

Hallux valgus

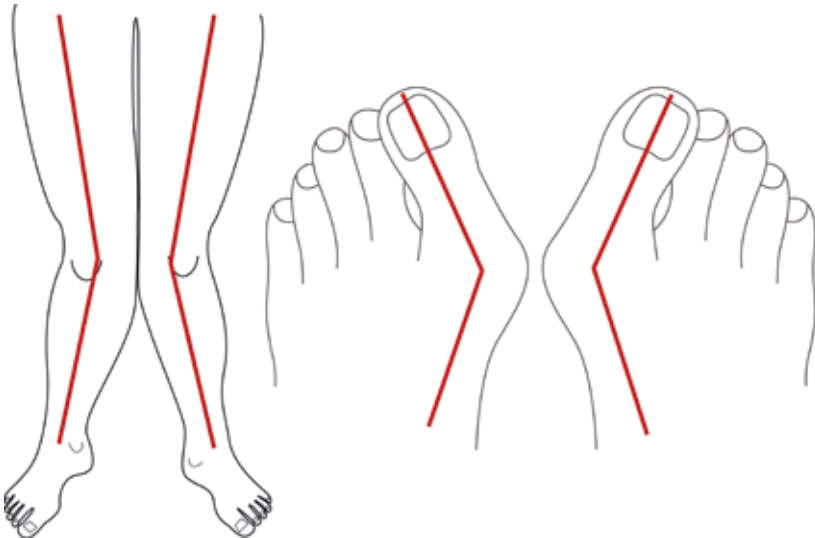
Wer kennt ihn nicht?

Die Hallux valgus genannte Fehlstellung der Großzehe ist nicht nur in Deutschland, Österreich und der Schweiz, sondern weltweit die häufigste Ursache für Patienten, sich bei einem Fußspezialisten vorzustellen. Auch in meiner Praxis ist ein Hallux valgus der häufigste Anlass für einen Termin in meiner Fußsprechstunde.

Der Hallux valgus ist selbst jenen Menschen als häufiges Fußproblem geläufig, die überhaupt nicht unter dieser Fehlstellung leiden. Fast jeder weiß, wie das aussieht. Und fast jeder kennt jemanden, der betroffen ist. Denn sowohl in der Gesund-

heitspresse als auch in Funk und Fernsehen wird, wenn es um Fußleiden geht, in erster Linie über den Hallux valgus berichtet. Doch woher kommen die beiden Begriffe „Hallux“ und „valgus“ überhaupt? Lassen Sie mich einen kleinen historischen Ausflug machen, bevor wir zum Kernproblem kommen. Der Begriff „Hallux“ kommt aus der Antike und entspringt dem Lateinischen. In seiner Urform wurde er „hallus“ geschrieben. Die direkte Übersetzung lautet schlicht „Großzehe“. Da die Römer sehr viel Wissen von den alten Griechen übernommen haben, erscheint es jedoch nur logisch, dass die Wurzeln des Wortes noch älter sind. Der römische Gelehrte Sextus

[42] Valgusstellung am Knie und an der Großzehe



Pompejus Festus erwähnt im 2. Jahrhundert nach Christus erstmals schriftlich den Zusammenhang des Begriffs „hallus“ mit dem griechischen Wort „ἅλλεσθαι“ (sprich „hallesthai“). Das heißt so viel wie „hinaufspringen“. Und tatsächlich ist gelegentlich zu beobachten, dass ein Hallux bei starker Fehlstellung fast auf den Nachbarzeh „hinaufspringt“, wovon die Unterwanderung und Verdrängung der zweiten Zehe nach oben häufiger auftritt.

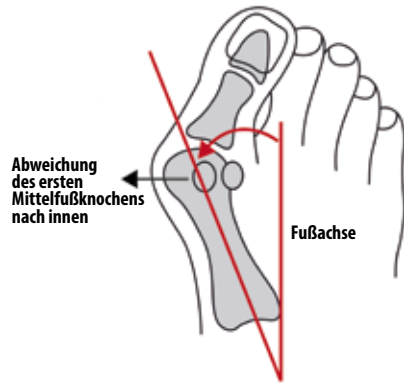
Der Zusatz „valgus“ bezeichnet in der medizinischen Fachsprache eine X-Stellung. Vielen von Ihnen sind sicher die „X-Beine“ bekannt, verursacht von den beiden nach innen abweichenden Kniegelenken. Am Fuß ergibt sich eine X-Form, wenn der Großzehenballen nach innen und die Großzehe nach außen abweicht.

