

**Referent/in**

Horter, Melanie (Coesfeld DE) | Dr. med.

SPZ Westmünsterland in Coesfeld - Pädiatrische Neuroorthopädie und Technische Orthopädie

**Titel**

Komplexe therapierefraktäre Klumpfußversorgung aus operativer Sicht

**Coauthors**

None

**Zusammenfassung**

-

**Hintergrund**

Die Hereditäre motorisch-sensible Neuropathie (HMSN) ist eine heterogene Gruppe genetischer Erkrankungen, die zumeist autosomal dominant vererbt wird und mit unterschiedlich ausgeprägter motorischer und sensibler peripherer Neuropathie (Prävalenz 1:2500) auftritt.

Bei der HMSN Typ I (Klassifikation nach Dyck), der Charcot-Marie-Toth-Erkrankung, resultiert häufig ein beidseitiger Klumpfuß mit einem Rückfuß varus, Vorfuß adductus et supinatus, (Vorfuß-) Spitzfuß und ein Hohlfuß. Das Vollbild ist ein Ballenhohlfuß.

Dieser führt - bei den zumeist jungen Patienten - zu einer Mobilitätseinschränkung und somit zu einer starken Minderung der Lebensqualität.

**Material Methode; Durchführung/ Prozess**

Nach Ausschöpfung konservativer Maßnahmen (Schuhversorgung, Orthetik) führen wir ein abgestuftes, individuell angepasstes operatives Verfahren durch. Zunächst setzen wir Weichteileingriffe wie Sehnedurchtrennungen, -verlängerungen und -transfers ein, bei fixierten Deformitäten zusätzlich Osteotomien.

Ziel unseres Behandlungskonzeptes ist eine Beschwerdelinderung, Gangbildoptimierung und die Verbesserung von pedobarographisch pathologischen Druckverteilungsmustern zur Verhinderung von Spätfolgen.

Wir untersuchten die Ergebnisse von 36 adoleszenten Patienten mit neuromuskulären Ballenhohlfüßen bei HMSN (16w, 20m; Durchschnittsalter: 14,5 Jahre). Es wurden 78 Operationen mit 304 Prozeduren an 42 rechten und 36 linken Füßen durchgeführt.

Pedobarographische Untersuchungen erfolgten standardisiert prä- und postoperativ sowie im Verlauf.

### **Ergebnisse**

Im Rahmen der Operationen wurden 272 Weichteileingriffe durchgeführt: 72 Sehnenverlängerungen (davon 39 an der Achillessehne), 91 Tenotomien (davon 45 x Plantarfaszienrelease n. Steindler), 94 Sehnentransfers (davon 17 x nach Hibbs, 17 x nach Jones, 20 x nach Gocht und 27 x Anticuistranfers) und 15 sonstige Prozeduren. Knöcherne Eingriffe wurden 32 x durchgeführt, davon 14 an der Fußwurzel und 18 am Vorfuß. Das bedeutet, dass lediglich in 10,5 % der Fälle knöcherne Operationen notwendig waren. Lässt man die weniger invasiven Eingriffe am Vorfuß heraus, sind es sogar nur 4,6 %. Das durchschnittliche Alter dieser Gruppe lag mit 15,8 Jahren höher als beim Gesamtkollektiv.

### **Diskussion/ Schlussfolgerung; Fazit für die Praxis**

Deformitäten alleine sind keine OP-Indikation. Entscheidend ist die damit verbundene Verbesserung der Funktion. Bei der Notwendigkeit von operativen Eingriffen führen wir bei flexiblen Deformitäten zunächst Muskelrebalancierungen durch. Knöcherne Eingriffe werden – insbesondere bei Adoleszenten – nur durchgeführt, wenn gravierende knöcherne Deformitäten vorliegen. Das abgestufte Operationskonzept führt zur Beschwerdereduktion, Gangbildverbesserung und zur Verbesserung von pedobarographischen Druckverteilungsmustern mit Verhinderung von Spätfolgen. Aufgrund des progredienten Verlaufs der Erkrankung gestaltet sich eine definitive Korrektur langfristig dennoch schwierig, knöcherne Eingriffe werden zunehmend notwendig.

### **Literaturreferenzen**

-