

Serie „Das kleine Fußübel“, Teil 3: Bunionette

So gehen Sie dem Schneiderballen ans Leder

VON A. SCHUH, W. HÖNLE



Abb. 1 Prominentes 5. Mittelfußköpfchen.



Abb. 2 Schmerzhaftes Hyperkeratose am 5. Mittelfußköpfchen.

Patienten mit Schneiderballen (Bunionette) drückt im wahrsten Sinne des Wortes der Schuh. Sie sollten an diese Diagnose denken, wenn Schmerzen an der Außenseite des Fußes, besonders beim Tragen enger Schuhe, Druckstellen und übermäßige Hornhautbildung berichtet werden. Lesen Sie, welche Erkrankungen zugrunde liegen und was sich – auch mit konservativen Maßnahmen – erreichen lässt.

— Beim Krankheitsbild des Bunionette oder Schneiderballens handelt es sich um eine schmerzhafte knöcherne Vorwölbung des 5. Mittelfußköpfchens. Der Begriff „Schneiderballen“ kommt aus dem 19. Jahrhundert, als vor allem Schneider, die oft mit gekreuzten Beinen saßen, unter Schmerzen und Hornhautbildung am Fußaußenrand litten.

Das Bunionette wird vor allem bei Jugendlichen und Erwachsenen gefunden, verursacht jedoch nur selten Beschwerden.

Druckstellen und Schmerzen

Die Patienten geben Schmerzen dorso-lateral am 5. Mittelfußköpfchen an, insbesondere beim Tragen enger Schuhe. Hautrötungen und Schwellungen werden häufig gefunden. Teilweise kommt es zu Infektionen oder Ulzerationen. Klinisch findet man eine Hyperkeratose und ein prominentes 5. Mittelfußköpfchen (Abb. 1 und 2).

Ursache: entzündliche Erkrankung

Beim Bunionette findet sich eine deutliche Verbreiterung des Winkels zwischen dem 4. und dem 5. Mittelfußknochen (der 5. ist der beweglichste Metatarsalknochen) auf durchschnittlich 10° (üblicherweise 5°). Ein Einbrechen des Fußquergewölbes sowie entzündlich-destruktive Erkrankungen (z. B. rheumatoide Arthritis) führen durch eine

Schwächung der Bänder, Gelenkkapseln und Gelenke zur Abweichung des 5. Mittelfußknochens nach fibular (außen).

Therapie

Empfohlen werden

- das Tragen weiter Schuhe,
- Einlagen mit retrokapitaler Pelottierung,
- das Weiten des Oberleders,
- entzündungs- und schmerzhemmende Medikamente (bei entzündlichen Reaktionen),
- lokale Salbenanwendungen sowie Wechselbäder mit Betaisodonalösung (28 °C/37 °C) zur Beschwerdelinderung.

Bei Beschwerdepersistenz steht die operative Sanierung an. Es existiert eine Reihe von knöchernen Korrekturoperationen. Ziel ist die Verringerung des Winkels zwischen 4. und 5. Mittelfußknochen. Die Osteosynthese kann mit Kirschnerdrähten oder Platten erfolgen. Allerdings ist die Nachbehandlung aufwendig. Die knöcherne Konsolidierung dauert mindestens 6–8 Wochen. Die Langzeitergebnisse sind gut, Rezidive bei sorgfältiger Operationstechnik selten.

Für die Verfasser:

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Alexander Schuh
Research Unit, Klinikum Neumarkt
Nürnberg Str. 12, D-92318 Neumarkt/OPf.
E-Mail: Alexander.Schuh@klinikum.neumarkt.de