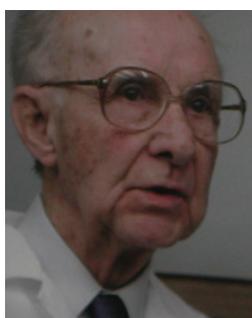


## Aktuelle Behandlung des angeborenen Klumpfusses am Kinderspital

Erika Payne, Oberärztin Kinderorthopädie Ostschweizer Kinderspital

Der Klumpfuß tritt bei Neugeborenen mit einer Häufigkeit von eins bis zwei pro 1000 Geburten auf und somit weltweit über 100'000 Mal im Jahr. In ungefähr 50% der Fälle sind beide Füße betroffen. Bei Jungen zeigt sich die Erkrankung etwa doppelt so häufig. Hat in der Familie ein Kind bereits einen Klumpfuß, so ist das Risiko für Geschwisterkinder viel höher (1:30).



### Professor Ponseti

Seit 1963 behandelt Professor Ponseti in Iowa/USA den Klumpfuß nach einer besonderen Gipstechnik. Er konnte damit beste Erfolge verzeichnen.

Erst seit 1995 hat diese Methode in den USA eine breitere Anwendung erfahren, nach einer Follow up Studie über 35 Jahre. Im Internet ist die Methode seit 1996 publiziert, die Wirksamkeit der Methode wurde auch per MRI nachgewiesen.

Die Indikation der Behandlungsmethode nach Ponseti erstreckt sich vom kongenitalen Klumpfuß bei ansonsten gesunden Kindern über Klumpfüsse bei angeborenen Syndromen, wie auch bei MMC und AMC.

### Zum Behandlungskonzept

Das Gipsen am ersten Lebenstag entfällt, es ist möglich, erst in der zweiten bis vierten Lebenswoche damit zu beginnen. Bei Frühgeborenen sollte das Körpergewicht mindestens 1500 gr sein. Ein wöchentlicher Gipswechsel ist ausreichend. Gipse nach der „Ponseti-Methode“ können auch noch im Alter von vier bis sechs Monaten bzw. nach herkömmlicher Gipsredression begonnen werden.

Bei jedem neuen Gipswechsel wird auf einem Dokumentationsbogen der genaue Befund des Fußes hinsichtlich Aussehen, Tastbefund und Beweglichkeit vermerkt. Beim ersten Anlegen des Gipses wird zunächst die Hohlfusskomponente durch Supination des Vorfusses, d.h. Anheben des ersten Strahls behandelt.



Im zweiten Schritt wird der in Supination gehaltene Fuss schrittweise in Richtung Abduktion bis 70° redressiert, wobei auf dem Taluskopf ohne Druck gegengehalten wird. Dabei darf die Ferse nicht berührt werden, da sonst die Bewegung in der Fusswurzel behindert wird. Die aktive Korrektur aus dem Spitzfuss ist frühestens ab 50° Abduktion sinnvoll. Meist sind fünf bis sechs Gipse zum Erreichen des Therapieziels notwendig.



Eine operative Durchtrennung der Achillessehne ist notwendig, wenn bei 70° Abduktion weniger als 10° Dorsalextension erreicht werden, bzw. auf dem Dokumentationsbogen ein entsprechender Befund erzielt wird, der die Voraussetzung für die OP erfüllt.

Der Hautschnitt für die Operation ist etwa 1 cm lang, oberhalb des Ansatzes der Achillessehne, leicht medialeseitig und sollte die Dorsalextension um ca. 10° bis 20° verbessern. Eine Naht der durchtrennten Sehne ist nicht notwendig.



Diese Operation kann in Lokalanästhesie oder Narkose im ersten Lebensjahr durchgeführt werden. Danach ist nur eine operative Verlängerung der Sehne möglich. Wir führen die Operation in ca. 90% der behandelten Füße durch. Anschliessend wird erneut für drei Wochen ein Oberschenkel langer Redressionsgips angelegt.



Nach der dritten postoperativen Woche werden die Gipse entfernt und eine Abduktionsschiene angelegt, die während drei Monaten Tag und Nacht getragen wird; danach ist das Tragen der Schiene nur noch in der Nacht notwendig. Zur Vermeidung eines Rezidives muss die Schiene nachts bis zum vierten Lebensjahr fortgesetzt werden.

Der Verlauf wird in regelmässigen Nachkontrollen überprüft.