

Das Klinik Fleetinsel Magazin

Patienteninformation: Neues aus Orthopädie, Chirurgie und Gefäßchirurgie



Liebe Leserin,
lieber Leser,

immer häufiger klagen ältere Menschen über heftige Schmerzen, die vom Lendenwirbelbereich beim Gehen in die Beine schießen. Hierbei kann es sich um die so genannte „Schaufensterkrankheit“ handeln. Meistens liegt aber eine verschleißbedingte Wirbelkanalenge (Spinalkanal-Stenose) vor. Die Ursachen sind zwar erforscht, die Erkrankung selbst ist jedoch vielen Ärzten noch wenig bekannt. Die schwierige Diagnose erfordert viel Erfahrung vom Experten für Wirbelsäulenerkrankungen. Erfolgt sie zu spät, kann es zu bleibenden Schädigungen der im Wirbelkanal eingeengten Nervenzellen kommen. Die Folge: Das Gehen wird immer schwerer und ist mit ständigen Schmerzen verbunden. Viele Patienten zögern jedoch aus Angst eine OP hinaus. Dabei ist es heute möglich, durch einen minimalinvasiven Eingriff den Patienten rasch von seinen Schmerzen zu befreien und ihm neue Lebensqualität zu schenken.

Herzlichst Ihr

PD Dr. med. Achim Hedtmann



**KLINIK
FLEETINSEL
HAMBURG**

DIE INNOVATIVE SPEZIALKLINIK



**Die besten Therapien gegen Krampfadern
Keine Angst mehr vor der Narkose
Wenn der Rücken schmerzt und
die Beine nicht mehr wollen
Ein Zeh tanzt aus der Reihe: Hallux valgus**

Strippen oder Schweißen Die besten Therapien gegen Krampfadern

Dr. med. Christiane Gebhardt, Gefäß- und Venenspezialistin

Makellose Beine – ab dem 40. Lebensjahr durchkreuzen bei jedem vierten Deutschen schwache Venen diese Wunschvorstellung. Eine vererbte Bindegewebsschwäche, häufig kombiniert mit einem ungünstigen Lebensstil, schädigt die Gefäßwände und lässt die Beinvenen zu Krampfadern aussacken. Chronisch können diese wiederum zu Komplikationen wie „offenen Beinen“ oder Thrombosen führen. Etwa 25 Prozent, hauptsächlich Frauen, leiden an schmerzhaften Krampfadern. Sichtbare Krampfadern deuten auf eine defekte Venenklappe hin und sind stets ein Grund für einen Arztbesuch.

An den Beinen gibt es vier Arten von Krampfadern (Varizen), welche sind besonders zu beachten?

Grundsätzlich wird zwischen oberflächlichen und tiefen Venen unterschieden. Zu den oberflächlichen oder retikulären Varizen gehören die netzartigen Venenerweiterungen, die so genannten Besenreiser. Sie liegen dicht unter der Haut, verursachen selten Schmerzen, können aber auf darunter liegende Krampfadern hinweisen. Medizinisch behandlungsbedürftig sind tiefer liegende geschädigte Venen. Diese so genannten Stamm- und Seitenastvarizen



Gesunde Beine sind bei ungefähr einem Viertel aller Frauen eine Wunschvorstellung. Die moderne Medizin bietet aber eine Fülle von Möglichkeiten, den Betroffenen wieder mehr Lebensqualität zu ermöglichen.



Venenklappen

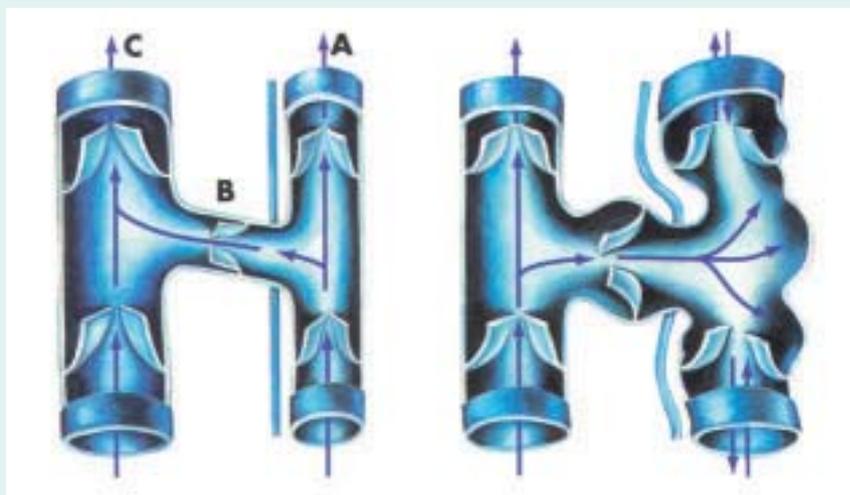
treten bevorzugt im Bereich der Vena saphena magna an der Innenseite des Unter- und Oberschenkels und der Vena saphena parva an der Rückseite des Unterschenkels und deren Seitenästen auf (s. Abbildung S. 3). Daneben gibt es noch die Perforanzvarizen, die das Verbindungssystem zwischen oberflächlichen und tiefen Beinvenen funktionsunfähig machen. Diese müssen behandelt werden, da sie zu Beschwerden führen und auch Komplikationen auslösen können.

