



P. Bock, Wien

Leitlinien in der Hallux-valgus-Chirurgie

Allerorts ist die Leitliniendiskussion entbrannt. Auch in der Orthopädie werden Leitlinien für den Arzt und Patienten immer wichtiger. Am 21. Oktober 2006 wurde im SMZ Ost/Wien eine ausgedehnte Diskussion über das Thema der Hallux-valgus-Behandlung geführt.

Die Tagung „Guidelines in der Orthopädie – Hallux valgus – eine 4-Länder-Konferenz“ stellte es sich zur Aufgabe, die Therapie des Hallux valgus von verschiedenen Blickwinkeln aus zu betrachten. Um auch die Meinung internationaler Experten zu hören, wurden Landesvertreter aus Deutschland (Prof. Dr. H. Küster), der Schweiz (Dr. P. Rippstein) und Frankreich (Dr. L. Barouk, Bordeaux) neben österreichischen Experten der Gesellschaft für Fußchirurgie (DL Dr. G. Ivanic, Doz. W. Schneider, Doz. H.-J. Trnka) eingeladen.

Dankenswerterweise stand die Veranstaltung unter der Patronanz der Österreichischen Gesellschaft für Orthopädie, wobei Univ.-Prof. Dr. P. Ritschl in seiner Eröffnungsrede auf die Wichtigkeit von Leitlinien auch im Hinblick auf ökonomische Aspekte hinwies.

Leitlinien sind laut Definition „systematisch erstellte Empfehlungen, um dem Arzt und dem Patienten eine Entscheidungshilfe bei der Behandlung einer bestimmten klinischen Gegebenheit zu bieten“. Sie dienen in erster Linie der Steigerung der Patientenzufriedenheit und der Qualitätsverbesserung und sollten auf evidenzbasierten Informationen beruhen.

Der ehemalige Präsident (2004–2006) der Europäischen Gesellschaft für Fuß- und Sprunggelenkschirurgie, Herr Prof. Küster, Gütersloh, ging nochmals näher auf den Begriff der Leitlinien ein und schilderte die Situation in Deutschland. Leitlinien bieten dem Arzt einen „Be-

handlungskorridor“, in dem er sich bewegen sollte, den er aber in begründeten Fällen verlassen kann oder sogar muss. Bereits vor einigen Jahren (1998) wurden in Deutschland gemeinsam durch den Deutschen Orthopädenverband, den Berufsverband der Orthopäden und die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) Leitlinien für die Therapie des Hallux valgus erstellt. Das Problem der deutschen Leitlinien sieht Prof. Küster darin, dass die Leitlinien zu wenig praxisorientiert und konkret sind.

Im weiteren Verlauf der Tagung wurde der virtuelle Patient skizziert, der den diagnostischen und therapeutischen Behandlungspfad durchwandert.

Orthopädische und erweiterte Diagnostik

Interessant gestalteten sich die Vorträge von OA Dr. Egger (Internist, SMZ Ost) und Prim. Univ.-Prof. Dr. G. Hagmüller (Gefäßchirurgie, Wilhelminenspital). Dr. Egger betonte, dass vor der Entscheidung für oder gegen eine Operation auch eine internistische Anamnese stehen sollte, um Risikofaktoren zu erheben. Eine internistische „Freigabe“ hält er nur dann für notwendig, wenn Risikofaktoren zu erheben sind. Die Optimierung einer Diabetestherapie ist auf jeden Fall zu empfehlen.

Prof. Hagmüller befasste sich mit der angiologischen Abklärung. Differentialdiagnostisch kann es sich beim „Fuß-

schmerz“ auch um eine PAVK handeln. Prinzipiell schlägt Prof. Hagmüller eine Palpation der Fußpulse und einen einfachen Screening-Test, den Dopplerindex, vor. Dieser wird aus dem Quotienten systolischer Fußarteriendruck: Armarteriendruck mittels dopplersonographischer Messung des Fußarteriendrucks gebildet. Ist der Wert unter 0,6, liegt höchstwahrscheinlich eine Minderdurchblutung vor. Besonders auf das Zusammenspiel mehrerer Risikofaktoren (art. Hypertonie, Diabetes mellitus, Hyperlipidämie) sollte geachtet werden.

