

ARZTBRIEF // Hallux rigidus

Die Fußform entscheidet mit: Ist der große Zeh länger als der lange Zeh, wird ein Hallux rigidus wahrscheinlicher.

ERKLÄRUNG Die nach dem Hallux valgus zweithäufigste Störung des großen Zehs ist ein Hallux rigidus. Ursache ist in der Regel ein durch Belastung hervorgerufener Verschleiß des Gelenks. Im Anfangsstadium lässt sich der große Zeh nur schwer und unter Schmerzen bewegen, im Endstadium kommt es zu einer völligen Unbeweglichkeit des Gelenks. Neben einer orthopädischen Behandlung kann auch eine Operation nötig werden.

SYMPTOME Wie jedes Gelenk im Körper sind auch die Gelenke der Zehen mit einer Knorpelschicht ausgestattet, die die Gleitfähigkeit der Gelenkknochen gewährleistet. Und wie in jedem Gelenk ist auch die Knorpelschicht im Zehengelenk von Verschleiß betroffen, das heißt, der Knorpel löst sich im Laufe der Zeit ab, eine Arthrose ist die Folge. Das macht sich am großen Zeh, und hier speziell am Großzehengrundgelenk (siehe Grafik Seite 75), besonders schmerzhaft bemerkbar. Denn hier entsteht beim Abrollen des Fußes während des Laufens die größte Belastung unter allen Zehen.

»Der Hallux rigidus entwickelt sich sehr langsam. Viele Betroffene nehmen die wachsende Einschränkung in der Bewegungsfähigkeit des großen Zehs lange Zeit gar nicht wahr«, sagt Stephan von Ruediger, niedergelassener Fußchirurg in Berlin. Erst wenn dann immer heftigere Schmerzen beim Laufen, also beim Abrollen des Fußes, hinzukommen, gehen die Menschen zum Arzt. Unbewusst nehmen die Betroffenen eine Schonhaltung ein, versuchen also, nicht über den großen Zeh abzurollen. »Sichtbar wird das nach einer Weile auch an den Schuhen«, sagt von Ruediger. Der äußere Schuhrand ist dann stärker abgelaufen. Hochhackige Schuhe zu tragen ist wegen der Schmerzen irgendwann nicht mehr möglich. »Das kann so weit gehen, dass die Schmerzen im Zeh auch bei Ruhe, zum Beispiel nachts im Bett, auftreten.«

URSACHEN Im Gegensatz zum Hallux valgus sind vom Hallux rigidus mehr Männer als Frauen betroffen. Wieso das so ist, sei aber derzeit noch unklar, sagt von Ruediger. Sicher aber spiele Veranlagung und die Fußform eine Rolle. Bei etwa 60 Prozent der Menschen ist der große Zeh länger als der benachbarte lange Zeh. Das nennt sich auch »Ägyptischer Fuß«, sagt der Fußchirurg. Bei einer solchen Fußform steige die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Lebens einen Hallux rigidus zu entwickeln. Hier ist auch die Belastung durch zu enges Schuhwerk besonders gefährlich, weil dann der längere große Zeh ständig gestaucht wird. Ähnlich erhöhen manche Sportarten wie Fußball oder auch Kickboxen, bei dem der Fuß als Schlaginstrument eingesetzt wird, die Wahrscheinlichkeit zu erkranken.

DIAGNOSTIK Der Arzt hört sich zunächst die Krankengeschichte an. Und dann bringen meist schon die körperliche Untersuchung und die Röntgenaufnahmen die nötige Klarheit, um einen Hallux rigidus zu diagnostizieren. Der Spalt zwischen den Knochen, die im Großzehengrundgelenk aufeinandertreffen, ist auf dem Röntgenbild deutlich verkleinert. Denn der dazwischen befindliche - auf Röntgenaufnahmen unsichtbare - Knorpel ist reduziert.

THERAPIE In einem frühen Stadium der Erkrankung wird der Arzt zu konservativen, also nicht operativen Methoden, greifen. Das sind abschwellend wirkende, entzündungshemmende Medikamente wie etwa Kortison, das ins Gelenk gespritzt wird. Auch versteifende Schuheinlagen, die den Zeh vergleichbar einer Schiene ruhigstellen, können die Beschwerden lindern. Mediziner nennen diese Einlage »Rigidusfeder«.