Wann sollte man zum Arzt gehen?

Krampfadern entstehen nicht von heute auf morgen, sondern im Laufe von Monaten oder Jahren. Sichtbare Krampfadern an Unter- und Oberschenkeln können auf eine defekte Venenklappe hindeuten (s. Abb.) und sind stets ein Grund für einen Arztbesuch.

Wie erfolgt die Untersuchung?

Zuerst wird im Gespräch geklärt, wann die Beschwerden auftreten, ob sie tagsüber intensiver werden und ob in der Familie jemand an Krampfadern, Gefäßverschluss (Thrombose) oder Lungenembolie erkrankt ist. Auch der Beruf des Patienten spielt eine Rolle.



Links das gesunde Venensystem mit normalem Blutstrom. Rechts die Krampfader (Varize) mit dem Rückstau des Blutes (Pendelblut).

Sitzt oder steht er viel, muss er schwere Gewichte heben? Das sind Risiken, die eine Venenerkrankung begünstigen. Bei der körperlichen Untersuchung werden die Durchblutung in den Beinen, ihr Umfang in verschiedenen Höhen und tastbare Vergrößerungen bzw. Veränderungen an der Haut überprüft.

Welche Untersuchungsmethoden werden heute angewandt?

Die Untersuchung der Venen erfolgt heute weitgehend mit dem Farb-Doppler-Ultraschall, der ohne Strahlenbelastung und Kontrastmittel schmerzfrei arbeitet. In 98 Prozent aller Untersuchungen ergibt sich so eine aussagekräftige Diagnose. Nur selten ist eine Phlebographie notwendig, bei der das Venensystem mit Hilfe eines Kontrastmittels geröntgt wird.



Modernste Behandlungsmethoden hinterlassen kaum Spuren und können größtenteils ambulant durchgeführt werden.

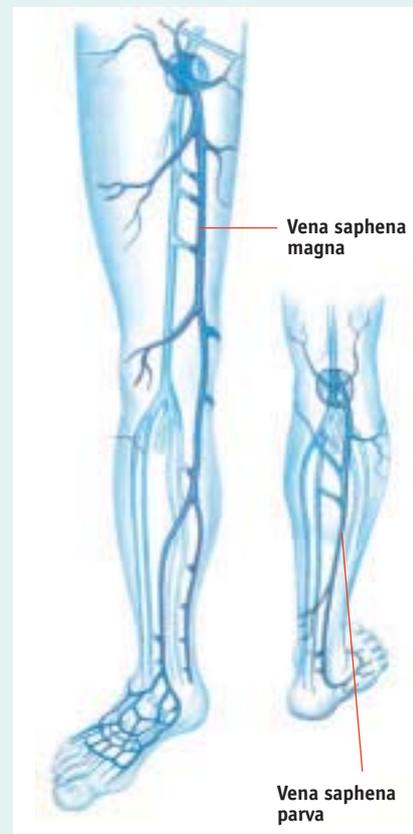
Welche OP-Methoden gibt es?

Die bekannteste und älteste Methode ist die nach Babcock. Bei diesem Strippingverfahren erfolgt ein Schnitt im Bereich der Leiste oder Kniekehle, die oberflächige Vene wird abgesetzt und durch einen weiteren kleinen Schnitt bis zum tiefsten Punkt ihrer Erkrankung gestrippt. Diese Methode ist inzwischen deutlich verfeinert worden. Heute sind die Schnitte nur noch sehr klein, das Operationsverfahren erfolgt schonend, etwa mit der Häkelmethode. Dabei werden die Seitenastkrampfadern, die von den Hauptvenen ausgehen, durch mehrere ein bis zwei Millimeter lange Schnitte im Bereich der Hautlinien mit einer speziellen Häkelnadel herausgeholt. Ich selber habe solche Nadeln entwickelt. Seit sieben Jahren gibt es jetzt zusätzlich noch das endoluminale Verfahren. Das heißt, dass die Venen von innen „verschweißt“ werden, entweder per Laser oder Radiowelle.

