

**SPRECHSTUNDE
RHEUMA**



VON PROF. DR. GERD A. MÜLLER



Ich habe seit ca. 2,5 Jahren fast durchgängig Schmerzen, starke Probleme mit Arthrose in beiden Schultern. Im Januar wurde an der rechten Schulter eine Arthroskopie gemacht. Auch ein großes Blutbild ergab allerdings keine erhöhten Werte. Wie passt das zusammen? Ich habe Schmerzen, jeden Tag, jede Stunde, wache Nachts mehrmals davon auf. Ich bin 47 Jahre, muss noch mindestens zwanzig Jahre arbeiten und weiß nicht, wie das gehen soll...

Hier bedarf es einer neuen, umfassenden Untersuchung. So sollten nach einer körperlichen Untersuchung eventuell eine MRT-Untersuchung der betroffenen Schulter und gegebenenfalls auch eine 2 Phasen-Skelettszintigraphie durchgeführt werden. Mit Hilfe der Gelenksonographie können auch die großen Sehnen und -ansätze (beispielsweise die Achillessehne) untersucht werden. So könnte auch eine Entzündung der Sehnen eventuell diagnostiziert werden. In der Labordiagnostik sollten Entzündungsparameter und spezifische „Rheumawerte“ analysiert werden. Es sollte versucht werden, eine aktivierte Arthrose von einer Arthritis zu unterscheiden, weil die therapeutischen Möglichkeiten sehr unterschiedlich sind.



Seit 20 Jahren leide ich unter Fibromyalgie, bin jetzt 66 Jahre. Was gibt es für Medikamente, die nicht dick machen? Habe bereits sechs Jahre Morphinpräparate eingenommen und auch Entzug gemacht. Ich weiß nicht mehr weiter.

Beim Fibromyalgie-Syndrom handelt es sich um eine äußerst unangenehme Erkrankung, wobei die Patienten ohne erkennbaren Grund über unerträgliche Schmerzen berichten. Es gibt nahezu keine medikamentöse Therapie. Schmerzmittel helfen fast nie und so ist auch die Gabe von Opiaten in den Leitlinien nicht vorgesehen. Bei einem Teil helfen trizyklische Antidepressiva. Bewegungstherapien und psychosomatische Mitbetreuung in der Bewältigung der Schmerzempfindung können hilfreich sein, ebenso wie rehabilitative Maßnahmen in einer entsprechenden Rehabilitationsklinik, die für diese Indikation zugelassen ist, wie die Balzerborn-Kliniken in Bad Sooden-Allendorf



Mir macht mein Morbus Bechterew sehr zu schaffen, sie schreiben, dass moderne Therapie in Kombination mit physikalischen Maßnahmen die Erkrankung aufhält. Wie sollte dies konkret aussehen?

Zunächst sollte die Aktivität und das Erkrankungsstadium des Morbus Bechterew überprüft werden. In der medikamentösen Therapie kommen verschiedene konservative synthetische DMARD (Disease-modifying anti-rheumatic drugs), wie Methotrexat oder auch biologische DMARDs wie beispielsweise TNF- α Antagonisten oder Interleukin 17 Antagonisten zum Einsatz. Diese Medikamente werden in der Regel vom Rheumatologen rezeptiert. Begleitend dazu sollten physiotherapeutische Maßnahmen zum Einsatz kommen. Es sollte für ausreichend Bewegung Sorge getragen werden.

Prof. Dr. Gerd A. Müller
Direktor der Klinik für Nephrologie und Rheumatologie der Universitätsmedizin Göttingen

Kontakt
gmueller@
med.uni-goettingen.de

UNIVERSITÄTSMEDIZIN
GÖTTINGEN **UMG**

THEMA HEUTE: FUSSFEHLSTELLUNG

Muss eigentlich jeder Knick-Plattfuß operiert werden?

Von Prof. Dr. Wolfgang Lehmann und Prof. Dr. Frank Braatz (Universitätsmedizin Göttingen)

Von allen Fußdeformitäten ist der Knick-Plattfuß diejenige, die uns am häufigsten in der Fußsprechstunde begegnet. Bei den Patienten besteht oft eine Unsicherheit darüber, ob eine Therapie notwendig ist. Auch über die Art der Therapie, konservativ oder operativ, besteht häufig Unsicherheit und ein großer Beratungsbedarf.

