

Kinderorthopädie: Klumpfuß

Beim angeborenen Klumpfuß ist der Fuß als solches mit allen Knochen, Bändern und Muskeln angelegt, aber er ist nach innen gedreht und unbehandelt laufen die Patienten später auf dem Fußaußenrand. Der Klumpfuß tritt etwa in 1 von 1000 Lebendgeborenen auf. In der Hälfte der Fälle sind beide Füße betroffen. In 2/3 der Fälle sind Jungen betroffen. Die genauen Ursachen kennt man nicht, allerdings tritt der Klumpfuß in manchen Familien gehäuft auf, so dass eine hereditäre Genese mit eine Rolle spielt. Die Behandlung des Klumpfußes hat in den letzten Jahren eine revolutionäre Wende genommen mit der Gipstherapie nach Ponseti. Bei dieser Methode werden die verdreht zueinanderstehenden Sprungbein- und Fersenbeinknochen in einer bestimmten Gipstechnik in ihre korrekte Position gebracht. Nach ungefähr 6-8 Wochen ist diese Position erreicht und in 90% der Fälle muss dann noch in einem kleinen operativen Eingriff die Achillessehne durchtrennt werden. Im Anschluss werden die Füße nochmals 4 Wochen eingegipst, damit die Achillessehne verheilt. Für zunächst 3 Monate wird dann Tag und Nacht und anschließend nur nachts bis zum 4. Lebensjahr eine Schiene getragen, die einem kleinen Snowboard gleicht. Diese verhindert ein Wiederauftreten der Fußfehlstellung. In einigen Fällen muss zur weiteren Korrektur im 4.-5. Lebensjahr noch in einem kleinen operativen Eingriff eine Sehne verpflanzt werden. Nur noch sehr selten werden aufwendige Operationen mit Eröffnung sämtlicher Fußgelenke und Sehnenverlängerungen, wie sie in der Vergangenheit durchgeführt werden, nötig. Unter der Ponsetimethode entwickelt der Großteil der Patienten annähernd ganz normale Füße, mit guter Beweglichkeit und der Möglichkeit einen Marathon zu laufen.



Typisches klinisches Bild von Klumpfüßen vor Beginn der Gipstherapie



AFO-Schiene nach Beendigung der Gipstherapie bei der Klumpfußbehandlung nach Ponseti