Bei der Laserbehandlung werden die Krampfadern per Ultraschall exakt markiert und eine Lasersonde bis zur obersten defekten Venenklappe vorgeschoben. Dann wird eine spezielle Betäubungslösung in die Vene injiziert, die Krampfader ultraschallgesteuert langsam zurückgezogen und verschweißt. Kleine Krampfadern können noch während der Behandlung durch Mini-Schnitte entfernt werden. Die Radiowellentherapie funktioniert ähnlich, nur dass die Gefäßwände durch Hitze verschlossen werden. Beide Eingriffe erfolgen ambulant. Der Patient ist sofort wieder mobil. Mit beiden Methoden werden ebenfalls gute Ergebnisse erzielt.

Warum zögern viele Patienten, sich operieren zu lassen?

Ich glaube, Patienten haben Angst, weil in der Vergangenheit viele Venen grob gestrippt wurden. Diese Methode war für die Patienten teilweise recht



schmerzhaft, der Krankheitsverlauf langwierig. Das ist heute sicher ein Grund, warum so viele Patienten mit Venenproblemen erst bei hohem Leidensdruck zum Phlebologen oder Gefäßspezialisten gehen.

Was ist anders bei der modernen chirurgischen Venen-Therapie?

Früher wurde aus technischen Gründen immer die ganze Vene entfernt, obwohl sie meist nur zum Teil defekt war. Heute können mit verfeinerten Untersuchungs- und Operationsmethoden die intakten Venen erhalten werden. Das hat den Vorteil, dass man später noch Venen für mögliche Bypässe bei Herz- und anderen Gefäßerkrankungen zur Verfügung hat.

Angst vor der Narkose? Das muss heute nicht mehr sein!

Dr. med. Gabriele Oboussier

Moderne Narkosemittel sind gezielter wirksam und werden vom Organismus schneller wieder abgebaut. In der Klinik Fleetinsel Hamburg erwartet den Patienten ein hochspezialisiertes Team aus Fachärzten, Fachschwestern und -pflegern für Anästhesie und Intensivmedizin. Es sorgt, unterstützt durch modernste Narkosetechnik, für die Sicherheit und das Wohlbefinden des Patienten vor, während und nach der Operation. Dazu ein Gespräch mit Dr. Gabriele Oboussier, leitende Ärztin der Abteilung für Anästhesie.

Trotz moderner Narkoseverfahren und -mittel haben viele Patienten, die vor einer OP stehen, immer noch Angst vor der Narkose. Dr. Gabriele Oboussier spricht von einer Urangst des Menschen vor der Bewusstlosigkeit und dem Gefühl des Ausgeliefertseins. Darum nehmen sie und ihr Anästhesie-Team sich besonders viel Zeit für das Narkosevorgespräch. Die Anästhesistin überprüft dabei die individuelle Krankengeschichte, die Befunde sowie momentane Befindlichkeit des Patienten, um das entsprechende Narkoseverfahren auswählen zu können. Natürlich klärt sie dabei den Patienten auch über die Risiken sowie Verträglichkeit des jeweiligen Verfahrens auf und beantwortet geduldig alle Fragen. Hier die häufigsten.

Welche Narkoseverfahren gibt es und wann werden sie eingesetzt?

„Es gibt heute verschiedene Verfahren, welches besser oder schonender ist, kann man nicht sagen. Die Auswahl richtet sich nach der individuellen Situation des Patienten.“

Die am häufigsten verwendete Art ist die Vollnarkose (Allgemeinanästhesie), gefolgt von der Leitungsbetäubung (Regionalanästhesie). Bei der Vollnarkose wird ein zentral wirkendes Schlaf- sowie Schmerzmittel direkt in die Vene gespritzt (injiziert). Eventuell kommt



Entspannung und Gespräche vor der OP mindern die Angst vor der Narkose.

noch ein Muskelerlähmungsmittel (Muskelrelaxans) oder ein Kreislaufmittel hinzu. Die Atmung des Patienten wird während der OP mit Hilfe eines Beatmungsgerätes unterstützt. Bei der Leitungsbetäubung injiziert man ein örtlich wirkendes Betäubungsmittel in die unmittelbare Nähe der Nervenleitungsbahnen. Diese werden zeitweise unterbrochen. Bei diesem Verfahren ist zwischen Lumbal-Anästhesie (Spinal-/Peridural-Anästhesie) und Schulter-Arm Plexus-Anästhesie zu unterscheiden. Bei der Lumbal-Anästhesie wird mit einer feinen Kanüle ein örtliches Betäubungsmittel in den unteren Lendenwirbelbereich gespritzt. Das Rückenmark bleibt davon unberührt. So werden Beweglichkeit und Schmerzempfinden im unteren Körperbereich vorübergehend ausgeschaltet. Diese Methode findet bei operativen Eingriffen in der unteren Körperhälfte des Patienten Anwendung. Sie hat den Vorteil, dass der Patient bei vollem Bewusstsein ist, über Kopfhörer beruhigende Musik hören kann und seine Lunge nicht künstlich beatmet werden muss.

