

Fusschirurgie Vorfussballen

Quintus varus (Schneider-Ballen)

Der Quintus varus (im englischen „taylor’s bunion“, im französischen „bunionette“ und im spanischen „juanete de sastré“ genannt) ist charakterisiert durch ein seitlich stark prominentes fünftes Mittelfussköpfchen am Kleinzehen-Grundgelenk. Meist ist dies begleitet von einer Ablenkung der Kleinzehne zur Innenseite des Fusses, wobei es zum Über- oder Unterkreuzen der vierten Zehe kommen kann. Die Deformität tritt häufiger beim weiblichen Geschlecht und meistens beidseitig auf.



Quintus varus klinisch



Quintus varus Röntgenbild

Die Begründung des Zusammenhangs der Beschwerden mit dem Schneider-Beruf stammt aus dem 19. Jahrhundert, wegen dem damals üblichen Schneidersitz bei der Arbeit. Diese Position führt zu einem Überdruck an der Aussenkante des Fusses und vor allem am Köpfchen des fünften Mittelfussknochens. Als andere äussere Ursachen kommen heute eher enges Schuhwerk oder Unfallfolgen in Frage.

Häufig sind es aber innere Ursachen die zu Beschwerden am fünften Metatarsale führen:

- Ein vergrössertes und seitlich vorstehendes Köpfchen bei ansonsten normalem fünftem Mittelfussknochen.
- Eine Ablenkung des fünften Mittelfussknochens zur Aussenseite des Fusses wodurch das Köpfchen prominent wird (anlagebedingt oder bei laxem Spreizfuss).
- Ein fünftes Metatarsale das bogenförmig nach aussen gedreht ist und dadurch eine Prominenz des Köpfchens hervorruft.

Die Patienten berichten über eine schmerzhaft gerötete Vorwölbung, am seitlichen Fussrand auf Höhe des fünften Mittelfussköpfchens. In einigen Fällen kann sich hier sogar eine Schleimbeutelentzündung ausbilden oder ein schmerzhaftes Hühnerauge. Verschlimmert werden die Symptome durch enges Schuhwerk und Schuhe mit hohen Absätzen, so dass diese nicht mehr toleriert werden können. Aber auch bei Sportlern und Leichtathleten findet sich diese Deformität. Die Indikation zur Behandlung basiert in der Regel auf der Schmerz-Symptomatik der Patienten.

Behandlungsmöglichkeiten des Quintus varus:

Wiederum können bei leichten Beschwerden konservative Massnahmen ausreichend sein wie weites Schuhwerk, Silikon-Orthesen zwischen den Zehen, Einlagen, entzündungshemmende Schmerzmittel und podologische Pflege der Hyperkeratosen.

Bei stärkeren Beschwerden wird die operative Korrektur der Fehlstellung empfohlen. Glücklicherweise weit zurück liegen die Zeiten als man einfach das ganze Köpfchen des fünften Mittelfussknochens entfernte: dies führte regelmässig zu Transfer-Metatarsalgien am vierten Mittelfussknochen.

Bei den **"Erhaltenden"** Operationstechniken wird versucht die Deformität zu korrigieren ohne das Gelenk zur Kleinzehe zu zerstören. Es sind zahlreiche offene Osteotomien vorgeschlagen worden auf verschiedenen Höhen des fünften Mittelfussknochens. Zusätzlich wird - ähnlich wie beim Hallux valgus - eine Entlastung der Weichteile durchgeführt (Tenotomien und Kapseldurchtrennung), sowie bei Bedarf die Entfernung des Überbeines (Exostosectomie) am Köpfchen des fünften Metatarsale.

Der fünfte Strahl, mit seiner feinen Knochen- und Weichteilstruktur, eignet sich hervorragend für die minimal-invasiven Techniken. Auch hier werden dank der minimalen Weichteilschädigung kaum Durchblutungs- oder Sensibilitätsstörungen beobachtet. Eine Fixation durch Drähte oder Schrauben ist nicht nötig und Konsolidationsstörungen der Knochen treten praktisch nie auf.

Die minimal-invasive Quintus varus Operation:

Sie dauert zirka 30 Minuten und kann bei entsprechenden Beschwerden auch beidseitig in weniger als 1 Stunde durchgeführt werden.

1. Die Exostosectomie

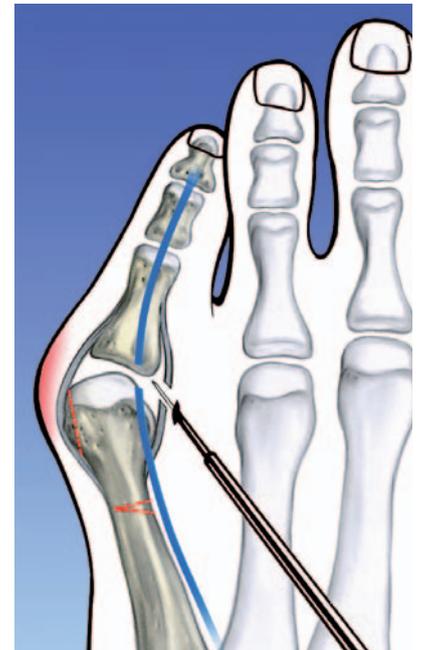
Seitliche Mini-Inzision und Abtragung des knöchernen Überbeines (Exostose) an der Aussenseite des Köpfchens des V Mittelfusssknochens. Dies wird unter Bildwandler-Kontrolle mit einer sehr feinen Knochenfräse durchgeführt. Die entstandene Knochenpaste wird durch dieselbe kleine Öffnung entfernt.



