



Leserbrief zum Artikel: Jürgen Hettfleisch, Zur medizinischen Notwendigkeit „propriozeptiver“ Schuheinlagen und anderer Behandlungsmaßnahmen des kindlichen Knick-Senk-Fußes aus der Sicht des Medizinischen Sachverständigen [Fuß & Sprunggelenk 9 (2011) 72-78] und Peter Bernius, Kommentar zu dem Beitrag von Jürgen Hettfleisch [Fuß & Sprunggelenk 9 (2011) 79-80]

Johannes Hamel

Zentrum für Orthopädische Fußchirurgie, Schützenstraße 5, 80335 München

Die Überlegungen von Hettfleisch zum kindlichen Pes planovalgus und der darauf Bezug nehmende Kommentar von Bernius sind in mehreren Aspekten sehr interessant. Auch wenn der Unterzeichner die prinzipiell kritische Sicht von J. Hettfleisch auf die Einlagenversorgung von senkfüßigen Kindern teilt, bedürfen seine Ausführungen dringend der Kommentierung und Richtigestellung:

1. Die von J. Hettfleisch bezogene Position entspricht weitgehend der im kinderorthopädischen Bereich in den letzten Jahrzehnten

allgemein vertretenen: Der Pes planovalgus ist im Kindesalter beim ansonsten gesunden Kind eine Spielart des Normalen, konservative Behandlungsmaßnahmen haben keinen (bisher) nachweisbaren Effekt, operative Korrekturen kommen kaum in Betracht. So sind dem Unterzeichner große kinderorthopädische Abteilungen bekannt, die operative Korrekturen von Planovalgusdeformitäten bei neuromotorisch oder syndromal erkrankten Kindern regelmäßig, praktisch aber bis vor kurzem nie bei ansonsten gesunden Kindern vorgenommen haben.

2. Die von J. Hettfleisch dokumentierte bebilderte Kasuistik stellt sicher keinen „altersphysiologischen“ Befund dar: Wenn die Fußhebung schon mit gebeugtem Kniegelenk

DOIs von original artikel: [10.1016/j.fuspru.2010.11.001](https://doi.org/10.1016/j.fuspru.2010.11.001),
[10.1016/j.fuspru.2010.11.002](https://doi.org/10.1016/j.fuspru.2010.11.002).

E-Mail: J.Hamel@t-online.de

- nur „knapp über die Neutralstellung“ gelingt, ist von einer Verkürzung der Wadenmuskulatur mit Sicherheit auszugehen, Schmerzen im Knie nach Belastung können vielfältige Ursachen haben, sind aber jedenfalls nicht normal. Die „Aufrichtung“ des Rückfußes im Zehenstand beweist einen beweglichen Subtalarkomplex und einen aktiven M. tibialis posterior, sonst gar nichts. Selbst noch wesentlich schwerere Planovalgus-Deformitäten als im Bild dargestellt mit statisch-ausgelösten Beschwerden bei längerem Gehen und Stehen können sich im Zehenstand „aufrichten“.
3. Wenn man die hier angestoßene (allerdings in der Vergangenheit schon oft ähnlich geführte) Diskussion beobachtet, so fehlt vor allem eines: Eine objektive Messung des Ausmaßes der Deformität. So besteht z.B. keine Übereinstimmung zwischen J. Hettfleisch und P. Bernius bereits in der Bewertung eines klinischen Fotos. In allen Bereichen der Orthopädie (z.B. Skoliose, Beinachsen-Veränderungen) ist es unwidersprochen üblich, Deformitäten in klinisch ausgeprägten Fällen mittels der Röntgentechnik zu quantifizieren. Am Fuß ist es zugegeben etwas komplexer als z.B. bei der Beinachsenbestimmung, aber durchaus möglich; die Beurteilung nur einer Betrachtungsebene z.B. reicht nicht aus; ein (vielleicht noch nicht vollständig ausgereifter, aber praktikabler) Vorschlag zur Quantifizierung durch einen Winkel-Index wurde vom Unterzeichner in dieser Zeitschrift 2006 publiziert.
 4. Die unter 1. skizzierte Sicht auf das Problem, wie sie sich etwa im Beitrag von J. Hettfleisch darstellt und wie sie auch der Überzeugung des Unterzeichners bis vor einigen Jahren entsprochen hat, erscheint aufgrund neuerer Erfahrungen mit den Möglichkeiten knöcherner Korrekturen nicht mehr in vollem Umfang haltbar. Es stehen heute für die schweren Formen des kindlichen Knicksenkfußes (TMT-Index jenseits von etwa -35° , wobei in die Indikationsstellung noch weitere, klinische Parameter mit einfließen) im späteren Schulalter mit den Arthrorisen und Calcaneus-Osteotomien Verfahren zur Verfügung, die bei sorgfältiger Indikationsstellung überzeugende Ergebnisse liefern. Wenn betroffene Kinder dieses Alters nach einseitiger Korrektur fast regelmäßig den Eingriff auch an der Gegenseite ausdrücklich wünschen („ich stehe auf meinem operierten Fuß barfuß jetzt so, wie zuvor nur mit einer gut abstützenden, fersenumfassenden Einlage“), so spricht das einfach für sich, und die Kinder stimmen sozusagen selbst mit ihren Füßen ab. Jahrelange derartige Erfahrungen haben beim Unterzeichner ein Umdenken hervorgerufen, und auch die Autoren früherer Leitlinien werden dies zur Kenntnis nehmen müssen. Auch in der Klumpfuß-Therapie waren es in Deutschland im Wesentlichen die Eltern, die zu einer späten, aber zügigen Einführung der heute allgemein anerkannten Ponseti-Behandlung entgegen mancher orthopädisch geäußerten Bedenken beigetragen haben.
 5. Wir sollten aber kritisch bleiben mit jeglicher konservativer und operativer Behandlung und einen wissenschaftlichen Nachweis der Wirksamkeit fordern, darin ist J. Hettfleisch durchaus zuzustimmen. Dieser wäre z.B. in Form einer radiologisch zu verifizierenden Stellungsverbesserung jenseits des Alters der bekannt-großen Spontanheilungstendenz in den ersten 8 bis 10 Lebensjahren zu führen. Für einige der angesprochenen operativen Verfahren ist dies bereits erfolgt (s. Heft 1 / 2010). An einer weiteren Verfeinerung der Differential-Indikation muß weiter gearbeitet werden. Da – und hierin ist J. Hettfleisch zuzustimmen – merkwürdigerweise ein entsprechender Wirksamkeitsnachweis einer positiven Beeinflussung der Formentwicklung auch nach vielen Jahren der breiten Versorgung mit abstützenden und „sensomotorischen“ Einlagen immer noch aussteht, hält der Unterzeichner ihren Einsatz derzeit allenfalls zur Linderung statischer Beschwerden ggf. für sinnvoll, nicht zur (vermeintlichen) Einflußnahme auf die Fußform.