



ORTHOnews

VULPIUS KLINIK

Ausgabe 12/Mai 2013



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

an der hohen Frequenz der Neuauflagen der OrthoNews können Sie ersehen, dass sich sehr viel bewegt in der Vulpius Klinik. Unser langjähriger Leitender Oberarzt Dr. med. Jan Papp wurde zum 1.3. in den Ruhestand verabschiedet. Dieser Abschied fällt uns natürlich bei all seinen Verdiensten für die Vulpius Klinik und seinen außergewöhnlichen operativen Fähigkeiten sehr schwer. Wir sind daher sehr froh, dass er uns auch weiterhin, wenn auch mit reduziertem zeitlichen Aufwand, mit seiner Expertise für dieses Jahr zur Verfügung steht.

Die neue Leitungsfunktion wurde angesichts der Vielfalt insbesondere auch der kommenden Aufgaben auf die Ihnen gut bekannten, langjährigen Oberärzte

Dr. med. Rainer Müller-Stephann und Dr. med. Jürgen Martin übertragen. Beide haben sich aufgrund ihrer hervorragenden fachlichen Qualitäten und ihrem organisatorischen Geschick besonders dafür empfohlen und sind zukünftig neben mir für Ihre fachlichen und organisatorischen Fragen ihre Ansprechpartner.

Um Ihnen auch in Zukunft ein kompetenter Partner auf höchstem Niveau entsprechend unserer Philosophie zu sein, wird in der Vulpius Klinik eine weitere Spezialisierung angestrebt und auch konsequent weiter verfolgt. Neben dem Neuaufbau der Abteilung Kinderorthopädie und dem neuen Schwerpunkt der konservativen Wirbelsäulen- und Schmerztherapie, möchte ich Ihnen heute den neuen Schwerpunkt der Fußchirurgie vorstellen.

Er wird geleitet von Oberarzt Dr. med. Ulf Bertram, der Ihnen heute in den OrthoNews einen Überblick über die Operationstechnik der Lapidusarthrodese geben wird. Herr Dr. Bertram hat nach seinem Studium und seiner Promotion in

Heidelberg seine Facharztausbildung im Theresienkrankenhaus Mannheim absolviert und sich schon sehr früh in besonderem Maße mit der Fußchirurgie und den Erkrankungen und Verletzungen des Fußes beschäftigt und sich dann auf dieses Gebiet besonders spezialisiert. Er ist Mitglied in den entsprechenden Fachgesellschaften und besitzt das Zertifikat der Gesellschaft für Fußchirurgie (GFFC e.V.). Seine Begeisterung für dieses neue Fach ist ansteckend und nicht nur für unsere Patienten, sondern auch für Sie als einweisende Ärzte bereits spürbar. Seit einigen Monaten leitet er die Spezialsprechstunde Fuß und hat zahlreiche neue Ideen und Innovationen in der Diagnostik, der Befunddokumentation und der operativen Techniken eingeführt. Ich freue mich, dass er dieses Gebiet in der Vulpius Klinik nun weiter entwickelt.

Ihr

Priv.-Doz. Dr. med. Michael Clarius
Ärztlicher Direktor



Oberarzt Dr. med. Ulf Bertram

DIE LAPIDUS-ARTHRODESE ZUR KORREKTUR DES HALLUX VALGUS

Die Hallux valgus Deformität ist eine der häufigsten Deformitäten der unteren Extremität. Es werden vielfältige Ursachen beschrieben, so wird von einer sogenannten „Hallux-valgus-Familie“ gesprochen, da auch eine gewisse Vererbungskomponente diskutiert wird.

Ferner ist die westliche Schuhmode ursächlich, ebenso sind Frauen wesentlich häufiger betroffen. Es wurden unzählige Operationsmethoden zur Korrektur des Hallux valgus vorgestellt und auch wieder fallen gelassen.

Die tarsometatarsale Arthrodeese zur Korrektur des Hallux valgus wurde von Paul Lapidus vorangetrieben. Er kombinierte die Arthrodeese des Tarsometatarsale-I-Gelenks mit einer Arthrodeese der Basis des Metatarsale I und II bzw. des interkuneiformen Gelenks.

Die heute von uns durchgeführte modifizierte Lapidusarthrodeese versteift lediglich das Tarsometatarsale-I-Gelenk (TMT-I Gelenk). Die Pathologie des Hallux valgus wird so an der Wurzel korrigiert.

Der Fußchirurg stellt sich nun die Frage, wann er welche OP-Technik anwenden soll. In den aktualisierten Leitlinien „Fuß und Sprunggelenk“ wird je nach Hallux valgus- und Intermetatarsal-Winkel im dorsoplantaren Röntgenbild des belasteten Fußes von einem milden, moderaten und schweren Hallux valgus gesprochen. Entsprechend der Einteilung werden Empfehlungen für eine distale, diaphysäre oder proximale Korrekturosteotomie gegeben. Auf dem Jahreskongress 2011 der Gesellschaft für Fußchirurgie (GFFC e.V.)

wurde in einer speziellen Session darüber diskutiert, inwieweit der Intermetatarsalwinkel die OP-Technik beeinflussen soll. Zunehmend lassen sich die Fußchirurgen bei der Wahl der Operationsmethode vom klinischen Erscheinungsbild leiten. Aus juristischen Gründen wird jedoch empfohlen, die ausgemessenen Winkel weiterhin zu dokumentieren. Zusätzlich haben wir in unserer Fußsprechstunde begonnen, die Füße mit Fotos zu dokumentieren und zu archivieren.