Als Gegenreaktion des Körpers entstehen in dem Gelenk Knochensporne, die die Auflagefläche des Gelenks zur Entlastung erhöhen sollen, aber die Beweglichkeit des Gelenks weiter einschränken. Eine Physiotherapie, die sonst gern als konservative Behandlung bei Gelenksarthrose eingesetzt wird, ist wegen des unbeweglichen Gelenks bei einem Hallux rigidus eher wirkungslos.

Die konservative Therapie kann immer nur eine Übergangslösung sein, die länger oder kürzer die Beschwerden lindert. »Gelenkschäden sind nicht reparierbar, der Knorpel nicht wiederherstellbar«, sagt von Ruediger. Irgendwann ist eine Operation unumgänglich, auch wenn viele Betroffene diese lange vor sich herschieben. Bei dem Eingriff - zumindest in einer frühen Erkrankungsphase - geht es um eine Entlastung des kranken Gelenks. Das erreicht der Chirurg zum Beispiel durch eine Verkürzung der Gelenkknochen, im Fachjargon Osteotomie genannt. »Weil das den Druck auf den Zeh verringert, wird das Gelenk während des Gehens entlastet.«

Ebenso kann der Chirurg die Knochensporne am Gelenk operativ entfernen und so dessen Beweglichkeit wieder erhöhen. »Die Wucherungen können so stark sein, dass das Gelenk deutlich sichtbar deformiert wirkt«, sagt von Ruediger. Mit einer Knochenfräse und -säge bringt der Chirurg den Knochen wieder in Form. Medizinisch heißt dieser Eingriff Cheilektomie.

Wenn diese Operationen rechtzeitig eingesetzt werden, können bei rund 80 Prozent der Patienten eine deutliche Linderung der Beschwerden erreicht werden, sagt von Ruediger. Bei den übrigen 20 Prozent müsse man ein Jahr abwarten, ob sich nicht doch eine Besserung einstellt. Wenn nicht, bleibe eine letzte OP-Variante. Dabei geht es nicht mehr darum, die Beweglichkeit des Gelenks im großen Zeh wiederherzustellen, sondern im Gegenteil, dies dauerhaft zu versteifen. Dieses Wort stoße oft auf Skepsis bei den Patienten, sagt von Ruediger. Sie befürchteten, dann nicht mehr richtig laufen zu können. Dabei sei damit für die Betroffenen eine deutliche Besserung der Symptome erreichbar.

Während des etwa einstündigen Eingriffs - den Mediziner Arthrodesen nennen - werden als erstes die sich im Gelenk befindenden Knorpelreste vollständig entfernt. »Denn Knorpel kann nicht zusammenwachsen«, sagt von Ruediger. Und genau darum geht es bei der Operation: Die Enden der sich im Gelenk gegenüberliegenden Knochen sollen miteinander verwachsen. Dabei werden die Knochen so verbunden, dass der Zeh wie eine Wippe leicht nach oben zeigt und so das Abrollen beim Gehen ermöglicht. Die beiden Knochen verbindet der Chirurg fest mit Klammern, Schrauben oder Draht oder fixiert sie mit einer Platte. »Es dauert etwa sechs bis acht Wochen, bis die Knochen zusammengewachsen sind«, sagt von Ruediger. »Dann sind die Materialien, mit denen die Knochen fixiert wurden, eigentlich überflüssig und könnten entfernt werden.« Aber das geschehe meist nur bei den größeren Fixiermitteln wie einer Platte.

Die Operation könne man ambulant oder stationär durchführen, unter Vollnarkose, einer Anästhesie unterhalb der Lendenwirbelsäule oder auch als Teilnarkose des Fußes. »Ich bevorzuge die stationäre OP unter Vollnarkose, damit ich die Patienten danach noch zwei Tage im Auge behalten kann«, sagt von Ruediger.

Die Risiken des Eingriffs sind zunächst die typischen OP-Risiken wie Infektionen oder auch Thrombosen, also das Entstehen von Blutgerinnseln, die Infarkte auslösen könnten. Außerdem sind Knochenheilungsstörungen möglich, die einen Wiederholungseingriff nötig machen. Aber in den allermeisten Fällen bringe die OP gute Resultate, sagt der Fußchirurg. »Manche meiner Patienten sind danach auch wieder auf Bergwanderungen unterwegs.«

INGO BACH

Infografik: René Reinheckel, Fotos Fotolia, Promo



Unser Experte **STEPHAN VON RUEDIGER**
ist niedergelassener Fußchirurg
mit einer Privatpraxis in Berlin