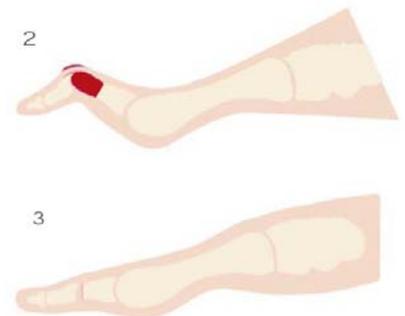


Hammerzehe

Der **Hammerzeh**, in seiner stärkeren Ausprägung auch **Krallenzeh** genannt, bezeichnet eine Fehlstellung von der die Zehen II-V betroffen sein können. Kennzeichnend ist das Missverhältnis zwischen der Länge der Zehenknochen und des darum liegenden Gewebes, bestehend aus Sehnen, Gelenkkapseln und Haut. Hieraus resultiert die zunehmende Entstellung der betroffenen Zehen mit der typischen Verbucklung des Zehenmittelgelenkes in Richtung Fußrücken. Aufgrund dieser Stellung kommt es zu immer wiederkehrenden **schmerzhaften Entzündungen der Haut im Kontaktbereich zum Schuhwerk**. Im Anfangsstadium kann der Hammerzeh noch per Hand in die gestreckte Stellung zurückgestellt werden, man spricht vom weichen Hammerzeh. Im Laufe der Zeit schrumpfen jedoch die weichen Strukturen um das Zehenskelett derart, dass hieraus ein fixierter Hammerzeh resultiert, der nicht mehr in die ursprüngliche Position zurückgedrückt werden kann. Abb. 1 zeigt die Schemazeichnung der typischen Hammerzehe. An der Vorbucklung des Zehenmittelgelenkes kommt es zur typischen meist schmerzhaften Hautentzündung. Das Skelett des Zehs ist im Verhältnis zum geschrumpften Weichteilmantel zu lang.



Therapie: Liegt ein Spreizfuß vor, der die Hammerzeh-Entstehung begünstigt, kann mit **orthopädischen Schuheinlagen nach Abdruck** in einigen Fällen eine Linderung der Beschwerden erreicht werden. Mit kleinen sogenannten **Hühneraugenpolstern** können mitunter die Schmerzen an den entzündlichen Hautdruckstellen am herausragenden Zehenmittelgelenk gelindert werden, ohne dass der Hammerzeh dadurch in seiner Ausprägung gemindert wird.



Operation: Beim Vorliegen eines weichen Hammerzehs besteht die Möglichkeit, durch das Umsetzen der Beugesehne auf den Fußrücken die Fehlstellung zu korrigieren. Beim wesentlich häufiger auftretenden fixierten Hammerzeh reicht ein derartiger Weichteileingriff nicht aus, so dass auch eine Korrektur des Knochens notwendig wird. Die **OP-Methode nach Hohmann** ist die gängige und am weitesten verbreitete Technik zur Behandlung dieses Problems. Hierbei wird wie in der oben gezeigten Zeichnung (Abb. 2) der obere gelenktragende Anteil des Zehenmittelgelenkes entfernt indem das Grundglied zur Hälfte abgetrennt wird. Dies ermöglicht, durch die Verkürzung des Zehenskeletts und die Entlastung des Weichteilmantels, die Begradigung des gesamten Zehs aus der Hammerzehposition heraus (siehe Abb. 3). Meist erfolgt eine Stabilisierung der Korrekturstellung mittels eines in die Längsachse des Zehs zur Schienung eingebrachten Drahtes, der nach ca. 2 Wochen wieder entfernt wird.