Die orthopädische Diagnostik schließt ein Röntgen des Fußes seitlich und dorsoplantar im Stehen und eine klinische Untersuchung des Fußes und der gesamten unteren Extremität ein. Die Entscheidung, ob eine konservative oder operative Therapie eingeschlagen wird, hängt von einigen Faktoren wie Knochenqualität, Alter des Patienten, etwaige Nebenerkrankungen (Neuropathie, Diabetes mellitus, vaskuläre Erkrankungen) ab und sollte erst dann getroffen werden, wenn der Patient ausführlich über alle Risiken eines operativen Eingriffs aufgeklärt wurde.

Therapeutische Möglichkeiten

DL Dr. Ivanic (LKH Stolzalpe) gab einen Überblick über die Möglichkeiten der konservativen Therapie. Große Bedeutung hat die konservative Therapie vor allem bei jenen Patienten, die aufgrund von Risikofaktoren nicht operiert werden

können. Die konservative Therapie kommt auch ins Spiel, wenn wir im Rahmen eines Aufklärungsgesprächs für eine Operation auf Alternativen zur Operation hinweisen. Der Patient mit Hallux-valgus-Fehlstellung klagt vor allem über Schmerzen medial über dem Großzehengrundgelenk aufgrund der medialen Pseudoexostose. Zusätzlich kommen Probleme aufgrund von Begleiterscheinungen wie Hammerzehen, Metatarsalgien und einer Gehschwäche zum Tragen. Als Behandlungsformen stehen chirotherapeutische Methoden, Orthesen, Einlagen und Schuhmodifikationen bis zum orthopädischen Schuh zur Verfügung. Die Therapie ist in diesem Fall nicht kausal, sondern symptomatisch, da die Fehlstellung an sich nicht behandelt wird. Ziel sind Schmerzreduktion und Steigerung der Lebensqualität. In vielen Fällen wird eine Kombination aus chirurgischer und orthopädiemethodischer Therapie angewandt. Dr. Rippstein (Schulthess-Klinik, Zürich) diskutierte die Möglichkeiten der operativen Therapie. Die Indikation zur Operation sollte seiner Meinung nach nicht nur nach dem Schweregrad der radiologischen Fehlstellung, sondern vor allem nach den Beschwerden des Patienten gestellt werden. Konservative Maßnahmen müssen mit dem Patienten zumindest im Rahmen eines ausführlichen Aufklärungsgesprächs gemeinsam mit Risiken und Erfolgsaussichten besprochen werden. Bei der operativen Therapie sprach sich Dr. Rippstein für die Auswahl einiger weniger Verfahren für den einzelnen Chirurgen aus, da so gewährleistet werden kann, dass der Chirurg das jeweilige Verfahren gut beherrscht. Standardverfahren sind gelenkserhaltende Operationstechniken. Eine interessante Ansicht vertrat Dr. Rippstein hinsichtlich eines Algorithmus bezüglich eines distalen, diaphysären oder proximalen Verfahrens. Seiner Meinung nach sollte nicht nur der IM-Winkel, sondern auch die Breite des Metatarsale I und die Verschiebekapazität mit ins Kalkül gezogen werden. Dr. Rippstein sprach sich allgemein nicht für ein einziges Verfahren als Allheil-



H. Küster, Gütersloh



P. Rippstein, Zürich



L. Barouk, Bordeaux

mittel aus, sondern plädierte vielmehr dafür, dass jeder Chirurg seine bevorzugte(n) Methode(n) anwenden sollte, wobei die Gelenkerhaltung im Vordergrund steht.