Es gibt auch regionale Betäubungsverfahren speziell für den Schulter- und Armbereich. Dabei werden Beweglichkeit und Schmerzempfinden durch ein

örtliches Betäubungsmittel beeinflusst. Bei Eingriffen am Unterarm, Unterschenkel oder Fuß können auch kleinere Nervenbahnen gezielt, z. B. auch für die Schmerztherapie nach der Operation (postoperativ) für bestimmte Zeit blockiert werden.“

Was geschieht bei Vollnarkose?

„Zu Beginn bekommt der Patient eine Infusion angelegt, über die Narkosemittel gespritzt wird. So wird ein tief-schlafähnlicher Zustand erreicht und die Schmerzwahrnehmung ausgeschaltet. Durch diese Infusion können, falls erforderlich, auch Schmerz- oder Kreislaufmittel zugeführt werden.“

Was hat sich bei den Narkosemitteln verändert?

„Die heute verwendeten Narkosemittel können individueller dosiert und terminiert werden. Ein weiterer Vorteil ist, dass sie vom Organismus innerhalb extrem kurzer Zeit abgebaut werden. Hilfreich dabei: Infusionen, die der Patient u. a. zur Unterstützung der vitalen Funktionen erhält. Nur in sehr seltenen Fällen kommt es heute noch zu Nachwirkungen wie Übelkeit und Erbrechen. Dagegen gibt es jedoch spezielle Medikamente.“

Krankengymnastik gleich nach der OP

Jutta Kraemer

Welche Rolle spielt dabei die Schmerztherapie?

„Die Schmerztherapie hat zum Ziel, den Schmerz zu unterdrücken, nicht zu behandeln. Sie muss geplant und rechtzeitig vor der Entstehung des Schmerzes eingeleitet werden, damit dieser möglichst erst gar nicht auftreten kann. Es werden heute orale und/oder intravenös wirkende Schmerzmittel verwendet, die zeitlich und mengenmäßig fein gesteuert eingesetzt werden können. Bei der Regionalanästhesie, der so genannten Schmerzblockade, werden die Nervenbahnen mit einem lang wirkenden Betäubungsmittel blockiert. Dieses Verfahren wird, wie bereits erwähnt, bei Operationen im unteren Körperbereich, aber auch an der Schulter und am Arm angewandt.“

Wie groß ist das Risiko bei einer Narkose für den Patienten?

„Wie jeder OP-Eingriff ist die Narkose nicht frei von Risiken. Daher ist auch das Vorgespräch mit dem Narkosearzt so wichtig. Hier wird geklärt, wie der Gesundheitszustand des Patienten ist und ob ein Risiko besteht, auf das sich das Narkoseteam während der OP einstellen muss.“

Die Klinik verfügt über einen speziell eingerichteten Aufwachraum für Patienten. Was geschieht dort?

„Dort werden die Patienten nach der Operation von speziell ausgebildeten Fachschwestern und unter Aufsicht eines Anästhesisten überwacht und betreut. Aber auch auf seinem Zimmer erhält der Patient noch einen Besuch von mir, weil ich wissen möchte, wie es ihm nach der OP und Narkose geht.“

Anders als in der Vergangenheit werden Patienten heute nach Möglichkeit schon am Tag der OP mobilisiert und erhalten Krankengymnastik. Das ist auch in der Klinik Fleetinsel Hamburg üblich. Jutta Kraemer, Leiterin der der Klinik angeschlossenen Praxis für Krankengymnastik mit Schwerpunkt Orthopädie, erklärt die Gründe hierfür. Mit ihrem Team versorgt sie die operierten Patienten in der Klinik Fleetinsel, auch am Wochenende.

Welche Maßnahmen umfassen Krankengymnastik oder Physiotherapie?