Entstehung

Was passiert am Fuß eigentlich genau, wenn sich ein Hallux valgus bildet?

Am Anfang steht die Entwicklung eines Spreizfußes. Die Mittelfußknochen weichen fächerförmig auseinander. An den Fußrändern wird die Spreizung am deutlichsten. Der erste Mittelfußknochen beult sich an der Innenseite des Fußes vor, der fünfte Mittelfußknochen am Außenrand. Beide Veränderungen können auch unabhängig voneinander auftreten. Die Konsequenzen sind der Hallux valgus an der Großzehe und der sogenannte Schneiderballen auf der Kleinzehenseite (► Kapitel 6).

Nun passiert Folgendes: Die Streck- und Beugesehnen der Großzehe gehen den Umweg, den der abgespreizte erste Mittelfußknochen beschreitet, nicht mit. Sie nehmen lieber die Abkürzung, also den geraden Weg zur Spitze der Großzehe. Die Strecksehne läuft nun nicht mehr mittig

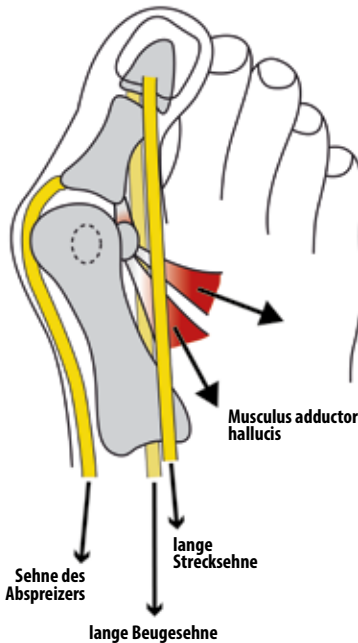


[43] Spreizfuß als Auslöser

zentriert über das Großzehengrundgelenk, die Beugesehne nicht mehr unter diesem. Der Balanceakt der Großzehe auf dem ersten Mittelfußknochen ist aus den Fugen geraten.

Die beiden Sehnen erfüllen nun nicht mehr nur ihre eigentliche Funktion, im Großzehenballengelenk zu strecken und zu beugen. Sie zügeln nun auch noch die große Zehe in Richtung der zweiten Zehe. Dabei werden sie vom sogenannten **Adduktor-Muskel** (Anspreizer) im Fußinneren unterstützt, der mit seinen zwei Muskelbäuchen die Fehlstellung verstärkt. Als nun isolierter Gegenspieler bleibt allein der **Abduktor-Muskel** (Abspreizer) übrig. Er versucht, die Großzehe wieder aufzurichten. Das führt zu einem von Grund auf ungleichen Kampf der Muskelkräfte von drei gegen einen, der nur zu Ungunsten des aufrechten Hallux ausgehen kann. Das Resultat ist ein Hallux valgus.

Ist der Hallux durch das ungleiche Kräfteverhältnis erst einmal aus dem Gleichgewicht geraten, ist der Prozess nicht mehr umkehrbar. Die Fehlstellung wird über kurz oder lang zwangsläufig ausgeprägter



[44] Verstärkung der Hallux valgus Fehlstellung
durch das Ungleichgewicht der Kräfte

werden. Schlussendlich trägt der Hallux valgus durch den Sehnenzug sogar selbst dazu bei, dass sich der Großzehenballen verstärkt abspreizt. Das ist wie beim Bogen eines Sportschützen, der sich umso stärker krümmt, je kürzer die eingespannte Sehne ist.

