

Sehr geehrter Patient,



Ihnen wurde eine **Umstellungs-Osteotomie (Korrektur der Beinachse)** empfohlen. Zu Ihrem besseren Verständnis möchten wir Ihnen hierzu einige weitere Informationen geben!

Anatomie:

Wie bei anderen Gelenken auch sind die im Kniegelenk gegenüberliegenden Knochenanteile von Knorpel überzogen. Diese glatte, feste und elastische Schicht sorgt dafür, dass sich das Gelenk leicht und reibungsfrei bewegen lässt und trägt zur Stossdämpfung bei.

Schädigung:

Bei vielen Menschen, die unter einem Knorpelschaden im Kniegelenk leiden, liegt eine Fehlstellung der Beinachse vor. Bei der häufigen „O – Bein – Stellung“ (Varusdeformität) liegt die Hauptbelastungszone im innenseitigen Gelenkanteil. Durch eine relative Mehr- und Überbelastung wird der Knorpel dieses Gelenkanteils oft stark geschädigt. Der Knorpel ist manchmal so stark geschädigt, dass der blanke Knochen freiliegt. Man „läuft“ so im übertragenen Sinn „auf der Felge“.

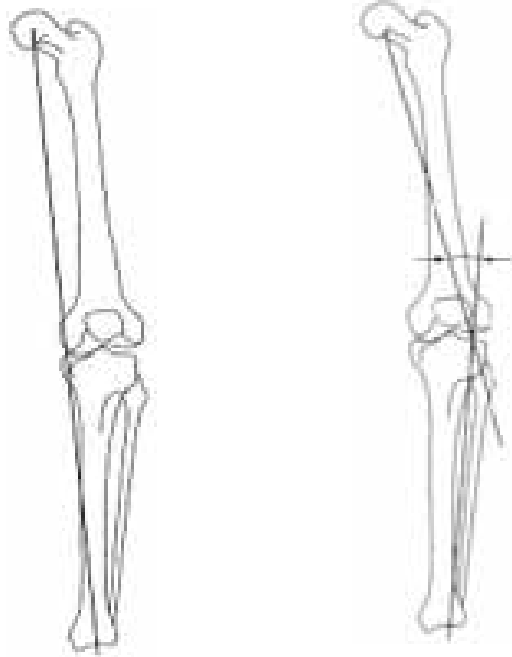


Beschwerden:

Menschen mit diesen Befunden werden häufig - auch nach mehrmaligen Knie Spiegelungen mit Knorpelbearbeitung - nicht beschwerdefrei, da die Belastungszone weiterhin ihren Schwerpunkt im inneren oder äusseren Gelenkanteil hat. Der Zustand, der sich entwickelt und voran schreitet, heisst Arthrose. Der Endpunkt ist das steife und nahezu verknöcherte Gelenk. Der Prozess der voran schreitenden Arthrose ist sehr schmerzhaft: es kommt zu Anlauf-, Belastungs- und auch Ruheschmerzen mit Knieschwellungen, Überwärmung, Ergussbildung, Bewegungseinschränkung.

Behandlung:

Bei einer Knie Spiegelung werden alle Gelenkanteile untersucht. Sollte der innere Anteil schwer geschädigt sein, kommt es bezüglich der operativen Therapie jetzt vor allem auf den äusseren Anteil, sowie auf das Gleitlager der Kniescheibe an. Wenn diese beiden Abschnitte ausreichend intakt und belastbar sind, kann eine Veränderung der Beinachse durch eine Knochen - Operation (Umstellungsosteotomie) sinnvoll sein. Durch diesen Eingriff wird der innere Gelenkanteil entlastet und der äussere mehr in den Belastungsablauf einbezogen. Eine Ursache der Beschwerden, nämlich die beschriebene Varusdeformität, wird angegangen und korrigiert.



Stationärer Aufenthalt:

Der Klinikaufenthalt dauert – je nach Verlauf – etwa vier bis fünf Tage. Die engmaschige ambulante Weiterbetreuung ist jedoch dringend erforderlich.

Operationsbedingungen:

Der jeweils gegenseitige Gelenkanteil muss belastbar und intakt sein; eine Arthrose des gesamten Gelenks schliesst die Umstellungsosteotomie aus. Die Patienten sollten in einem biologisch jungen bis mittleren Alter sein. Insbesondere Frauen mit Osteoporose ist diese Operationstechnik nicht anzuraten. Die Patienten sollten die Bereitschaft und das Engagement für eine lange und disziplinierte Nachbehandlung mitbringen. Andere Deformitäten, Erkrankungen des Stoffwechsels oder des Skeletts stellen ebenfalls Kontraindikationen dar..

