlichen Erfolge nach wie vor ein schwieriger Eingriff, der in die Hand eines erfahrenen Chirurgen gehört.

Kastentext:

Aktueller Kongreßbericht

Alle Rechte vorbehalten. (c) F.A.Z. GmbH, Frankfurt am Main

Zur Verfügung gestellt von:

Frankfurter Allgemeine Archiv