Im weit fortgeschrittenen Stadium rutscht der Abduktor-Muskel sogar unter das Köpfchen des ersten Mittelfußknochens. Der Widerstand gegen den Hallux valgus ist nun vollends gebrochen. Der Abduktor verliert seinen abspreizenden Einfluss auf die Großzehe, was zu einer Rotation der Großzehe nach innen führt. Der Großzehennagel zeigt nun leicht in Richtung des Nachbarfußes.

Ursachen

Nun kennen Sie die biomechanischen Gründe für einen Hallux valgus. Zugegeben, es ist nicht ganz einfach. Zudem sind noch nicht alle Fragen beantwortet: Was ist eigentlich der Auslöser? Wie kommt der Stein ins Rollen? Und warum haben Frauen häufiger einen Hallux valgus als Männer? Da haben Sie es: Frauen und Schuhe ... Na klar. Doch halt! Es wäre viel zu einfach, alles auf das sogenannte „Cinderella-Syndrom“ zu schieben. Damit wird zunächst allgemein eine durch zu hohe, spitze und enge Schuhe verursachte Verformung der Zehen bezeichnet, aus der sich verschiedene Fehlstellungen entwickeln können. Sicher spielt solches Schuhwerk auch eine Rolle bei der Entstehung eines Hallux valgus. High Heels erhöhen den Druck auf den Ballenbereich enorm. Das fördert natürlich die Spreizung im Bereich der Mittelfußknochen. Und nun wissen Sie ja auch, dass insbesondere die Abspreizung des ersten Mittelfußknochens die biomechanische Grundlage des Hallux valgus ist. Zudem wird die großzehenstabilisierende Muskulatur durch die Überstreckung im Grundgelenk quasi „ausgeschaltet“.

Die Zugwirkung der aus dem Gleichgewicht geratenen Sehnen ist die eine Sache. Kommt nun auch noch die von außen einwirkende Form des spitz zulaufenden Pumps hinzu, führt dies in Kombination mit der Fehlstellung wiederholt zu druckbedingten Reizungen mit Schmerz, Schleimbeutelanschwellung und Hautrötung am mehr und mehr hervorstehenden Großzehenballen am Fußinnenrand. Dadurch wird der Platz im schlanken Schuh immer knapper.

Aber wie kommt es dann, dass immer wieder auch schon 12-jährige Mädchen mit deutlichem Hallux valgus in meine Fuß-

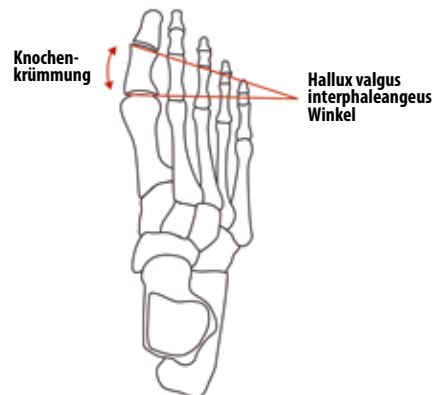


[45] Drehung der Großzehe nach innen (Pronation)

sprechstunde kommen, die sicher noch nie etwas anderes als flache Schuhe getragen haben? Da lohnt sich oft ein Blick auf die Füße der Eltern oder Großeltern. Ich erinnere mich noch gut an eine Begebenheit aus meiner Praxis, als Mutter und Großmutter besorgt mit ihrer Tochter beziehungsweise Enkelin kamen. Das Mädchen im Teenageralter hatte beidseits einen deutlichen Hallux valgus. Mutter und Oma beteuerten, dass das Mädchen stets flache Schuhe mit ausreichend Platz für die Zehen getragen habe. Auf meine Frage, warum Mutter und Großmutter denn so sehr auf gutes Schuhwerk achten würden, zogen Mutter und Großmutter ebenfalls ihre Schuhe und Strümpfe aus. Dann war die Sache klar: drei Generationen – eine Fußform. Die Entstehung des Hallux valgus ist letztlich ein „multifaktorielles“ Problem. Das heißt, dass meist ein Zusammentreffen verschiedener begünstigender Faktoren notwendig ist, um die Zehenfehlstellung auszulösen.

