

PRAXIS_FALLBERICHT

Kombinierte Klumpfußbehandlung

Behandlung nach Ponseti-Eingriff mit anschließender dreidimensionaler manueller Fußtherapie bei Unverträglichkeit der Abduktionsschiene **Barbara Zukunft-Huber**

Fallbeispiel

Manuel – ein Kind mit beidseitigen Klumpfüßen Grad III-IV

Manuel^a bekam zuerst eine Gipsfixierung nach der klassischen Klumpfußbehandlung, d. h. Beugung der Kniegelenke mit Pronationsstellung der Füße. Es war bereits eine operative Therapie mit peritalarem Release vorgesehen. Die Mutter erkundigte sich jedoch auch nach anderen Therapiemöglichkeiten und ließ die Gipse mit 5 Wochen entfernen, um die dreidimensionale manuelle Fußtherapie durchzuführen. Da sich die Beseitigung der Spitzfüße als langwierig erwies, entschieden sich die Eltern für die Ponseti-Therapie, als das Kind fünf Monate alt war. Nach erfolgreicher Reposition der beidseitigen Klumpfüße wurden Alfaflexschienen verschrieben.

Das Kind akzeptierte diese Schienen allerdings nicht. Nach Weglassen der Schienen wurde zweimal täglich die dreidimensionale manuelle Fußtherapie auf neurophysiologischer Grundlage durchgeführt. Zusätzlich wurden die Füße mit einer funktionellen Binde versorgt.

Therapie in Rückenlage

Wie bei Ralf (siehe Fallbeispiel pt 4_2010, S. xx) kam auch bei Manuel zunächst die Korrektur der funktionellen Länge in Rückenlage zur Anwendung (1. Griff). Das Bein wird dabei außenrotiert, abduziert und in Hüft- und Kniegelenk gebeugt. Beide Fußstrahlen müssen in diesem Bewegungsmuster parallel stehen und es sollte keine Faltenbildung medial zu sehen sein. Die Fußlänge war bei Manuel allerdings nicht verkürzt, weshalb die Fußlängendehnung in der Therapie vernachlässigt werden konnte (Abb. 1).

Missverständnis zur Ausgangsstellung in Rückenlage

Dieser Behandlungsgriff in Rückenlage oder bei größeren Laufkindern im Sitzen birgt jedoch Missverständnisse in sich. Es könnte der Eindruck entstehen, dass in diesem Bewegungsmuster der Fuß supinatorisch aufgedehnt wird und dieser Griff nach der Durchtrennung der Achillessehne (Ponseti) nicht angewandt werden darf. Dieses Missverständnis lässt sich aber durch Selbsterfahrung aufklären.



Abb. 1_Beurteilung der Länge

a_Die Füße sehen nach der Ponseti-Therapie zueinander, dies ist normal

b_1. Griff: Die Fußlänge muss in Supination frei sein, sonst besteht Gefahr des Hohlfußes



Abb. 2_Der Behandlungsgriff in Rückenlage birgt Missverständnisse
 a_Bei gebeugtem Bein steht der Fuß automatisch in Supination
 b_Rezidiv bei einem Klumpfuß; der Klumpfuß wird durch Dehnung von der Ferse bis zum Großzehenstrahl in die Länge gedehnt, um die Kontrakturen des Vorfußes zu beseitigen

Dazu kann man sich auf den Boden setzen, ein Bein in Hüft- und Kniegelenk beugen und es dabei nach außen drehen und abspreizen. Dabei wird man feststellen, dass der Fuß bei Beugung im Hüft- und Knie-

gelenk mit Außenrotation und Abduktion automatisch parallel mit den Strahlen in Supination liegt und die Fußsohle zur Decke zeigt (Abb. 2a). Nur in dieser Ausgangsstellung – egal, ob als Säugling in Rücken-



Abb. 3_Weitere Griffe, die nach Weglassen der Schiene unbedingt erforderlich sind
 a_3. Griff: Mit der Plantarflexion geht man in die subtalare Korrektur über
 b_4. Griff: Mit der Vorfußabduktion zur Knieachse wird der Kalkaneus automatisch über den Talus gestellt
 c_5. Griff: Korrekter Griff zur Spitzfußkorrektur aus Sicht des Therapeuten
 d_5. Griff: Die Derotation beinhaltet die Beseitigung des Fersenvarus mit Rückführung des Navikulare auf den Talushals

Hinweis: Bei a und d wurden die Griffe zur besseren Demonstration von medial kommend fotografiert



Abb. 4_Fußlängendehnung im Sitz mit eineinhalb Jahren

lage oder bei Laufkindern im Sitzen – kann die Länge effektiv gedehnt werden. In Abbildung 2b muss der linke Fuß durch Weichteildehnung von der Ferse bis zum Großzehenstrahl in die Länge diagonal gedehnt werden, damit die Hohlfußkomponente beseitigt wird. Nach der Dehnung wird eine angerollte Binde die Korrektur bis zur nächsten Therapiesitzung halten.