Quintus varus Röntgenbild

2. Tenotomie der Sehnen und Kapsel- durchtrennung

Zweite Stichinzision auf der Innenseite des Kleinzehengrundgelenkes und Durchtrennung der verkürzten Sehnen sowie der Innenseite der Gelenkkapsel bis sich die Zehe ohne Spannung gerade richten lässt. Zusätzlich muss auch fusssohlenseits die Beuge-sehne tenotomiert werden.



Quintus varus Röntgenbild

3. Osteotomie des fünften Mittelfussknochens nach De Prado

Durch eine weitere Mini-Inzision auf der Innenseite des fünften Mittelfussknochens, wird wiederum mit einer feinen Knochenfräse im Übergang des mittleren zum distalen Drittels des fünften Metatarsale eine keilförmige Osteotomie durchgeführt. Durch das Zuklappen der keilförmigen Osteotomie wird die Fehlstellung korrigiert.

Zu beachten ist, dass dabei der äussere Knochenrand stehen bleibt und so nach dem Zuklappen der Osteotomie eine ausreichende Stabilität des Korrekturschnittes besteht, weshalb auch keine Drähte oder Schrauben nötig sind.

Nach der Hautnaht wird ein dicker postoperativer Verband angelegt der den Fuss schützt bis zum ersten Verbandwechsel nach 1 Woche. Für die Mobilisation unter normaler Belastung des Fusses, aber ohne Abrollen desselben, wird ein steifer Verbandschuh angepasst.

Meist können die Patienten am gleichen Tag das Spital wieder verlassen (ambulanter Eingriff), am besten werden sie dabei von jemandem begleitet, denn das Autofahren mit dem steifen Verbandschuh ist nicht erlaubt.

Die Anästhesie des Fusses hält meistens bis zum nächsten Tag, das heisst, der Patient kann zwar die Zehen gut bewegen und den Fuss belasten, er verspürt aber keine Schmerzen und auch die Sensibilität ist reduziert bis der Fuss ganz aufwacht. So lange diese Anästhesie also noch wirkt werden sie den Verbandschuh mit steifer Sohle Tag und Nacht tragen, anschliessend kann er im Bett abgezogen werden.

Beim Austritt bekommen sie die verordneten Medikamente mit, ebenso wird ihnen ein Merkblatt abgegeben, unter anderem sind darauf auch die Telefonnummern ihres Chirurgen vermerkt. Ein Termin zur nächsten Nachkontrolle nach 1 Woche wird ihnen ebenfalls mitgegeben.



Quintus varus korrigiert



Quintus varus Röntgenbild

Abschwellende Behandlung/Mobilisation:

Während der ersten postoperativen Woche ist mit dem Verbandschuh mit steifer Sohle eine vernünftige Gehstrecke zu bewältigen, immer wieder unterbrochen durch Hochlagerungsphasen. Zum Duschen wird der Fuss einfach mit einem Plastiksack geschützt, damit der Verband nicht nass wird.

Am Ende der ersten postoperativen Woche sind die kleinen Wunden meist schon zugeheilt und in der Konsultation können die Hautfäden problemlos entfernt werden. Anschliessend wird ihr Verband neu und auf eine einfache Art und Weise gemacht, so dass sie den Verband täglich selbstständig wechseln können. Auch das Duschen ist jetzt wieder problemlos möglich, ohne den Fuss mit Plastik abdecken zu müssen.

Der postoperative Verbandschuh mit der harten Sohle muss in der Regel während der ersten 4 postoperativen Wochen getragen werden. Danach wird eine Röntgenkontrolle vor der Konsultation gemacht und je nach klinischem und radiologischen Befund das weitere Procedere festgelegt.

Ein bequemer, unterstützender Schuh wird nun angepasst, der genug Platz für den Vorfuss aufweist und kein Herumrutschen des Fusses im Schuh zulässt. Viele Patienten wählen einen etwas breiteren Sportschuh für die Rehabilitationsphase 4 bis 5 Monate postoperativ. In manchen Fällen wird eine Serie Physiotherapie verordnet werden um die Kräftigung und Stabilisation zu fördern, mit dem Ziel wieder ein ausgeglichenes Gangbild zu erreichen.



Quintus varus korrigiert nach 5 Monaten



Quintus varus Röntgenbild

Andere Zehendeformitäten:

Auf eine ähnliche Art und Weise können mit der minimal-invasiven Operations-Technik weitere, seltenere Deformitäten und Probleme der Zehen behandelt werden.

Zum Beispiel:

Klinodaktylie

Nach innen rotiertes und deformiertes Mittelglied der Zehe, meist ist die dritte oder vierte Zehe beidseitig betroffen.

Quintus superadductus

Fehlform der fünften Zehe nach innen mit Überlagerung der vierten Zehe.

Exostosen

Kleine Überbeine an den Zehengliedern, die zu harten oder weichen Hühneraugen führen.

Morbus Freiberg-Köhler II

Avaskuläre Nekrose des zweiten Mittelfussköpfchens, seltener des dritten oder vierten Mittelfussköpfchens.