Es gibt erstens Faktoren, die Sie nicht beeinflussen können. Sie gelten daher als vorgegebene innere, sogenannte „intrinsische“ Faktoren. Da ist zum einen die Genetik. Zwar ist der Hallux valgus keine direkt vererbte Erkrankung, aber die Veranlagung ist durchaus familiär gehäuft zu finden. Zum anderen spielt das Geschlecht eine Rolle. Frauen haben aufgrund der Zusammensetzung ihrer Kollagenfasern ein weicherer Bindegewebe. Kein Wunder also, wenn etwa drei bis vier Mal so viele Frauen wegen eines Hallux valgus meine Sprechstunde aufsuchen als Männer. Diese beiden Faktoren reichen manchmal schon aus, wie Sie am Beispiel des Teenagers sehen können. Darüber hinaus spielt neben Geschlecht und Genen auch das Alter eine Rolle. Sind 12-Jährige mit einem schmerzhaften Hallux valgus auch in meiner Spezialsprechstunde eher die Ausnahme, so liegt bei 35 % aller Frauen, die älter als 65 Jahre sind, ein Hallux valgus vor. Es gibt aber auch zweitens die von Ihnen steuerbaren, äußeren, sogenannten „extrinsischen“ Faktoren. Und hier wären wir wieder beim Cinderella-Syndrom. Die

[46] Hallux valgus interphalangeus



von außen einwirkenden Kräfte durch spitz zulaufendes Schuhwerk auf hohem Absatz sind wohl der oft entscheidende extrinsische Faktor.

Das heißt nicht, dass Sie als Frau in Zukunft auf elegante Schuhe mit hohen Absätzen vollständig verzichten müssen. Doch sollten Sie die Zeit begrenzen, in der solche Schuhe ihren ungünstigen Einfluss auf Ihre Füße ausüben können. Ich habe als Fußspezialist nichts dagegen einzuwenden, wenn Sie solche schicken Schuhe auf einer Party, einem Familienfest, bei einem romantischen Abendessen oder zum Tanzen tragen. Aber wenn Sie Tag ein Tag aus Ihr ganzes Arbeitsleben auf Stilettos verbringen, wird das Ihren Füßen auf Dauer nicht gut bekommen.

Gehört ein solcher Schuh in Ihrem Business zum Dresscode, versuchen Sie, Ihren Füßen zumindest zwischendurch mal eine Pause zu gönnen. Sie könnten zum Beispiel in der Mittagspause in Ihrem Büro in Strümpfen auf- und abgehen, die Beine hochlegen oder ein wenig Fußgymnastik machen. Auch in der Zeit, in der Ihre Füße unter dem Schreibtisch stehen, können Sie bequeme Schuhe tragen. Solche „Wohlfühlschuhe“ lassen sich auch gut am Arbeitsplatz deponieren.

Schließlich möchte ich hier noch auf die Sonderform des **Hallux valgus interphalangeus** hinweisen. Er entsteht durch eine vermehrte Krümmung des Grundgliedknochens der Großzehe in sich. Die Stellung der großen Zehe im Grundgelenk ist dabei völlig in Ordnung. Daher führt diese rein veranlagungsbedingte Form des Hallux valgus bei alleinigem Auftreten auch selten zu Beschwerden. Häufig lohnt es sich aber, diese Krümmung bei der geplanten Korrektur einer echten Fehlstellung im Grundgelenk mit zu behandeln (siehe den Teil zur Akin-Operation unten in diesem Kapitel).

Klinische Untersuchung

Die Untersuchung der Füße und insbesondere der Hallux-valgus-Problematik steht bei mir auf zwei Pfeilern: Der klinischen Untersuchung und den Röntgenaufnahmen.

- Was ist nun ein typischer Untersuchungsbefund bei einem Hallux valgus?
- Was fällt mir bei der eingehenden Untersuchung der Füße bei dieser Fehlstellung auf?
- Worauf achte ich bei der Untersuchung besonders?

