



## Ergänzung zur Aufklärung über Ihre geplante Fußoperation

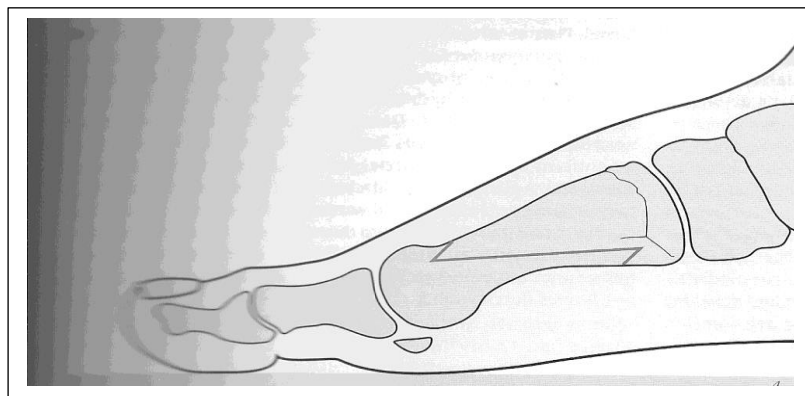
Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Dieser Bogen soll Ihnen noch einmal die geplante Operation nahebringen und wichtige Hinweise zur Nachbehandlung geben. Nach einer ausführlichen Analyse Ihrer Beschwerden, einer genauen klinischen Untersuchung, nach Analyse Ihrer Röntgenbilder und der Diskussion der Nachhaltigkeit der Methoden haben wir gemeinsam das Ihrer individuellen Situation angepasste Operationsverfahren ausgewählt. Es entspricht dem m.E. derzeitigen besten Verfahren für Ihre spezielle Situation. Dabei wurde beachtet, dass ein operatives Verfahren prinzipiell erst nach Ausschöpfen konservativer nicht-operativer Möglichkeiten zur Anwendung kommen sollte.

### **Ballenzeh-Operation durch Schaftumstellung des ersten Mittelfußknochens (Meyer/ SCARF)**

Die diaphysäre (Schaft-)Umstellung des ersten Mittelfußstrahls ist eine häufig angewendete Methode zur Korrektur eines mäßig bis stärker ausgeprägten Ballenzehs. Der Spreizfuß, d.h. die Verbreiterung des Vorfußes, wird dabei wenig beeinflusst, der Vorfuß kann aber etwas schmaler, der große Zeh etwas länger werden.

Die Operation wird über einen mäßig ausgedehnten Zugang (Hautschnitt) an der Innenseite des Fußes begonnen. Das Großzehengrundgelenk und der Schaft des ersten Mittelfußknochens bis nahe dem angrenzenden Gelenk zur Fußwurzel sowie angreifende Sehnen werden präpariert und die Gelenkkapsel des Großzehengrundgelenkes eröffnet. Der knöcherne Ballen wird dargestellt und anschließend mit einer feinen Knochensäge sparsam entfernt. Zur Korrektur der Fehlstellung (und auch der Vorfußverbreiterung) wird der gesamte Schaft z-förmig in der Horizontalebene durchtrennt. Jetzt kann eine Verschiebung des körperfernen, fußsohlennahen Schaftfragmentes mit dem anhängenden Großzehengrundgelenks nach außen erfolgen. Aufgrund der weit nach fußwurzelwärts ausgeführten Osteotomie ergibt sich ein relativ hohes Korrekturpotential, aufgrund der Schnittführung eine großer Knochenkontakt mit einer hohen Primärfestigkeit und Heilungssicherheit.



Nach dem Einstellen der geplanten Korrektur wird der entstandene Überstand auf der Innenseite abgetragen. Die definitive Befestigung erfolgt mit zwei speziellen Kompressionsschrauben aus Rein-Titan oder speziellen resorbierbaren (sich auflösenden) Schrauben. Allergische Reaktionen gegen diese Materialien sind nicht bekannt. Nach einer Röntgenkontrolle mit einem zufriedenstellenden Ergebnis erfolgt der individuelle Wundverschluss, meist ausgeführt als intrakutane Auszugsnaht. Auch die nicht-resorbierbaren Schrauben müssen nach der Ausheilung nicht unbedingt entfernt werden; ich empfehle es jedoch jüngeren Patienten. Dann sollte die Entfernung nach einem halben bis einem Jahr nach der Erstoperation erfolgen.

Bei gleichzeitiger Fehlstellung im Bereich des Großzehs (Hallux valgus interphalangeus) oder noch nicht ausreichender Korrektur (z.B. Verdrehfehltstellung) kann ein ergänzender Eingriff notwendig werden. Dazu wird der Hautschnitt in Richtung Zehenspitze verlängert und das Grundglied der Großzehe präpariert. Der Knochen wird dargestellt und unter Schutz der Sehnen ein Knochenkeil an der Innenseite des Grundgliedes entnommen, ohne dass die Außenseite des Knochens verletzt wird. Durch das Zuklappen des entstandenen Spaltes kann eine verbliebene Fehlstellung der Großzehe korrigiert werden. Die neue Stellung wird dann durch eine kleine Titanklammer, eine Schraube oder auch nur einen sich auflösenden Faden gesichert.

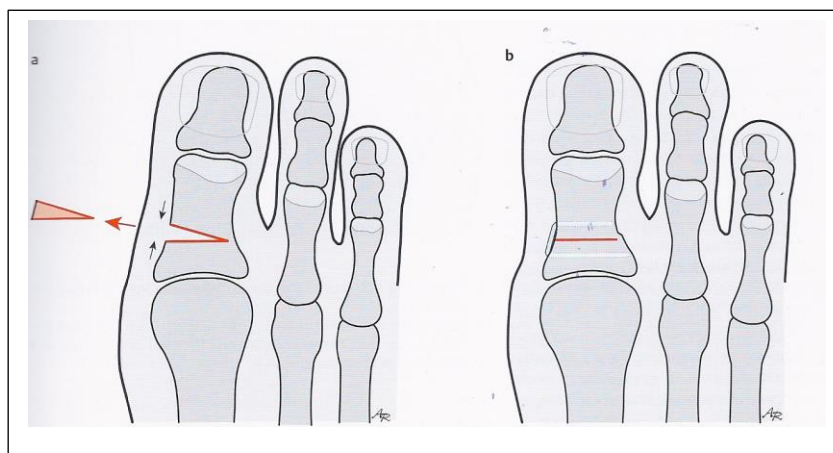


Abbildung: Operationsatlas Fuß und Sprunggelenk, hrsg.- N. Wülker et. Al, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York