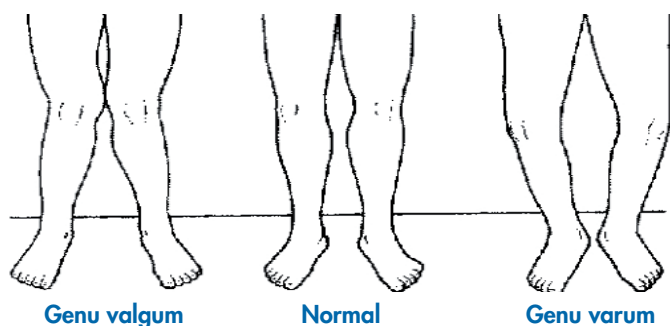


DIE SOGENANNTHE UMSTELLUNGSOSTEOTOMIE DES KNIEGELENKES ZUR BEHANDLUNG EINER O-BEINFEBLSTELLUNG

■ Einleitung:

Eine O-Beinfehlstellung mit Ausbildung eines sog. Genu varum bezeichnet die Abweichung der durch die Kniegelenkmitte laufenden Belastungslinie oder auch Tragachse genannt. Diese Fehlstellung kann einerseits angeboren sein, andererseits auch nach einem Unfall oder einer kindlichen Gelenkerkrankung auftreten. Hierdurch kommt es zu einer Über- und Fehlbelastung der innenseitig gelegenen Gelenkanteile. Diese vermehrte Belastung des gelenktragenden Knorpels kann zu einem vorzeitigen Verschleiß des Gelenkes und damit zu einer Arthrose der sog. Gonarthrose führen.

Neben der äußerlichen Deformität, welche sich als O-Beinfehlstellung manifestiert, macht sich die Fehlbelastung des Gelenkes durch eine zunehmende Verminderung der Beweglichkeit, einem zunächst reinen Belastungsschmerz und zu späterem Zeitpunkt einem Ruheschmerz bemerkbar.



■ Behandlungsmöglichkeiten:

Konservative Behandlungen wie z.B. Krankengymnastik und Kräftigung der gelenktragenden Muskulatur sowie medikamentöse Therapien sind in ihren Möglichkeiten limitiert und können den Verschleißprozess allenfalls verzögern aber keinesfalls aufhalten oder gar umkehren.

Schreitet der Verschleißprozess unaufhörlich voran, kommt es durch die Zerstörung des Gelenkknorpels zu einer Zunahme der Achsfehlstellung was den Verschleiß weiter voranschreiten lässt. Im Spätstadium dieser Erkrankung ist nur noch der einseitige (sog. Schlittenprothese) oder, bei vollständiger Zerstörung des Kniegelenkes, der vollständige endoprothetische Ersatz die einzig sinnvolle Therapie.

Wie können wir nun diesen Prozess verhindern oder zumindest verlangsamen? Zunächst muss die Ursache der Fehlstellung diagnostiziert werden. Hierzu werden konventionelle Röntgenbilder des Kniegelenkes sowie eine sog. Ganzbeinstandaufnahme des Kniegelenkes durchgeführt. Hier lassen sich bereits nahezu alle Ursachen für die Fehlstellung diagnostizieren. In wenigen Ausnahmefällen werden weiterführende Untersuchungen wie eine Computertomographie oder eine Magnetresonanztomographie (MRT) benötigt.

Liegt die knöcherne Fehlstellung kniegelenknah, ist es möglich die Beinachse durch eine sogenannte Umstellungsosteotomie zu korrigieren. Hier können in einem frühen Stadium der Verschleißprozess verhindert oder bereits geschädigte Gelenkanteile entlastet werden.

Kontakt:

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jörg Jerosch | Johanna-Etienne-Krankenhaus | Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin
Am Hasenberg 46 | 41462 Neuss | T (02131) 5295-2002 | F (02131) 5295-2003 | j.jerosch@ak-neuss.de | www.johanna-etienne-krankenhaus.de

■ Für welchen Patienten kommt eine Umstellungsosteotomie in Frage?

Die kniegelenknahe Umstellungsosteotomie ist dem meist jüngeren Patienten vorbehalten. Ausnahmen sind ältere Patienten, welche „biologisch“ jünger sind und ein hohes Aktivitätsniveau aufweisen. Rauchen ist mit einer erhöhten Komplikationsrate verbunden. Besteht eine Osteoporose ist dieses Verfahren ebenfalls in der Regel nicht durchführbar. Der Verschleiß darf noch nicht zu weit vorangeschritten sein. Besteht eine manifeste Arthrose des betroffenen Gelenkanteils oder ist bereits das ganze Gelenk erkrankt, so ist eine Umstellungsosteotomie nicht mehr möglich. Die Bereitschaft sich einer bis zu 12 Wochen langen Nachbehandlungsperiode zu unterziehen muss vorhanden sein.

■ Wie wird eine Umstellungsosteotomie durchgeführt?

Eine O-Beinfehlstellung wird am Unterschenkel korrigiert. Hier wird das Schienbein (lateinisch Tibia) unterhalb des Kniegelenkes fast vollständig durchtrennt und entsprechend der präoperativen Planung so korrigiert, dass der gelenktragende Knorpel entlastet wird. Es wird entweder ein Knochenkeil im Bereich des Schienbeins entnommen und „zugeklappt“ oder der Knochen wird „aufgeklappt“ und die entstandene Lücke mit Eigenknochen oder Knochenersatzstoff aufgefüllt. Um das Korrekturergebnis zu halten wird das Schienbein mit einer Platte stabilisiert.



■ Hier ein Beispiel für eine zuklappende Operation mit Knochenkeilentnahme und ein entsprechendes Röntgenbild

■ Nachbehandlung:

Direkt im Anschluss wird der Patient krankengymnastisch und physiotherapeutisch behandelt und an Unterarmgehstützen mobilisiert. Die Wundheilung beträgt ca. 10 bis 14 Tage. Das operierte Kniegelenk kann sofort aktiv und passiv bewegt werden. Ein Klinikaufenthalt ist in der Regel nicht länger als 5 Tage notwendig. Eine Teilbelastung ist für 6 bis 12 Wochen notwendig. Im Verlauf werden Röntgenkontrollen durchgeführt. Eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme ist nicht erforderlich. Bis zur Vollbelastung ist eine so genannte Thrombo-Embolie-Prophylaxe notwendig. Das eingebrachte Platten- und Schraubenmaterial kann nach einem halben bis einem Jahr nach der Operation entfernt werden.

■ Operationsrisiken:

Neben den allgemeinen Operationsrisiken (z.B. Wundheilungsstörung, Infektionen, Nerven- und Gefäßverletzungen etc.) gibt es die speziellen einer bestimmten Operation anhaftenden Risiken. Hier ist insbesondere die sog. Pseudarthrose zu nennen. Es kommt zu einer ausbleibenden Knochenheilung und ist in der Regel mit einer oder mehreren Folgeoperationen verbunden. Alle Risiken ebenso wie die Nachbehandlung und Alternativmethoden werden in einem persönlichen Aufklärungsgespräch mit Ihnen besprochen.