Zunächst einmal ist es so, dass jeder Fuß und damit jeder Hallux valgus anders ist. Auch nach über 20 Jahren Erfahrung in der Behandlung dieser Zehenfehlstellung empfinde ich das so. Jeder Fuß hat seine kleinen Eigenheiten. Deswegen ist es für mich extrem schwierig, nur anhand zugesandter Röntgenaufnahmen von Füßen eine Behandlungsempfehlung abzugeben. Es fehlt vom Patienten und seinen Füßen der persönliche Eindruck, den ich durch die Untersuchung gewinne.

Ein zukünftiger Arbeitgeber würde Sie ja auch nicht einstellen, nur weil Sie ihm einen Lebenslauf, ein Passbild und einige Zeugnisse geschickt haben. Das entscheidende Kriterium wird wohl immer der persönliche Eindruck im Vorstellungsgespräch sein, auch wenn die Bewerbungsmappe immer wichtig bleiben wird. Ähnlich zentral ist für mich das Röntgenbild. Aber schließlich möchte ja der Patient und nicht seine Röntgenaufnahme behandelt werden.

Anamnese

Auch bei einer optisch so offensichtlichen Zehenfehlstellung wie dem Hallux valgus höre ich dem Patienten aufmerksam zu.

Ich ergänze diesen Abschnitt der Untersuchung mit gezielten Fragen.

- Seit wann besteht die Fehlstellung?
- Verursacht der Hallux valgus nur in gewissen Belastungssituationen (z. B. beim Sport) Beschwerden?
- ... oder in bestimmten Schuhen?
- Ist es schon zu einer Verschiebung der Körperlast mit Druckgefühl unter dem Ballen der zweiten Zehe gekommen?
- Gibt es weitere Familienmitglieder mit Hallux valgus?
- Und ganz wichtig: Macht der Hallux valgus überhaupt Schmerzen oder steht der ästhetische Gedanke im Vordergrund?

Inspektion

Am Anfang beobachte ich die Beine und Füße unter Belastung, sowohl im Stehen als auch beim Gehen. Schon im Stand ist mit bloßem Auge die Abweichung der Großzehe in Richtung Fußaußenrand zu erkennen. Im fortgeschrittenen Stadium beginnt der Hallux die zweite Zehe zu bedrängen. Er kann sie überlappen oder unterwandern. Letzteres fördert dann die Entstehung einer Hammer- oder Krallenzehenfehlstellung an der zweiten Zehe (► Kapitel 6).

An der Innenseite des Fußes wölbt sich durch den immer stärker abgespreizten ersten Mittelfußknochen eine deutliche Beule vor. Der Arzt bezeichnet das als **Pseudoexostose**. Der Volksmund nennt das auch „Überbein“ oder „Frostbeule“. An diesem hervorstehenden Ballen lokalisieren die Patienten meist auch die Schmerzen. Durch Reibung im Schuh kann es an dieser Pseudoexostose zu Entzündungen mit Rötung der Haut und Schleimbeutelanschwellung kommen. Bei der Betrachtung der Füße während des Barfußganges

lege ich besonderen Wert auf folgende Aspekte:

- Verstärkt sich das Spreizen des Vorfußes?
- Nimmt das Ausmaß der Fehlstellung in Funktion zu?
- Wie kräftig erfolgt der Abdruck über die große Zehe?
- Ist es bereits zu einer Rotationsfehlstellung des Hallux valgus gekommen?
- Wie stehen die Ferse und der Rückfuß und wie verhalten sie sich in Beziehung zum Vorfuß?
- Knickt der Fuß im Bereich des Längsgewölbes unter Belastung ein?

So kann ein Knick-Plattfuß (► Kapitel 8) mit einem Wegknicken der Ferse nach außen und Ausbildung eines „platten“ Fußlängsgewölbes die sekundäre Ausbildung eines Hallux valgus begünstigen, ja sogar ursächlich auslösen. Das bedeutet im Extremfall für die Therapie, dass die Fersenabweichung operativ aufgerichtet werden muss, um den Hallux valgus dauerhaft zu korrigieren. Nur so lässt sich ein Rezidiv, also ein Wiederauftreten der Fehlstellung, vermeiden.

[47] Vorwölbung des Ballens mit verdicktem Schleimbeutel und Unterwanderung der zweiten Zehe durch den Hallux