„Der Begriff Physiotherapie kommt aus dem Altgriechischen und bedeutet körperliche Behandlung. In Deutschland wird dies häufig als Krankengymnastik bezeichnet, umfasst aber wesentlich mehr. So werden die verschiedenen Anwendungen der Massage, der manuellen Therapie (z. B. Lymphdrainage) und der physikalischen Therapie (Kälte- und Wärmebehandlungen) dazu gezählt.“

Welche Wirkungen erzielen die Behandlungen und Übungen?

„Krankengymnastik kann dazu beitragen, das gestörte Gleichgewicht des

Körpers bei verkürzter Muskulatur, Haltungsschäden, Fehlbelastungen oder nach einem operativen Eingriff (z. B. Einbau eines Kunstgelenks) wieder herzustellen. Sie kann aber auch versteifte und blockierte Gelenke beweglicher machen. Dies wird u. a. erreicht mit Übungen, die Gang, Haltung und Gleichgewicht des Patienten schulen oder Atmung und Koordination verbessern.“

Das Training mit dem Patienten beginnt am Operationstag, manchmal bereits nach dessen Eintreffen in der Klinik. Dann üben wir das Gehen mit Hilfe der Unterarmgehstützen. Damit beugen wir eventuellen Ängsten und Unsicherheit vor. Das gilt vor allem für das Gehen auf Treppen.

Eine derartig frühe Mobilisation hilft, Nebenwirkungen wie z. B. Thrombosen zu vermeiden. Sie unterstützt auch den Heilungsprozess. Die Bewegung ist außerdem ein Kreislauftraining und kann auch die Psyche positiv beeinflussen. Bei älteren Menschen erfolgt nach Bedarf zusätzlich ein „Stützkrafttraining“ zur Stärkung der Armkraft. So fällt das Gehen mit den Unterarmgehstützen leichter. Das gesamte Praxisteam geht sehr aufmerksam auf die unterschiedlichen Wünsche und Bedürfnisse der Patienten ein.

Wichtig sind auch Hinweise und Erklärungen von bestimmten Bewegungsabläufen, die z. B. bei einem neuen Hüftgelenk unbedingt zu beachten sind, um eine Lockerung des Gelenks zu vermeiden (Luxation). Der Patient erhält bereits in der Klinik Fleetinsel wertvolle Hilfen und Tipps für zu Hause.“

Nach Verlassen der Klinik können sich Patienten weiter ambulant in der Praxis von Jutta Kraemer, Telefon 040/3751 9090, behandeln lassen.



Die Physiotherapie wird schon am Tag der OP angewendet. Die betroffenen Stellen werden mobilisiert und dies fördert beträchtlich den Heilungsprozess.

Wenn der Rücken schmerzt und die Beine plötzlich nicht mehr wollen

Platzmangel im Körper: Verengung des Wirbelkanals (Spinalkanal-Stenose)

PD Dr. med. Achim Hedtmann



Es trifft Menschen ab Fünfzig beim Laufen, Gehen, Golfen oder Shopping. Plötzlich geht nichts mehr. Heftige Schmerzen schießen von der Lendenwirbelsäule in die Beine. Eine kurze Pause und die Schmerzen lassen nach. Viele Betroffene gehen dabei instinktiv in die Hocke. Ideal, denn so bilden sich die Symptome in wenigen Minuten zurück. Aber genau so schnell sind sie wieder da. Der „Schaufenster-Krankheit“ ähnlich und doch ganz anders.

Die Symptome ähneln zwar der so genannten „Schaufenster-Krankheit“, bei der die Arterien verengt sind, sie beschreiben aber eine andere, wenig bekannte Krankheit, die Wirbelkanalverengung. Diese hat andere Ursachen. Dazu eine kurze Erklärung der Wirbelsäule mit Hilfe einer Grafik: Die Wirbel-

säule ist aus einzelnen Wirbeln aufgebaut, die den Wirbelkanal umschließen (s. Abb. 1 und 2 a). Im Wirbelkanal liegt geschützt das Rückenmark, das in der Höhe des zweiten Lendenwirbels endet. Darunter verlaufen die vom Rückenmark ausgehenden Nervenfasern. Der Wirbelkanal (Spinalkanal) ist normalerweise weit genug, dass die Nervenfasern dort ausreichend Platz haben. Der Kanal wird vorne von den Rückflächen der Wirbelkörper bzw. der Bandscheibe begrenzt und seitlich von den Wirbelgelenken und den jeweils durch ein Band verbundenen Wirbelbögen. Sie verbinden sich hinten zum Dornfortsatz (s. Abb. 2 a). Der Wirbelkanal kann seitlich, örtlich oder allgemein eingeengt sein.

Ursachen sind bekannt, doch die Krankheit wird selten frühzeitig erkannt.

