

Schmerzhafter Knick / Senkfuss

Allgemeines:

Bei **Kindern** sind „Knick / Senkfüsse“ eine häufige und zumeist harmlose Diagnose. Der muskulär gut kontrollierte und schmerzlose Kinderknick / Senkfuss bedarf in der Regel keiner weiteren Therapie. Bei ausgeprägten, aber schmerzlosen Fehlstellungen sind stützende / korrigierende Schuheinlagen sowie physiotherapeutische Massnahmen beim wachsenden und sich weiter entwickelnden Fuss sinnvoll. In seltenen Fällen ist der kindliche Knick / Senkfuss schmerzhaft und lässt sich mit oben genannten Massnahmen nicht befriedigend behandeln. Häufig muss in diesen Fällen operativ vorgegangen werden, indem das äussere Fersenbein und die in der Regel verkürzte Achillessehne verlängert wird. Dieser Eingriff wird durch einen erfahrenen Kinderorthopäden durchgeführt.

Im **Erwachsenenalter** ist der **schmerzhafte Knick / Senkfuss** meistens auf eine zunehmende Degeneration der hinter dem Innenknöchel nach vorne verlaufenden, den Rückfuss stabilisierenden Sehne zurückzuführen (Tib.post- Sehne). Im MRI ist die Sehne häufig angerissen, selten sogar ganz gerissen. Letzteres bewirkt ein zunehmendes Abkippen des Rückfusses nach innen.

Prädisponierend dafür sind: vorbestehender Knick / Senk / Plattfuss, Übergewicht, starke Verkürzung der Wadenmuskulatur, Stoffwechselkrankheiten wie Diabetes mellitus mit nachfolgender Bindegewebschwäche. Häufig entwickelt sich der schmerzhafte Knick / Senkfuss über eine längere Zeitperiode, selten auch im Rahmen eines Misstritts. Schmerzlokalisierung: innerer Rückfuss unterhalb des Innenknöchels, bohrend-stechender Schmerz.

andresORTHO

Operative Therapie Schmerzhafter Knick / Senkfuss

Der nach innen kollabierte Rückfuss als Folge einer Sehnen(teil)rissbildung wird zunächst mit schuhorthopädischen Massnahmen („hoher“ orthopädischer Serienschuh mit Fussbettung) behandelt.

Nicht selten genügt aber diese Therapiemassnahme nicht, eine **operative** Behandlung wird erforderlich:

Bei Patient/innen mit Normalgewicht und arthrosefreien Mittelfussgelenk:

Rekonstruktiv mit Sehnennaht / Sehnentransfer und Verschiebe-Osteotomie des Fersenbeins, bei starker Verkürzung Verlängerung der Wadenmuskulatursehne.

Bei Patient/innen mit Übergewicht oder/und im Röntgenbild arthrotischem Mittelfussgelenk:

Versteifung des kollabierenden Mittelfussgelenks und Verschiebe-Osteotomie des Fersenbeins, bei starker Verkürzung Verlängerung der Wadenmuskulatursehne.

Spitalaufenthalt: 5-7 Tage.

Nachbehandlung: Teilbelastung 15-20 kg im Unterschenkel-Stiefel für 8-12 Wochen.

Danach Röntgenkontrolle und voraussichtlicher Belastungsaufbau.

andresORTHO
improvement of movement