Opening Wedge plus Chevron: Doppel-Osteotomie bringt schweren Hallux ins Lot

Für die Operation eines Hallux valgus gibt es keinen Standard. In der Literatur werden mehr als 100 verschiedene Vorgehensweisen erwähnt. Luckshmana Jeyaseelan und sein Team beschreiben eine technisch relativ unkomplizierte, dabei variierbare Kombination, mit der sie an 49 Füßen (45 Patienten) mit mittlerem bis schwerem Hallux valgus gute Erfolge erzielten: die proximale Open-Wedge-Osteotomie kombiniert mit einer distalen Chevron-Osteotomie.

Mit der Kombination von Open-Wedge- und distaler Chevron-Osteotomie verringerte sich der Hallux-valgus-Winkel von durchschnittlich $41,6^\circ$ auf $12,8^\circ$ und der Intermetatarsal-Winkel von $22,1^\circ$ auf $7,1^\circ$. Auch der DMAA (distaler Metatarsalgelenk-Winkel) konnte signifikant korrigiert werden, nämlich von 23° auf $9,7^\circ$. Infolgedessen stieg der Score der American Orthopaedic Foot and Ankle Society (AOFAS), der als primärer Endpunkt für die von den Patienten berichtete Besserung gewählt wurde, signifikant, nämlich im Schnitt von 54,7 auf 92,3 Punkte.

Bei dem Eingriff wurde eine dorsomediale Inzision von distal des TMT- bis zum MTP-Gelenk geführt. Die Gelenkkapsel des MTP-Gelenks wurde medial eröffnet und der mediale Großzehenballen reseziert, wobei auf ein laterales Release verzichtet wurde. Das Resektat diente später als Platzhalter für die Opening-Wedge-Osteotomie. Diese erfolgte in 1 cm Entfernung vom medialen TMT-Gelenk, wobei ein Keil von 5 mm angestrebt wurde. Fixiert wurde die Osteotomie mit einer winkelstabilen Platte.

Bei der nachfolgenden Chevron-Osteotomie wurde ein K-Draht zur Orientierung verwendet und darauf geachtet, dass die Osteotomie zur Plantarisierung führte. Die Chevron-Osteotomie wurde mit einer Barouk-Schraube stabilisiert. Anschließend wurde die Länge des ersten Metatarsale fluoroskopisch kontrolliert.

Fazit: Die Autoren sehen in dem kombinierten Eingriff eine Reihe von Vorteilen: Die erzielte Osteotomie blieb stabil, postoperative Dislokationen traten nicht auf. Da die Metatarsallängen durch die ergänzende Chevron-Osteotomie weitgehend unverändert blieben, kam es auch nicht zu Transfer-Metatarsalgien. Mithilfe des Zusatzeingriffs konnte zudem eine eventuell auftretende Dorsiflexion infolge des Anhebens des Metatarsaleköpfchens korrigiert werden. Und durch Schonen der plantaren Gefäßversorgung am Metatarsaleköpfchen ließen sich auch die gefürchteten avaskulären Nekrosen (AVN) vermeiden. Die Komplikationsrate nach dem Eingriff lag bei 4,1 %. Dabei handelte es sich um oberflächliche Wundinfektionen. Eine AVN trat nicht auf, kein Patient musste nachoperiert werden. *Dr. Elke Oberhofer*

Jeyaseelan L et al. Correction of moderate to severe hallux valgus with combined proximal opening wedge and distal chevron osteotomies. *Bone Joint J* 2016; 98-B: 1202–7; doi: 10.1302/0301-620X.98B9.35984

Wenn trotz maximaler konservativer Therapie jeder Schritt schmerzt, sollte man bei Hallux-Patienten eine Operation erwägen.