Neben dem klinischen Erscheinungsbild und den ausgemessenen Winkeln ist auch die Hypermobilität bzw. die Instabilität des TMT-I Gelenkes entscheidend für die Indikationsstellung. Ausschlaggebend ist hier die zugegebenermaßen subjektive klinische Untersuchung und Beurteilung der Beweglichkeit im TMT-I Gelenk. Aber auch im streng seitlichen Röntgenbild können häufig als Zeichen einer Instabilität eine dorsale Stufenbildung im TMT-I Gelenk oder nach plantar divergierende Gelenkflächen festgestellt werden. Auch die Konfiguration des TMT-I Gelenkes im dorsoplantaren Röntgenbild zu beurteilen, kann hilfreich sein, ob eine distale, diaphysäre oder proximale Korrektur erfolgversprechend ist.



Eine weitere Indikation zur Lapidusarthrodese ist, neben des massiven Hallux valgus und neben der Hypermobilität des TMT-I Gelenkes, auch die isolierte klinische und radiologische Arthrose des TMT-I Gelenkes.

Ausgeprägte periphere Durchblutungsstörungen, schlechte Hautverhältnisse, lokale Infektion, ein kurzes Os metatarsale I sowie schwere degenerative Veränderungen im Großzehengrundgelenk stellen Kontraindikationen für eine Lapidusarthrodese dar.

Operationstechnisch erfolgt primär wie bei allen Hallux valgus-Eingriffen eine Abtragung der Pseudoexostose, ein laterales Release und am Ende des Eingriffs eine moderate Kapselraffung im Bereich des Großzehengrundgelenks. Dann wird zur Korrektur des Intermetatarsalwinkels im Bereich des TMT-I Gelenkes ein lateralbasiger Keil entfernt. Der Restknorpel wird subtil reseziert, die Arthrosen-/Osteotomieflächen angefrischt und abschließend in korrigierter Stellung fixiert. Hierfür verwenden wir eine

Kompressionsschraube und zusätzlich eine dorsomediale winkelstabile Neutralisationsplatte. Die Pseudarthrosenrate wird mit dieser Kombination minimiert.

Insgesamt wird in der Literatur von einer 4-10%-igen Pseudarthrosenrate gesprochen. Die Transfer-Metatarsalgierate wird mit ca. 4% angegeben, hier ist meist ein zu kurzes Os metatarsale I (iatrogen) oder eine nicht ausreichende Plantarisierung ursächlich. Weitere Risiken sind eine Überkorrektur oder ein

Korrekturverlust sowie Sensibilitätsstörungen, Wundheilungsstörungen, Wundinfekt oder CRPS.

Häufig werden von Patienten Bedenken bezüglich eines versteiften Gelenkes geäußert.

Diesbezüglich kann man festhalten, dass der durch die TMT-I Arthrodesese entstehende Bewegungsverlust kein funktionelles Problem darstellt. Die physiologische Beweglichkeit im gesunden TMT-I Gelenk ist vernachlässigbar. Insgesamt ist der Bewegungsverlust im TMT-I Gelenk einer Hypermobilität vorzuziehen.

In der Vulpius Klinik führen wir diesen Eingriff unter kurzstationären Bedingungen (ca. 3 bis 4 Tage) durch. Die Nachbehandlung erfolgt gemeinsam mit Ihnen. Wir empfehlen für mindestens sechs Wochen einen Aircast Walker short, hierin sollte ein schrittweiser Belastungsaufbau erfolgen (z.B. 2 Wochen Teilbelastung mit 1/2 Körpergewicht und dann

schrittweiser Übergang zur Vollbelastung im Walker). Ebenfalls sind abschwellende Maßnahmen, Lymphdrainage und eine krankengymnastische Beübung und Zügelung des Großzehengrundgelenks essentiell.

Zusammenfassend kann man festhalten, dass die Lapidusarthrodese ein technisch anspruchsvolles Verfahren mit Fehlerpotential ist, die Pseudarthrosen- und Metatarsalgierate ist nicht unerheblich. Es geht mit einer aufwendigen und längerfristigen Nachbehandlung einher. Es besteht aber ein großes Korrekturpotential, da bei schweren Fehlstellungen die Ursache im TMT-I Gelenk und nicht im Schaft liegt. In der Literatur und vielen Fachvorträgen wird oft der Vergleich mit dem „schiefen Turm von Pisa“ bemüht. Hier ist kein Statiker auf die Idee gekommen im zweiten Stock zu sanieren, sondern das Fundament wurde angehoben und saniert!

Spezialsprechstunde Fuß

Oberarzt Dr. med. Ulf Bertram

Mo 07:45 bis 10:30 Uhr

Do 07:45 bis 13:00 Uhr

nur nach telefonischer Vereinbarung

Terminvereinbarung unter

Telefon 07264 60-120

Notfälle jederzeit über unsere Notfallambulanz

Telefon 07264 60-0

38. Orthopädentreffen auf Burg Ravensburg am 16. Oktober 2013



Impressum

Herausgeber: Vulpius Klinik GmbH

Priv.-Doz. Dr. Michael Clarius, Chefarzt

Orthopädie und Unfallchirurgie

Oberarzt Dr. med. Ulf Bertram,

Vulpiusstr. 29, 74906 Bad Rappenau

info@vulpiusklinik.de, www.vulpiusklinik.de