Die Ursachen für eine Spinalkanal-Stenose sind anlage- und oder verschleißbedingt. Die Nerven im eingeengten Wirbelkanal werden gequetscht und verursachen Schmerzen und Gehstörungen. Die Gehstrecken solcher Patienten werden mit der Zeit immer kürzer. Weitere Symptome: Schwere Beine, Taubheitsgefühl, Kribbeln oder Läh-

mung, aber auch Blasen- und Mastdarmstörungen.

Ständiger Druck im Kanal kann zu bleibenden Schäden führen.

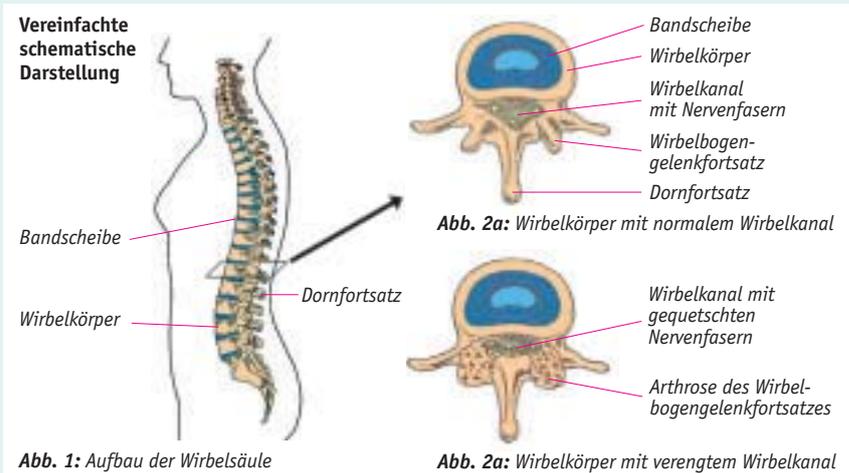
Durch den ständigen Druck im Spinalkanal kann es, so der Wirbelsäulen-chirurg Dr. Achim Hedtmann, Klinik Fleetinsel Hamburg, zu bleibenden Schädigungen der Nervenwurzeln kommen. „Die Enge kann in allen Abschnitten des Wirbelkanals auftreten, betrifft aber vor allem die Lendenwirbelsäule“, erklärt Dr. Hedtmann. „Betroffen sind besonders Menschen ab Fünfzig.“ Die Erkrankung nimmt zu, ist aber auch unter Ärzten wenig bekannt. Oft vergehen Jahre mit Untersuchungen bis zur richtigen Diagnose.

Bei Reizung der Nerven reicht eine konservative Behandlung.

Sind nur die Nerven gereizt, können Medikamente, physikalische Therapie und Krankengymnastik helfen. Wenn diese keine deutliche Besserung bringen, ist eine Operation angebracht. Ziel dabei ist, die eingeengten Nervenfasern von ihrem Druck zu entlasten. Dazu werden die Anteile, die den Spinalkanal einengen, mit einer hochoptischen Diamantfräse entfernt. Dieses operative Verfahren sollte durch einen erfahrenen Wirbelsäulen-chirurgen erfolgen. Der Schnitt bei diesem Eingriff ist nur 3–4 Zentimeter breit und der Patient nach wenigen Tagen wieder auf den Beinen. „Viele Patienten, die vorher nur noch wenige Meter laufen konnten, erleben diese Operation als ein Wunder“, so Dr. Hedtmann.

Wie sind die Erfolgsaussichten?

„70–80 % sind mit der Operation zufrieden. Bei gleichzeitiger Wirbelsäulenverkrümmung (Skoliose) oder Wirbelgleiten ist ein zusätzlicher stabilisierender Eingriff nötig.“ Bei schweren Verschleißerscheinungen bleibt die Belastbarkeit der Wirbelsäule nach dem Eingriff vermindert. Daher sollten in den ersten Wochen nach der OP starke Belastungen der Lendenwirbelsäule vermieden werden – dazu gehören schweres Heben sowie extreme Dreh- und ruckartige Bewegungen.



Medienspiegel

Hier finden Sie einige Beispiele von redaktionellen Beiträgen, die in Zusammenarbeit mit einzelnen Experten der Klinik erstellt und in verschiedenen Zeitschriften sowie Tages- und Wochenendzeitungen veröffentlicht wurden. Die Veröffentlichungen können auch im Internet unter www.klinik-fleetinsel.de (siehe Presse und Medien) als PDF herunter geladen werden.