Operationsvorbereitung:

Vor dem Eingriff wird eine Röntgenaufnahme des ganzen Beines im Stehen angefertigt; anhand dieser wird der Korrekturwinkel bestimmt, der durch die Operation erzielt werden soll. Eine diagnostische Arthroskopie im Vorfeld gibt u. a. Aufschluss über den Zustand des Gelenkabschnittes, der in Zukunft eine Mehrbelastung erfahren soll durch die Veränderung der Beinachse.

Operationstechnik:

Über einen kleinen, ca. 10 cm langen Hautschnitt unterhalb des Kniegelenks wird das Schienbein von der Innenseite her teilweise durchtrennt, so dass seitlich noch eine Knochenverbindung bleibt, die als Scharnier dienen kann. Anschliessend wird der Knochen um den berechneten Korrekturwinkel aufgeklappt. Es entsteht ein dreiecksförmiger Spalt, der durch eine kleine Platte gesichert wird, die der Operateur jeweils oben und unten mit zwei Knochenschrauben fixiert. Die Korrektur ist damit vorgenommen. Wenn der Spalt eine gewisse Grösse überschreitet, wird Knochenmaterial zur Füllung der Lücke und Stabilisierung benötigt. Man kann eigenen Knochen des Patienten vom Beckenkamm oder Spenderknochen verwenden. Das Metall kann im Körper verbleiben.



Nachbehandlung (Rehabilitation):

Die so genannte Übungsstabilität, die Bewegungsübungen ohne Belastung unter krankengymnastischer Anleitung zulässt, ist meist schon zwei Tage postoperativ, nach Röntgenkontrolle gegeben.

Bis zur knöchernen Durchbauung und Stabilisierung vergehen etwa sechs Wochen, in denen konsequent entlastet werden muss. Nach dieser Zeit ist das betroffene Bein, nach erneuter Röntgenkontrolle, als „belastungsstabil“ zu bezeichnen; hiermit ist jedoch nicht die Maximalbelastung im Alltag (bzw. beruflich) oder sportliche Belastung gemeint. Die Zeit der Rehabilitation kann mehrere Monate in Anspruch nehmen.

Unmittelbar nach der Operation erfolgen Hochlagerung, Kühlung, Schienenbehandlung und Verabreichung schmerzstillender Medikamente. Bis zur Vollbelastung wird als Thromboseschutz täglich Heparin verordnet. Die Mobilisation erfolgt unter krankengymnastischer Anleitung vom ersten postoperativen Tag an

Arbeitsunfähigkeit:

Je nach körperlicher Belastung im Beruf: leichte Schreibtischtätigkeit kann unter Umständen bereits nach einigen Tagen verrichtet werden, in so fern sich Kühlung und Hochlagerung hierbei realisieren lassen. Da für sechs Wochen zwei Gehstützen getragen werden müssen, sind längere Gehstrecken vorerst nicht zu überwinden. Viel Zeit sollte in die postoperative Physiotherapie investiert werden, da Muskelaufbau und Bewegung entscheidend den Verlauf des Heilungsprozesses beeinflussen. Arbeiten in Berufen mit hoher körperlicher Belastung, wie z.B. Gehen auf unebenem Gelände, Klettern, Leitersteigen, Tragen schwerer Lasten, können unter Umständen erst nach Monaten wieder aufgenommen werden. Auch Hilfe im Haushalt und Betreuung kann eine wichtige Rolle spielen (Einkaufen, Treppensteigen etc.). Eine vorzeitige Belastung des operierten Beines ist dringend zu vermeiden, da hierdurch der Erfolg der Operation wesentlich gemindert, wenn nicht sogar vereitelt werden kann.

Sport:

Das primäre Ziel ist die Beschwerdefreiheit im Alltag, nicht der Rekord im Hochleistungssport. Die körperliche Belastbarkeit kann sehr unterschiedlich sein, insbesondere was den postoperativen zeitlichen Verlauf betrifft. Die Fortschritte in der begleitenden Physiotherapie stellen einen wesentlichen Faktor dar, an dem sich auch der nächste Schritt, nämlich die sportliche Belastung, orientiert. Grundsätzlich sind kniebelastende, sogenannte „stop-and-go“ – Sportarten nicht zu empfehlen: z.B. Tennis, Fussball, Hockey etc.. Harmonische, knie-schonende Sportarten, z.B. Radfahren, Schwimmen etc., sind der Genesung und dem Muskelaufbau förderlich.