Therapie in Bauchlage

Die Korrektur der funktionellen Länge in Bauchlage (2. Griff) war ebenfalls ein Therapiebestandteil bei Manuel (vgl. Abb. 5c und d im Fallbeispiel pt 4_2010, S.xx). Die Fußlängendehnung in Bauchlage muss nur angewandt werden, wenn die Parallelstellung beider Fußstrahlen nicht erreicht worden ist.

Weitere Behandlungsgriffe nach Weglassen der Schiene

Manuel liegt bei den folgenden Techniken in Bauchlage, die Therapeutin sollte immer senkrecht außen zum behandelnden Fuß sitzen.

3. Griff zur Plantarflexion: In Bauchlage liegt das Bein in Hüftmittelstellung und das Knie wird 90 Grad angewinkelt. Eine Hand liegt im rechtwinkelig gebeugten Kniegelenk und umfasst die Ferse, die andere Hand nimmt den medialen Fußstrahl und dehnt den Fuß in die Plantarflexion Richtung Abduktion (Abb. 3a).

4. Griff zur Abduktion: Nun wird der Fuß zur Knieachse in Abduktion umgestellt. Dabei löst eine Hand die Ferse vom Malleolus externus, während die andere Hand den Fuß am medialen Fußstrahl

hält und ihn in die Abduktion zieht, dabei wird der Kalkaneus über den Talus gestellt (Abb. 3b).

5. Griff zur Abduktion und Derotation: Der Griff um das Chopartgelenk erleichtert die Mobilisation. Die auf der Fußsohle gelegte Hand umfasst mit Zeige- und Mittelfinger den Fuß am Navikulare, der Daumen liegt seitlich am Talus in Höhe des Kuboid. Der an der Ferse liegende Daumen bringt den Fuß in die Abduktion, dabei löst der Daumen die Ferse von der Fibula, während die andere Hand den Fuß gleichzeitig in die Abduktion zieht. Der Kalkaneus wird dabei über den Talus reponiert. Nun wird der ganze Fuß von der Ferse mit dem Vorfuß in der Längsachse des Fußes nach außen gedreht. Dabei wird das Navikulare auf den Talushals zurückgeführt und der Restvarus des Kalkaneus behoben. Steht der Fuß in korrigierter Abduktion, wird die Ferse aus der Spitzfußstellung mobilisiert (Abb. 3c und d). Bei hartnäckiger Spitzfußstellung wird die Seitenlage zur Beseitigung genutzt.

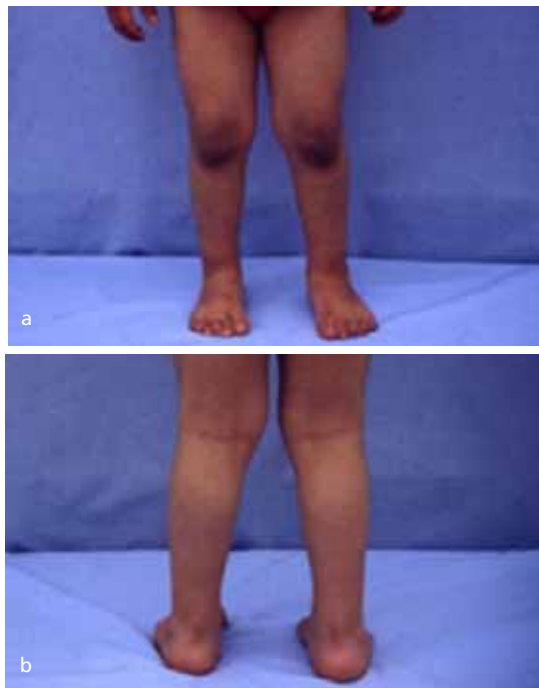


Abb. 5_Die Therapie war erfolgreich: beidseitige Klumpfüße mit 4 Jahren

Behandlung im Sitzen

Als Manuel sich aus eigener Kraft über das Krabbeln hinsetzte, wurden die Dehngriffe zur Fußlänge nicht mehr in der Rückenlage, sondern im Sitzen durchgeführt (Abb. 4). Nach Dehnung der Fußlänge in dieser Ausgangstellung wird wieder eine funktionelle und in der Struktur feste Binde angelegt, die Manuel dann auch beim Laufen trug.

Ergebnis nach vier Jahren

Das Ergebnis nach vier Jahren ist sehr positiv: Manuel steht und läuft (Abb. 5). Wird die Schiene – wie von Manuel – nicht toleriert, bietet die dreidimensionale manuelle Fußtherapie auf neurophysiologischer Grundlage eine Alternative. Diese Therapie steht auch nicht im Widerspruch zur Ponseti-Methode.

ANMERKUNG

^a Name von der Autorin geändert

ABBILDUNGEN

Alle Fotos dieses Beitrags von Barbara Zukunft-Huber