2010



Ästhetische und medizinische Fußchirurgie
(Beitrag Dr. Jürgen Walpert)



Krumme schiefe Zehen?
Neu: Kleine Titanplatte macht sofort wieder mobil
(Beitrag Dr. Jürgen Walpert)

2009



„Schulerschmerzen nicht auf die leichte Schulter nehmen“
(Beitrag Dr. Andreas Werner)

FÜR SIE

Krampfadern – was wirklich hilft.
(Beitrag Dr. Christiane Gebhardt)



Journal Gesund

Frauen haben häufiger Fußkrankungen
(Beitrag Dr. Ernst-Helmut Schwer)



Kein Problem mit dem Kniegelenk
(Beitrag Dr. Roland Sellckau)

Ein Zeh tanzt aus der Reihe: Hallux valgus

Keiner sollte Angst vor der OP haben. Modernste schonende OP-Verfahren machen den Patienten schnell wieder mobil.

Dr. med. Diedrich Haesen



Kein Schuh passt mehr. Jeder Gang endet schon nach kurzer Zeit mit Höllenschmerzen. In den meisten Fällen ist eine Fehlstellung der Großzehe die Ursache: Hallux valgus. Trotz hohem Leidensdruck zögern viele Betroffene eine Operation des Hallux valgus jedoch hinaus. Aus Angst und Unwissenheit. Dieser Eingriff kann heute schonend durchgeführt werden, der Patient sofort nach der Operation wieder aufstehen und gehen. Wie das funktioniert, erklärt Dr. Diedrich Haesen, Orthopäde und Fußspezialist der Klinik Fleetinsel Hamburg.

Frauen sind von einem Ballenzeh wesentlich häufiger betroffen als Männer. Wenn die Füße aus der Form geraten, kann es dafür genetische Gründe geben. „Die Verformung entsteht meist als Folge eines Spreizfußes. Senkt sich das Längsgewölbe des Vorfußes ab und streben die Mittelfußknochen nach außen, bildet sich der Ballenzeh. Die Neigung dazu ist ererbt, eine Art genetische Erinnerung an eine Fähigkeit un-

serer Urahnen: Sie konnten die Großzehe ähnlich wie den Daumen weit ab spreizen. Eine Veranlagung, die heute in Deutschland zu etwa 30 Prozent verbreitet ist, davon sind zu 80 Prozent Frauen betroffen.“

Der Hallux valgus ist also keine unmittelbare Folge falscher Schuhe?

„Nein, aber zu enge, spitze Schuhe oder zu hohe Absätze, durch die ein starker Druck auf den Vorfuß ausgeübt wird, beschleunigen die Verformung. Denn mit den Jahren werden Gelenkknorpel und Bänder bei jedem Menschen weicher und dehnbarer, besonders bei schwachem Bindegewebe. Weicht der Ballen des Großzehs zur Fußaußenseite hin ab, entsteht großer Druck. Der Zeh gerät in eine geknickte Schiefstellung und neigt sich zur Fußmitte. In manchen Fällen schiebt er sich sogar unter die zweite und dritte Zehe.“

Wann sollte operiert werden?

„Ein Eingriff ist sinnvoll, wenn Schwielen Schmerzen bereiten, immer wieder Schleimbeutel-Entzündungen auftreten oder sich im Grundgelenk des Zehs bereits eine Arthrose bildet. Je eher die Deformität korrigiert wird, desto besser lassen sich Folgeerkrankungen vermeiden und desto unkomplizierter verläuft der Eingriff. Da dieser aber nicht einfach ist, sollte man einen Fuß-Experten wählen, der Erfahrung mit Hallux valgus-Operationen hat. Es gibt aber auch Betroffene, die ein ausgeprägter Ballenzeh nicht stört. Diese haben erstaunlicherweise keine Beschwerden, somit besteht kein grundsätzlicher Anlass für eine OP.“

Fortsetzung auf der nächsten Seite

Fortsetzung von Seite 7

Was passiert bei der OP?

Die OP, deren Kosten von den Krankenkassen erstattet werden, kann in regionaler Betäubung als auch in Vollnarkose erfolgen. „Gelenkteile werden heute kaum noch entfernt. Die meisten der vielen bekannten Techniken verfahren nach einem ähnlichen Prinzip: Der Mittelfußknochen der ersten Zehe wird möglichst durchtrennt, dann so ausgerichtet verschoben, dass er wieder eine normale Position einnimmt. Werden zum Fixieren des Zehs nur Stifte und Schrauben verwendet, ist der Fuß nach der OP mehrere Wochen lang nicht voll belastbar. Der Patient kann sich nur mit einem speziellen Entlastungsschuh oder Gips und Krücken bewegen. Dies wird ihm durch neue Spezialplatten, wie die von mir entwickelte MetaFix-Platte, erspart.“



Beim Einsatz der innovativen MetaFix-Platte ist der Patient wesentlich schneller wieder mobil.



