

DIE VERSORGUNG DES KINDLICHEN SENK-SPREIZFUßES

Einführung:

Ist das Längsgewölbe des Fußes (die Wölbung von der Ferse zum Vorderfußballen) abgeflacht, wird dies als **Senkfuß** bezeichnet. Typisch ist, dass der Fuß eingeknickt ist und der Knöchel auf der Innenseite heraus steht. Von hinten betrachtet, sieht man, dass der Übergang vom Wadenmuskel über die Achillessehne zur Ferse nach außen abknickt. Daher auch die Bezeichnung „Knicksenkfuß“. Der Extremfall liegt vor, wenn die Haut der Fußwölbung komplett am Boden aufliegt - dies wird als Plattfuß bezeichnet. Der **Knick-Senkfuß** kann eine erworbene oder angeborene Deformität darstellen (Abb.1).



Abb. 1: Abdruck eines Normfußes (links) und Senkfußes (rechts) im Stand

Ursachen:

In aller Regel ist der Senkfuß durch eine Schwäche der Fußmuskulatur bedingt, die normalerweise das Fußgewölbe trägt. Diese Schwäche ist bei Kleinkindern zunächst noch normal, sollte sich jedoch im Laufe einiger Jahre verwachsen. Doch bewegungsarme Lebensweise, verstärkt durch die Ruhigstellung der Füße in den Schuhen, verhindert häufig den erforderlichen Trainingsreiz auf die Fußmuskulatur. Deshalb hat sich auch bei Jugendlichen und Erwachsenen die notwendige Muskelspannung für ein stabiles Fußgewölbe noch nicht ausgebildet. Fast immer ist eine Fußschwäche der Grund für Senkfüße, nur ganz selten angeborene Missbildungen, die im Zweifelsfall jedoch durch ärztliche Untersuchung ausgeschlossen werden sollten.

Folgen des Senkfußes:

Zu befürchten sind im Laufe des Lebens Überlastungsschmerzen der zu schwachen Fußmuskulatur, Knieschäden in Folge falscher Kraftübertragungen beim Gehen und Stehen, Bildung eines schmerzhaften Fersenspornes, Bandscheiben- und Rückenprobleme wegen gestörter Bewegungsabläufe und unzureichender Stoßdämpfung durch das eingesunkene Fußgewölbe.

Behandlung:

Eine ursächliche Behandlung muss (sofern nicht eine echte Missbildung vorliegt) zunächst in der Stärkung der Fußmuskulatur bestehen. Bei Kindern sollte aber die Herausforderung durch Barfußgehen und Fußgymnastikspiele das wichtigste Element der Behandlung sein, denn der Muskelaufbau kann bei ihnen schon innerhalb von Monaten zur Besserung führen. Einlagen können bei Kindern u. U. von Nachteil sein, da sie die Beweglichkeit der Füße zusätzlich einschränken und den Muskelaufbau behindern.

Einlagen sollten dann angewendet werden, wenn Gymnastik allein nicht mehr zum Muskelaufbau ausreicht. Führen konservative Therapiemaßnahmen nicht zum Erfolg, wird ab dem 6. Lebensjahr bis 2 Jahre vor Abschluss des Wachstums die operative Korrektur empfohlen. Als minimal invasives operatives Verfahren hat sich die **Arthrorise** durchgesetzt. Dabei wird im Bereich des unteren Sprunggelenkes ein Dübel oder eine Schraube eingesetzt (Abb. 2).



Abb. 2: Arthrorise des unteren Sprunggelenkes

Die Wirkung besteht zum einen in einer Bewegungsbremmung und damit Stabilisierung des unteren Sprunggelenkes. Außerdem stimuliert das Implantat offenbar die Muskulatur, was zu einer aktiven Aufrichtung des Fußes beiträgt. Bei deutlicher Wadenmuskulaturverkürzung können also bestimmte Muskelanteile leicht verlängert oder entspannt werden. Das Kind kann den Fuß nach der Operation nach Abschluss der Wundheilung wieder voll belasten. Die Entfernung der Schrauben kann nach 2-3 Jahren ambulant erfolgen (Abb.3).



Abb. 3: 1 Jahr nach Arthrorise des linken Fußes; Operation des rechten Fußes vorgesehen

Zusammenfassung:

Die konservative Behandlung des Knick-Senkfußes im Kindesalter ist der erste Schritt. Bei Versagen bzw. in ausgeprägten Fällen hat sich die Arthrorise aufgrund guter Ergebnisse bewährt und eine weite Akzeptanz gefunden.

Kontakt:

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jörg Jerosch | Johanna-Etienne-Krankenhaus | Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin
Am Hasenberg 46 | 41462 Neuss | T (02131) 5295-2002 | F (02131) 5295-2003 | j.jerosch@ak-neuss.de | www.johanna-etienne-krankenhaus.de

