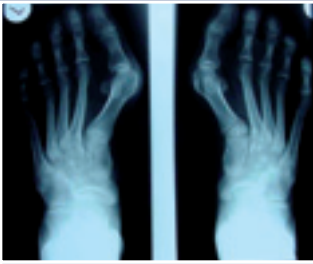


MFK-I-Osteotomie nach Stoffella für die Korrektur des Hallux valgus

Michael N. Magin



Vor OP

Der Hallux valgus ist eine komplexe Fehlstellung, basierend auf einer Dysbalance der statischen und dynamischen Elemente des Fußes. Die Statik basiert auf der skeletalen Struktur. Die Dynamik entsteht aus dem komplexen Zusammenspiel von Fuß- und Unterschenkelmuskulatur in Verbindung mit dem Kapselbandapparat der Großzehengelenke.

Ziel der anatomischen Wiederherstellung ist damit Rekonstruktion der physiologischen Winkelverhältnisse zwischen 1. und 2. Strahl (Wiederherstellung der statischen Balance) und des Kapsel-Muskel-Sehnengleichgewichts.

Entsprechend dem modernen Verständnis der funktionellen Behandlung sollte diese Rekonstruktion mit einer möglichst frühen Belastbarkeit unter Verzicht auf ruhigstellende Verbände verbunden sein.

Mit der MFK-I-Osteotomie nach Stoffella steht ein Verfahren zur Verfügung, dass die Forderungen nach statischer und dynamischer Balance in Verbindung mit der frühen Vollbelastbarkeit erfüllt.



Nach OP mit DC-Spange

Indikation:

- ⇒ Valgusfehlstellung der Großzehe, Intermetatarsalwinkel bis zu 22°
Hallux valgus-Winkel bis zu 50°.

Kontraindikationen

- ⇒ Ausgeprägte Arthrose im Großzehengrundgelenk
- ⇒ Intermetatarsalwinkel über 22°
- ⇒ Schwere Osteoporose
- ⇒ Tarsometatarsale Instabilität

Spezielle Komplikationsmöglichkeiten

- ⇒ Abrutschen des Metatarsale-I-Köpfchens (v. a. bei Osteoporose) – 3 Fälle bei den ersten 100 Patienten, danach nicht mehr beobachtet.
- ⇒ Köpfchennekrose (< 1%)
- ⇒ Arthrofibrose

Nachbehandlung

- ⇒ Frühfunktionell
- ⇒ Vollbelastung,
- ⇒ 6 Wochen Großzehenbandage
- ⇒ Lymphdrainage,
- ⇒ Abrollen über Großzehe

Vorteile der Methode für den Patienten

- ⇒ Primäre Vollbelastbarkeit
- ⇒ Funktionelle Behandlung
- ⇒ Beidseitiger Simultaneingriff möglich
- ⇒ Keine Gelenkrüchstellung
- ⇒ Weniger Schwellneigung
- ⇒ Kein Vorfußentlastungsschuh
- ⇒ Kein Gips, keine ruhigstellenden Verbände

Methode



Abtragen der medialen Exostose.



Osteotomie mit Winkelschnitt, geführt durch einen 1.0 mm K-Draht.



Mobilisierung, Lateralisierung, Plantarisierung und ggf. Rotation des osteotomierten Köpfchens führen zur Korrektur der Fehlstellung.



Einsetzen der DC-Spange und Verschraubung.



Transartikuläres laterales release mit Durchtrennung der Adduktorsehne. Mediale Kapselraffung.

Ergebnisse:

Patienten

(n = 353, 500 Füße):

- ⇒ 36 Männer (28 - 86 J. d = 53.6)

- ⇒ 317 Frauen (15 - 82 J. d = 52.7)

Zusatzeingriff bei 312 Füßen (156 Pat.)

- ⇒ Ursprünglicher HV-Winkel 25-60° Ø = 42°

- ⇒ Postop 6-30° (Ø = 16°)

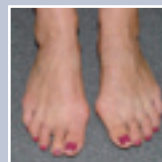
- ⇒ IMT-Winkel präop 10-26° (Ø = 15°)

- ⇒ Postop 7-14° (Ø = 10°)

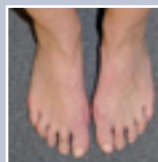
	♀	♂
	119	27
	168	9

Kitaoka-Score:

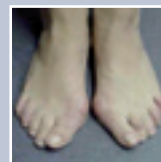
- ⇒ Präoperativ 47 Punkte
- ⇒ Postop 87 Punkte
- ⇒ n = 353 Patienten mit 500 op. Füßen
- ⇒ D = 44 Monate (5 - 60)



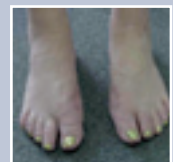
Vor der OP



4 Mon. nach OP



Simultanoperation



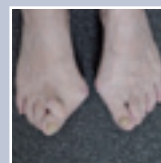
6 Mon. pop.

LINK

Orthopädie
Dr. Magin

HERSTELLUNG UND VERTRIEB:
WALDEMAR LINK GmbH & Co. KG
Barkhausenweg 10 · D-22339 Hamburg
Postfach 63 05 52 · D-22315 Hamburg
Phone: +49 (0)40 5 39 95-0 · Fax: +49 (0)40 5 38 69 29
e-mail: info@linkhh.de · Internet: www.linkhh.de

VERFASSER:
Dr. med. Michael N. Magin
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
Facharzt für Chirurgie
Spezielle Unfallchirurgie
Bahnhofsweg 10 · 82008 Unterhaching / München
Tel.: 089/230 77 150 · Fax: 089/230 77 152
info@drmagin.de · www.drmagin.de



Komplexkorrekturen