Die Fehlstellung des Zehs auf der linken Seite und rechts nach der OP mit eingesetzter MetaFix-Platte.

Welche Vorteile hat diese Titan-Platte?

„Die drei Zentimeter lange Konstruktion fixiert den durchtrennten Knochen mit vier Schrauben. Der Winkel zwischen ihnen und der Titanplatte beträgt 90 Grad, weshalb man auch von einer „winkelstabilen“ Platte spricht. Sie fixiert die neue korrigierte knöchernen Position wie ein stabiles Gerüst an einer Hauswand. Der Fuß ist direkt nach der OP wieder belastbar. Außer-



Links der gesunde Fuß. Rechts der Ballenzeh (Hallux valgus) mit der anomalen Spreizung des großen Zehgelenks.

dem muss die MetaFix-Platte nur in Einzelfällen entfernt werden.“

Wann ist der Patient wieder fit?

„Er kann noch am Tag der OP in flachen Schuhen herumgehen und nach ein bis zwei Tagen die Klinik verlassen.“ Zur Überprüfung des aktuellen Heilungsprozesses kommt der Patient mehrmals in die Klinik. Mit der Krankengymnastik kann relativ früh begonnen werden. Normalerweise sind schon nach zwei Wochen die Rückkehr an den Arbeitsplatz sowie Auto- und Radfahren möglich. Dies gilt aber nicht für Berufstätige, die viel stehen oder schwere Arbeit verrichten müssen. Sie sollten mehrere Wochen warten.

Ist ein Rückfall möglich?

Wurde nach einem modernen Verfahren operiert, kann der Hallux valgus erfreulicherweise nur in seltenen Fällen wiederkommen. „Um das noch zu optimieren, müssen neben den knöchernen Korrekturen auch in jedem Fall die Weichteilstrukturen wie Sehnen, Muskeln und die Gelenkknorpel aus ihrer Fehlstellung befreit werden. Abgewinkelte Gelenkflächen benötigen zusätzliche knöchernen Korrekturen.“

Lassen sich Schmerzen durch eine Hallux valgus-OP nicht beheben, liegt meist bereits eine Arthrose im Großzehgelenk (Hallux rigidus) vor, die das Gelenk schon stark geschädigt hat. Dagegen hilft nur eine Versteifungs-OP oder der Einsatz eines Kunstgelenks. Um solche Komplikationen zu vermeiden, sollte man also eine Hallux valgus-OP nicht zu lange aufschieben.

Wissenswertes ...

Medizin von A-Z

Fachbegriffe leicht verständlich

Allgemeinanästhesie

Vollnarkose. Ein zentral wirkendes Schlaf- und Schmerzmittel wird direkt in die Vene gespritzt.

Hallux valgus

Ballenzeh am Fuß.

Hallux rigidus

Arthrose im Großzehgelenk des Fußes.

Lumbal-Anästhesie

Mit einer feinen Kanüle wird ein örtliches Betäubungsmittel in den unteren Lendenwirbel gespritzt. Methode bei einer OP im unteren Körperbereich.

Phlebologie

Venenspezialist.

Physiotherapie

Altgriechisch „körperliche Behandlung“, wird häufig mit Krankengymnastik gleich gesetzt. Die umfasst aber viel mehr, z. B. Massagen, Lymphdrainage und physikalische Therapie (Kälte- und Wärmeanwendungen).

Postoperativ

Nach der Operation.

Regionalanästhesie

Leitungsbetäubung mit örtlich wirkendem Betäubungsmittel.

Thrombose

Bildung eines Blutpfropfens im Kreislaufsystem.

Wirbelkanal-Stenose

Verschleißbedingte Enge im Wirbelkanal.

Varizen

Krampfadern, meistens an den Beinen.

IMPRESSUM

Herausgeber:

Klinik Fleetinsel Hamburg GmbH & Co. KG
Admiralitätsstraße 3-4, 20459 Hamburg
Telefon 040/3767 1-0

Internet: www.klinik-fleetinsel.de

E-Mail: info@klinik-fleetinsel.de

Verantwortlich für den Inhalt:

Dr. Achim Hedtmann, Dr. Christiane Gebhardt,
Dr. Jürgen Walpert

Redaktion:

Ellen Hosbach, Johanna Strömsdörfer
Ellen Hosbach Kommunikationsberatung Hamburg

Gestaltung und Druck:

LD Druck, Hamburg