

Dreidimensionale, manuelle Fußtherapie auf neurophysiologischer Grundlage, auch als Kombination mit Ponseti

Abstract:

Ursprünglich wurde die Behandlung des Klumpfußes von Seiten der Orthopäden nach den Kriterien von Imhäuser und Kite durchgeführt. Der Klumpfuß wurde immer nach manueller Dehnung in Pronation bei gebeugtem Kniegelenk eingegipst. Wobei das Augenmerk auf die Pronation im Fuß gerichtet war. Diese Vorstellung wurde auch in der Physiotherapie verfolgt.

Methode:

Ein anderer Ansatzpunkt wurde erstmals 1992 in Heidelberg auf dem internationalen Kongress für Kinderorthopädie mit der dreidimensionalen, manuellen Fußtherapie auf neurophysiologischer Grundlage vorgestellt (1).

Diese Behandlung orientiert sich an der funktionellen genetisch verankerten Bewegungsentwicklung des Säuglings (3). Der Vorfuß wird in der Ausgangsstellung, Hüft- und Kniegelenksbeugung mit Abduktion, Außenrotation und Fußsupination in die Länge gedehnt, um den Hohlfuß und die Varusstellung der Ferse zu beheben. Ist der Vorfuß in Supination bzw. in der Länge frei, wird der Fuß über die Plantarflexion in Richtung Abduktion zur Derotation eingestellt. Mit der Abduktion des Fußes zur Knieachse wird der Kalkaneus über den Talus gestellt, mit der Derotation wird das Navikulare auf den Talushals zurück manipuliert. Erst bei ausreichender Abduktion und Derotation des Fußes kann der Spitzfuß beseitigt werden (2,3,4). Gipsfixierungen und Schienen werden durch eine funktionelle Binde ersetzt. Die Binde hält die Fußlänge bis zur nächsten Behandlung. Es ist das Ziel, dass sich das Kind seiner Veranlagung entsprechend bewegen kann. Diese Behandlung nutzt die ganzheitlichen genetisch verankerten Bewegungsabläufe zur Korrektur, da die Füße im globalen Bewegungsmuster mitreagieren.

Ergebnisse von 1992 bis 2008 ohne Gipsfixierung oder Schienen und nicht nach Ponseti.

Von 1992 -2008 wurden 197 Kinder mit einem Klumpfuß oder beidseitigen Klumpfüßen nach der dreidimensionalen, manuellen Fußtherapie auf neurophysiologischer Grundlage behandelt. Damals wurden Klumpfüße nur ausnahmsweise nach Dimeglio oder nach Pirani klassifiziert, weshalb die Gradeinteilung fehlt.

Während dieser Zeit der Therapie stellte sich heraus, dass 55 Kindern mit 73 Klumpfüßen ausschließlich konservativ behandelt werden konnten. Bei 30 dieser Kinder war eine Operation vorgesehen, die durch die dreidimensionale manuelle Fußtherapie hinfällig wurde. Rezidivoperationen wurden zum Teil verhindert, bei sehr rigiden Klumpfußrezidiven konnte die Steifheit des Fußes gelockert werden, sodass ein weniger ausgeprägter operativer Eingriff notwendig wurde.

In der Vergangenheit war es für die meisten Orthopäden unvorstellbar, Klumpfüße in Supination zu redressieren. Dies entsprach nicht den Behandlungsvorstellungen von Imhäuser (1) und Kite.

Seit 1960 hat Ponseti eine völlig neue Vorstellung zur Redression von Klumpfüßen entwickelt, da er erkannte, dass die Pronation die Hohlfußtendenz verstärkt (3). Der Klumpfuß wird zunächst in die Supinationsstellung gegipst, um die Cavuskomponente auszugleichen. Anschließend wird der Fuß zunehmend abduziert, dadurch korrigieren sich Adduktion und Rückfußvarus. Nach Erreichen einer Abduktion von 50 – 70 Grad folgt zum Ausgleich der Spitzfußkomponente eine perkutane Achillessehnedurchtrennung, eine minimalinvasive Operation. Anschließend wird für 3 Wochen ein Gips angelegt. Zur Rezidivprophylaxe soll

die Schiene zunächst drei Monate Tag und Nacht und danach bis zum 3. – 4. Lebensjahr zur Nacht getragen.

Durch die Fußabduktionsschiene werden die Füße über Schuhe nach außen fixiert. Mit der Schiene ist die Bewegungsfreiheit sehr eingeschränkt. Zudem können die ganzheitlich, genetisch verankerten Bewegungsabläufe, wie z.B. die Füße in den Mund nehmen, nicht mehr durchgeführt werden, was negativ für das Körperschema und für die Hüftentwicklung ist.

Manche Kinder lehnen diese Schiene vehement ab, weshalb nach Alternativen gesucht wird.

Schlussfolgerungen: Ponseti und die dreidimensionale, manuelle Fußtherapie auf neurophysiologischer Grundlage verfolgen die gleichen Richtlinien. Bei Unverträglichkeit der Abduktionsschiene seitens des Kindes kann die Schiene durch die Behandlung der dreidimensionalen, manuellen Fußtherapie auf neurophysiologischer Grundlage mit Anlegen einer funktionellen Binde ersetzt werden. Ist das Resultat nach Ponseti ungenügend, so kann mit der dreidimensionalen, manuellen Fußtherapie eine Optimierung erreicht werden.

Wobei zu beachten ist, dass Klumpfüße mit Grad I und II konservativ mit der dreidimensionalen, manuellen Fußtherapie auf neurophysiologischer Grundlage behandelt werden können, Grad III benötigt eine längere Zeit der konservativen Behandlung, was nur einige Eltern durchführen.

Literatur:

1. Zukunft-Huber B., (1993) Die dreidimensionale, manuelle Fußtherapie. Soziale Pädiatrie, 15.Jg. 8, S. 464 -468, 9, S. 518 - 521.
2. dies. (2000) Der Säuglingsklumpfuß, dreidimensionale, manuelle Fußtherapie auf neurophysiologischer Grundlage. Krankengymnastik, Nr.3-4, S. 452–463 und 647–660, Pflaum Verlag.
3. dies: (2005) Der kleine Fuß ganz groß. Elsevier Verlag München
4. dies.: (2010) Kombinierte Klumpfußbehandlung, pt_Zeitschrift für Physiotherapeuten_62,4, S.52-56, Pflaum Verlag