

## Der rheumatische Fuß

Im Rahmen des zeitlichen Verlaufes einer rheumatischen Erkrankung kommt es im Vorfuß bei 91,3% der Frauen und 84,9% der Männer zu destruktiven Veränderungen (Vaino ´69).

Im 10 Jahresverlauf lässt sich eine Fußbeteiligung 80-100 % finden (Johnson ´89, Gschwend ´77, Chand ´72). Von besonderer Bedeutung ist der Vorfußschmerz als Initialsyndrom der RA, welches bei 16 % der Patienten zu finden ist. (Thomas ´79).

Pathologie Vorfuß. Die Rückfußbeteiligung der RA besteht in ca. 40% (S. Jakubowski 1969) der Fälle, hierbei ist seitens der Sprunggelenke das Talonavicular-Gelenk am häufigsten betroffen (JJ. Calabro 1962; P. Procter et al 1982; GW Ritchie 1968).

In typischer Weise kommt es zum Befall der Synovialmembranen, Bursen, Sehnen mit Schwellungen und Erguss.. Dies führt zu Belastungs-, Bewegungs-, Ruheschmerzen. Die daraus entstehenden Destruktionen führen zu Veränderungen des Rückfußes und haben immer Einfluss auf den Gesamtfuß.

Die Destruktion des Gelenkes bei OSG-Befall ist eine der gewichtigsten Gefahren für die Mobilität des RA-Patienten ! Die Häufigkeit des Gelenkbefalls der Sprunggelenke beträgt bei 1 - 3 Jahre Krankheitsdauer 60 % und steigt bei 10 - 12 Jahre Krankheitsdauer auf 76 %.

Bei einer aktiven entzündlichen Phase der Grunderkrankungen steht zunächst eine Optimierung bzw. Einstellung einer Basisedikation in Kooperation mit der internistischen Rheumatologie im Vordergrund. Bei dringlichen OP-Indikationen ist eine begleitende Therapieoptimierung indiziert um größere knöcherne Destruktionen zu vermeiden.

Bei Beurteilung des erkrankten Fußes besteht die Notwendigkeit der Differenzierung des Befallsmusters und der gesamten Achse der unteren Extremität um einen entsprechenden Therapieplan mit dem Patienten zu definieren.

Das lang e Zeit postulierte Motte „...**wait and see**...“ ist obsolet. Die Fußdeformität wird meist durch die funktionelle Fehlstellung von Mittel- u. Rückfuß bedingt.

Das operative Ziel ist die Anatomie und Belastbarkeit des Fußes zu erhalten bzw. wieder herzustellen und Gelenk erhaltend zu operieren. Besonderes Augenmerk gilt der Tibialis posterior Sehne, der Stabilität des Talonavicular-Gelenkes welches hauptverantwortlich für Stabilität des Längsgewölbes und den sek. Hallux valgus ist.

Die operative Therapie des rheumatischer Fußes basiert auf LDE Stadienadaptierten Verfahren und beinhaltet das gesamte Spektrum der Gelenk erhaltenden Maßnahmen Synovektomie, Tenolyse und Tenosynovektomie sowie Umstellungsosteotomien und Resektionsarthroplastiken. Das Motto „start with a winner“ von W. Souter hat sich zur Bildung einer Vertrauensbasis bewährt. Die klinische Stadieneinteilung der Posticusinsuffizienz von 1 bis 4 nach Johnson und Storm (1989) ist die am weitesten verbreitete. Beim RA-Patient besteht die Besonderheit,, dass im Gegensatz zum degenerativ veränderten Rückfuß die OP-Techniken um jeweils 1 Stufe

Fazit der Komplikationsanalyse

Auch in der Nachbehandlungsphase bedarf der rheumatische Patient einer besonderen Fürsorge. Durch die in der Regel langjährige medikamentöse Immunsuppression und oft massiven Veränderungen von Haut und Knochen bedarf es einer vorsichtigeren Nachbehandlung mit reduzierter Aufbelastung. Wundheilungsstörungen im OP Gebiet sind beherrschbar, benötigen aber einer engmaschigen Kontrolle durch den Operateur. Die Nachuntersuchungen des Patientengutes im Rahmen der OSG Prothesen Nachuntersuchung zeigen ein 4-fach erhöhtes Komplikations Risiko für RA Patienten

Die Nachbehandlung ist insbesondere beim Rheumatiker von sehr hoher Bedeutung. Post-operativ benötigt der Patient leichtes weiches Schuhwerk mit entsprechender Zurichtungen, atmungsaktiv, Einlagen kompatibel. Die post-OP Versorgung sollte langsohlige, schalenförmige Dünnschichteinlage mit Abstützung des Sustentaculum tali mit Vorfußweichbettung beinhalten.

Zusammenfassend bedarf der „Rheumafuß“ ein Intensives Patientenmangement, ein enge Kooperation mit internistischer Rheumatologie. Der Umgang mit ggf. bestehender DMARD Therapie muß im Therapeutenteam abgesprochen werden. Biologicals und Levlonumid wird ein Absetzen in der perioperativen Phase empfohlen. Eine bestehende low-dose Methotrexat-Therapie kann weitergeführt werden, vorausgesetzt es liegen keine weiteren Risikofaktoren für Wundheilungsstörungen vor. Des Weiteren sind mögliche Infektherde wie Karies, Panaritium er Nägel, Pilzbefall oder eine chronische Zystits zunächst zu sanieren.

Eine alleinige fachliche Spezialisierung auf die Behandlung singulärer Gelenke ist meist nicht ausreichend. Erfahrung mit den chronischen Systemerkrankungen und ein ganzheitliches Behandlungskonzept, in Verbindung mit der Kenntnis schwerer Defektarthropathien an allen Skelettanteilen in den verschiedenen Stadien kennzeichnen den verantwortungsvollen Umgang und ist mehr als die Basis für eine erfolgreiche operative Versorgung sondern eine unabdingbare

Grundvoraussetzung um diesem besonderen Patientengut gerecht zu werden.



**Bild 1 RA-Fuß prä-OP**



**Bild 2 RA Fuß RÖ prä-OP**



**Bild 3 RA Fuß post-OP**



**Bild 4 RA Fuß RÖ post-OP**



**Bild 5 Talusnekrose bei RA**



**Bild 6 RA Fuß post-OP  
Jahre post-OP**



**Bild 7 RA Patient OSG TEP 7**

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:  
Dr. Markus Preis, Aukammklinik, Leibnizstr. 21, 65191 Wiesbaden Tel. 0611-572134,  
preis@orthopaedie-aukamm.de