Orthopäde 2020 · 49:941

<https://doi.org/10.1007/s00132-020-03989-3>

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020

Jörn Dohle

OGAM Orthopädie, Wuppertal, Deutschland

Der erworbene Plattfuß des Erwachsenen

Beim erworbenen Plattfuß des Erwachsenen handelt es sich um ein relativ „junges“ Krankheitsbild, für das es erst seit wenigen Jahren Behandlungskonzepte gibt. Natürlich existieren Planovalgusdeformitäten des Fußes seit unsere Vorfahren den aufrechten Gang entwickelt haben. Die erste Klassifikation des Krankheitsbildes wurde aber erst 1989 veröffentlicht, ist also lediglich ca. 30 Jahre alt.

Der erworbene Plattfuß des Erwachsenen ist vom kindlichen oder juvenilen Plattfuß abzugrenzen und wird mit einer progressiven Schädigung der Tibialis-posterior-Sehne in Zusammenhang gebracht. Bei den initialen Fallbeschreibungen wurde deshalb von einer Tendinitis der Tibialis-posterior-Sehne oder einer Ruptur der Tibialis-posterior-Sehne gesprochen. Es zeigte sich schnell, dass eine Ruptur der Tibialis-posterior-Sehne, im Gegensatz zu anderen Sehnenrupturen des Fußes, nicht durch eine isolierte operative Rekonstruktion behandelt werden kann, sondern eine solche Rekonstruktion immer mit einer Korrektur der Statik durch ergänzende Osteotomien oder Arthrodesen kombiniert werden muss.

Während man vor einigen Jahren in fußchirurgischen Kreisen noch vom Krankheitsbild der Tibialis-posterior-Dysfunktion sprach, wird heute eher der Begriff des erworbenen Plattfußes des Erwachsenen benutzt. Heute wird zunehmend die Frage gestellt, ob die zweifelsohne häufig zu beobachtende Degeneration der Tibialis-posterior-Sehne Ursache oder Folge der Planovalgusdeformität ist, also ob die Tibialis-posterior-Sehne „Opfer“ oder „Täter“ ist. Ein solcher Paradigmenwechsel hätte profunde Auswirkungen auf die Behandlungsnotwendigkeit re-

sidueller Planovalgusdeformitäten des jungen Erwachsenen.

Aber auch bei der Behandlung früherer Stadien der Pathologie ist zu hinterfragen, ob der Tibialis-posterior-Sehne nicht doch eine Regenerationsfähigkeit unterstellt werden darf. Das Konzept des Debridements der Tibialis-posterior-Sehne durch Tenoskopie in Kombination mit einer mechanischen Entlastung durch medialisierende Kalkaneusverschiebeosteotomie und Arthrorise des Subtalargelenks unterstellt bzw. basiert auf genau dieser Regenerationsfähigkeit der Sehne.

Vor einer operativen Korrektur muss als erstes die Frage beantwortet werden, ob noch eine flexible oder schon eine kontrakte Deformität vorliegt. Für die flexiblen Deformitäten ist die Kombination aus motorischer Ersatzplastik, z. B. durch Transposition der Flexor-digitorum-longus-Sehne auf den medialen Navikularepol, und Korrektur des Fersenvalgus durch eine medialisierende Verschiebeosteotomie des Tuber calcanei der de facto Standard. Rigide Deformitäten werden dagegen durch eine Korrekturarthrodese des Rückfußes stabilisiert.

Der ehemals goldene Standard der Triple-Arthrodese wird heute zugunsten der Double-Arthrodese, also der kombinierten Arthrodese von Talonavikulargelenk und Subtalargelenk verlassen. Strittig ist weiterhin, wie häufig nach einer Double- oder Triple-Arthrodese eine sekundäre Arthrose des Sprunggelenks erwartet werden muss. Mittelfristige Verlaufsbeobachtungen lassen zu mindestens eine radiologische Progression degenerativer Veränderungen des oberen Sprunggelenks erkennen.

Durch die Kombination multipler Osteotomien des Rückfußes und einer Kor-

rektur des Torsionsprofils der Fußsohle durch Mittelfußosteotomie und/oder Mittelfußarthrodesen, scheint es möglich, das Indikationsspektrum operativer Korrekturen unter Erhalt einer „gewissen Restbeweglichkeit“ des unteren Sprunggelenks auszuweiten und somit das Risiko einer sekundären Arthrose des oberen Sprunggelenks weiter zu reduzieren.

Selbst in Fälle, in denen bereits sekundäre Veränderungen des oberen Sprunggelenks eingetreten sind, sei es in Form von degenerativer Veränderung oder in Form ligamentärer Instabilitäten, ist ein Erhalt des oberen Sprunggelenks häufig noch möglich. Eine vollständige Korrektur der subtalaren Fehlstellung ist dann unabdingbar und muss mit Verfahren der Knorpelrekonstruktion und mit Bandrekonstruktionen kombiniert werden. Dabei handelt es sich zweifelsohne um hochkomplexe Eingriffe, die vor allem bei jüngeren Patienten in spezialisierten Zentren durchgeführt werden sollten.

Dr. J. Dohle

Korrespondenzadresse

Dr. Jörn Dohle
OGAM Orthopädie
Alter Markt 9–13,
42275 Wuppertal,
Deutschland
j.dohle@confas.de

Interessenkonflikt. J. Dohle gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.