Was ist eigentlich ein Knick-Plattfuß?

Der Begriff beschreibt eine Verminderung oder Aufhebung des Fußlängsgewölbes (Plattfuß) und eine Abweichung des Rückfußes nach außen (Knickfuß). Es kommen alle erdenklichen Schweregrade vor, am häufigsten jedoch, zum Glück, die harmlosen Deformitäten. Diese zeichnen sich dadurch aus, dass sie durch spezielle Handgriffe passiv vollständig korrigierbar sind. Das bedeutet natürlich auch, dass sie jeglicher Art von Therapie leicht zugänglich sind. Teilkorrigierbare Knick-Plattfuß-Deformitäten nennen wir strukturell, also passiv nicht vollständig korrigierbar, hier ist die Therapie natürlich aufwendiger und häufiger operativ.

In der Kindheit bis zum 6. Lebensjahr ist der flexible Knick-Plattfuß normal, im Zehenstand bewegen sich die Fersen zur Mitte hin. Er kommt 97 Prozent aller Kinder im Alter von 19 Monaten vor.

Im weiteren Wachstum und der weiteren Entwicklung bildet sich der Knick-Plattfuß dann normalerweise bis zum 10. Lebensjahr zurück. Nur bei einem sehr kleinen Anteil, vier Prozent der 10-jährigen Kinder, bleibt der Knick-Plattfuß und bildet sich nicht zurück. Der Anteil der rigiden, passiv nicht korrigierbaren Deformitäten ist dann höher. Zum Glück entwickelt nur ein kleiner Anteil der Kinder eine Schmerzsymptomatik, hier werden Zahlen von weniger als zwei Prozent angegeben. Bei übergewichtigen Kindern ist das Risiko höher, dass sich der Knick-Plattfuß nicht zurückbildet.

Das heißt also, der Großteil der Knick-Deformitäten im Kleinkindesalter bildet sich spontan zurück. Mit Therapien wie Einlagen oder Fußgymnastik sind wir aus diesem Grund in diesem Fall auch sehr zurückhaltend.

Empfohlen wird jedoch tägliche Bewegung, Gewichtskontrolle, Barfußlaufen auch auf wechselnden Untergründen und Tragen von weichen und ausreichend weiten Schuhen.

Eine Ausnahme ist der angeborene Knick-Plattfuß, der sogenannte Talus verticalis, der wie ein angeborener Klumpfuß im 1. Lebensjahr mit Gipsbehandlung und gegebenenfalls operativer Korrektur behandelt werden sollte.

Die Ursachen der Knick-Plattfuß-Deformität sind ganz unterschiedlich, es können neurologische Erkrankungen, angeborene Fehlbildungen, Unfälle oder im späteren Lebensalter Diabetes (Diabetisches Fußsyndrom, DFS) oder Sehnendegenerationen, beispielsweise das sogenannte Tibialis posterior Syndrom, die Ursache sein. Je nach Ursache ist natürlich eine unterschiedliche Therapie sinnvoll.

Bei Jugendlichen und Erwachsenen mit teilstrukturellem Knick-Plattfuß kann eine angeborene knöcherne Verbindung zwischen Sprunggelenk und Ferse bein die Ursache sein. Typischerweise treten die ersten störenden Symptome, wie Belastungsschmerzen, im jugendlichen Alter erstmals auf.

In der Fußsprechstunde wird dann nach sorgfältiger Anamnese und klinischer Untersuchung, die den rigiden Knick-Plattfuß bestätigt, eine Röntgenuntersuchung erfolgen. Ganz sicher kann die Diagnose erst mit einer Schichtuntersuchung CT oder MRT gestellt werden. Die Therapie besteht in der Abtragung der knöchernen Verbindungen und ggfs. Unterstützung und Stabilisation der physiologischen Fußform durch ein Spezialimplantat, das in den Rückfuß eingebracht wird, eine sogenannte Arthrorise.