Postoperative Ergebnisse

Der zweite Block beschäftigte sich mit den Ergebnissen der chirurgischen Therapie. Doz. Schneider (Orthopäd. Spital Speising) präsentierte die Langzeitergebnisse der Chevron-Osteotomie. Für ihn gelten die fortgeschrittene und symptomatische Arthrose wie auch ein höhergradiger IM-Winkel mit einem immobilisierenden TMT-I-Gelenk als Kontraindikationen für diese Methode. Im Rahmen der Nachuntersuchung wies Doz. Schneider be-

sonders auf die Zunahme der Arthrose im Laufe der Zeit hin. Prof. Bösch (KH Wr. Neustadt) stellte seine Ergebnisse der Bösch-Osteotomie zur Diskussion und betonte bei dieser Technik vor allem die maximale Verschiebung des MT-I-Köpfchens über die Sesambeine und eine korrekte Nachbehandlung. Prof. Bösch beeindruckte vor allem mit der minimalinvasiven Operationstechnik, die ohne lat. Release auskommt. Doz. Trnka (Fußzentrum Wien) präsentierte kurz- bis mittelfristige Ergebnisse einer modifizierten Technik der Ludloff-Osteotomie und konnte zeigen, dass dieses Verfahren sehr gute Ergebnisse verspricht. Als Risikofaktoren für den Eingriff führte Doz. Trnka vor allem eine mangelhafte Operationstechnik und eine schlechte Knochenqualität bei älteren Patienten an. Dr. Bock (SMZ Ost) zeigte erste Ergebnisse einer 10-Jahres-Nachuntersuchung der Scarf-Osteotomie, wobei ca. ein Viertel der Patienten wiederum eine Hallux-Fehlstellung von über 20° aufwies, ohne allerdings über Beschwerden zu klagen.

Wie gelingt es uns allerdings, die Qualität der fußchirurgischen Eingriffe zu sichern. Doz. Trnka sprach sich für eine gute Ausbildung, Fortbildung, aber auch für das Erstellen standardisierter Vorgehensweisen bei der Untersuchung, Indikationsstellung, Operationstechnik und Nachbehandlung aus. Die Überprüfung der Ergebnisse sollte im Rahmen regelmäßiger Nachuntersuchungen erfolgen. Zusammenfassend stellte Doz. Trnka fest, dass sich die Fußchirurgie in den letzten Jahren immer mehr zu einer Subspezialisierung in der Orthopädie entwickelt hat, die auch einer gewissen Ausbildung bedarf.

Zum Abschluss der Tagung wurden Fußexperten aus vier Ländern zu verschiedenen Themen befragt. In der Indikationsstellung waren die Proponenten unterschiedlicher Meinung. Zwei der fünf Befragten gaben an, neben dem Schmerz und der Progredienz der Fehlstellung auch kosmetische Aspekte mit ins Kalkül zu ziehen. Einigkeit herrschte beim Thema

der konservativen Therapie. Eine konservative Therapie kann immer versucht werden, ohne dem Patienten zu schaden. Auch das postoperative Management kann konservative Maßnahmen wie Einlagen oder Physiotherapie beinhalten. Wann der beste Zeitpunkt für die postoperativen Kontrollen sei, wurde ebenfalls kontrovers diskutiert. Zwei der Experten forderten eine 1-Jahres-Kontrolle, andere hielten dies nicht für unbedingt notwendig.

In Österreich wurde im Jahr 2005 von der Österreichischen Gesellschaft für Fußchirurgie eine Konsensustagung zum Thema Hallux valgus durchgeführt. Informationen dazu finden sich auf www.fussgesellschaft.at/page/gese-kons.html.

Autor: Dr. Peter Bock
Orthopädie SMZ Ost

Vorstand: Prim. Univ.-Prof. Dr. A. Engel
Langobardenstr. 122, 1220 Wien

E-Mail: peter.bock@wienkav.at
ort010700