Mit Einlagen und gezielter Physiotherapie lassen sich solche Fußfehlstellungen verhindern. FOTO: BRAATZ



Prof. Dr. Wolfgang Lehmann

Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie der Universitätsmedizin Göttingen



Prof. Dr. Frank Braatz

Leiter Schwerpunkt Orthobionik und Professor für med. Orthobionik (PFH), Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Plastische Chirurgie der Universitätsmedizin Göttingen

Die Operation funktioniert natürlich nur und bringt nur dann gute Ergebnisse, wenn auch die konservative Therapie und die Nachbehandlung mit Gipsruhigstellung, Einlagenversorgung und die Physiotherapie konsequent mit einbezogen werden.

Zusätzlich zu der Fehlbelastung kommt bei älteren Patienten, die aufgrund eines Diabetes, ein sogenanntes Diabetisches Fußsyndrom (DFS) entwickeln, die Problematik, dass die Haut überbeansprucht wird. Dann entstehen lokale Hautdefekte und die Belastung des Fußes ist unmöglich. Diabetes ist eine Volkskrankheit und tritt sehr häufig auf. Wird er nicht konsequent behandelt, bilden sich häufig Folgeschäden, wie das DFS, aus. Das DFS geht teils mit grotesken Fehlstellungen einher, die entsprechende Überbelastung zur Folge hat (Abbildung 4 und 5). Hier kann ebenfalls durch einen operativen Eingriff die physiologische Fußstellung wieder hergestellt werden und somit die entsprechende Hautstelle entlastet werden.

Auch hier ist der operative Part nur ein Teil des Therapiekonzeptes. Mit der Diabetesambulanz Bad Lauterberg und dem Orthopädicum Norheim Dr. Stinus/Dr. Dörner wurde das Fußnetzwerk Niedersachsen zur interdisziplinären Behandlung von Patienten, die an einem Diabetischem Fußsyndrom leiden, gegründet.

Zusammengefasst ist im Kinder- und Jugendalter die Knick-Plattfuß-Deformität fast immer unkompliziert und

Im Kinder- und Jugendalter ist die Knick-Plattfuß-Deformität fast immer unkompliziert und bedarf in den meisten Fällen keiner Therapie.

bedarf in den meisten Fällen keiner Therapie. Da es neben der Knick-Plattfuß-Deformität auch andere Fußfehlstellungen gibt, gilt bei Beschwerden im Fußbereich zum Beispiel beim Schulsport oder bei asymmetrischen Fußabdrücken im Zweifel Vorstellung in einer speziellen Fußsprechstunde oder in einer Kinderorthopädischen Spezialambulanz.

Im höheren Alter kann es durch Degeneration einer Sehne hinter dem Innenknöchel zu einer zunehmenden Knick-Plattfuß-Deformität im Erwachsenenalter kommen. Ein frühes Therapie-Regime mit passgerechter Einlagenversorgung und gezielter Physiotherapie beeinflusst hier den Verlauf oft positiv.

Bei zunehmenden belastungsabhängigen Beschwerden in den Füßen, beispielsweise bei längerem Stehen und vor allen Dingen bei Veränderungen des Fußabdrucks und Absenken des Längsgewölbes ist die Vorstellung in einer speziellen Fußsprechstunde zur Beratung empfehlenswert.

LESER FRAGEN

Liebe Leser, stellen Sie Ihre Frage zum Thema „Fußfehlstellung“ bitte bis Montag, 23. Oktober, 10 Uhr. Hierfür gibt es eine eigene Email-Adresse. Sie lautet

sprechstunde@goettinger-tageblatt.de

Ihre Fragen werden dann von Prof. Dr. Wolfgang Lehmann und Prof. Dr. Frank Braatz beantwortet werden. Die Antworten finden Sie am kommenden Sonnabend in Ihrem Göttinger Tageblatt - unter der Rubrik „Gesund in Göttingen“.



**THEMEN
IM ÜBERBLICK**

14.10. RHEUMA

21.10. FUSSFEHLSTELLUNG

28.10. HAUTKREBS

4.11. MUSKULÄRE SPORTVERLETZUNGEN