

ENDOPROTHETIK AM OBEREN SPRUNGGELENK

Einleitung:

Eingriffe am Fuß haben in den letzten Jahren durch moderne Operationsverfahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Basierend auf den Erfahrungen mit der endprothetischen Versorgung großer Gelenke (Hüft- und Kniegelenk) hat die endprothetische Versorgung des oberen Sprunggelenkes bei der fortgeschrittenen Arthrose zunehmend an Bedeutung gewonnen. Die bislang ausgeführten Versteifungsoperationen sind dabei weiterhin angezeigt. Als Nachteil einer Versteifungsoperation ist jedoch die mögliche Entwicklung einer Arthrose der Nachbargelenke im Laufe der Zeit infolge der Mehrbelastung anzuführen. Gerade bei jüngeren Patienten kann diese durch Erhalt bzw. Wiederherstellung der Gelenkbeweglichkeit hinausgezögert werden. Die endprothetische Versorgung stellt in vielen Fällen eine Alternative dar.

Anzeige zur Sprunggelenkendoprothese:

Die Arthrose des oberen Sprunggelenkes führt zu erheblichen Bewegungsschmerzen mit zunehmender Einsteifung, so dass nur noch Wackelbewegungen möglich sind. Voraussetzungen für die Implantation einer Sprunggelenkprothese sind ein stabiler Knochen ohne fortgeschrittene Zeichen einer Osteoporose und ein stabiler äußerer Bandapparat. Gegenanzeigen sind eine starke Achsenabweichung des Unterschenkels oder eine akute lokale Infektion.



Abb. 1: Fortgeschrittene Arthrose des oberen Sprunggelenkes (OSG)

Entwicklung der Sprunggelenkendoprothese:

Mittlerweile stehen auf dem weltweit führenden deutschsprachigen Markt über 10 verschiedene Prothesenmodelle zur Verfügung, welche den heutigen Anforderungen des Operateurs und den Erwartungen des Patienten hinsichtlich der Haltbarkeit entsprechen. Langzeitstudien belegen eine Standzeit von über 10 Jahre. Neue Prothesenmodelle mit Änderung des Designs lassen künftig noch eine Ergebnisbesserung erwarten. So ist durch die anatomische Form und die Kongruenz der Prothese eine Beweglichkeit in allen Richtungen (auch der Drehbewegungen) gewährleistet. Ferner führt die Anpassung des Instrumentariums und die Verwendung kleinerer Zugangswege zu einer weiteren Steigerung der Ergebnisse. Durch spezielle Workshops werden Operateure und das OP-Personal geschult, um sich optimal zu ergänzen.

Das gegenwärtige Design der Prothese erlaubt eine stabile Verankerung der Prothese im Knochen ohne den Gebrauch von zusätzlichem Knochenzement. Prinzipiell ist von einem Oberflächeneinsatz zu sprechen. Die aktuell entwickelten Prothesenmodelle sind aus 3 Modulen aufgebaut wodurch im Fall eines Wechsels nicht die gesamte Prothese entfernt werden muss. Da bei dem Einsatz nur wenig gesunder Knochen entfernt wird, ist bei einem Versagen der gesamten Prothese die Möglichkeit zu einem Rückzug in Form einer Versteifungsoperation gegeben.

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



Abb. 2:
Sprunggelenkendoprothese
(Zenith™ Prothese, Fa. Corin)

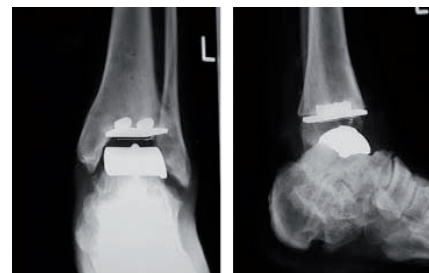


Abb. 3:
Röntgen 1 Jahr
postoperativ nach
Implantation einer
Sprunggelenk-
endoprothese

Leben mit der Sprunggelenkendoprothese:

Nach Einsatz einer Sprunggelenkprothese ist mit einem Krankenhausaufenthalt von 8-10 Tagen bis zum Abschluss der Wundheilung zu rechnen. Im Rahmen dieser Zeit erfolgt bereits die Mobilisation des Gelenkes unter krankengymnastischer Anleitung an Unterarmgehstützen. Nach 2 Wochen wird eine ein Gehschuh oder eine Unterschenkel-Schiene bis zur 6. Woche angelegt. Zur raschen Abschwellung ist in der ersten Zeit eine Hochlagerung und gegebenenfalls der Einsatz einer Lymphe-drainage erforderlich. Thrombosespritzen sind bis zum Erreichen der Vollbelastung nach ca. 6-8 Wochen erforderlich. Eine ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme über 3-4 Wochen schließt sich an. Röntgenkontrollen erfolgen nach der Operation, nach 6 und 12 Wochen sowie anschließend in jährlichen Abstand zur Prüfung des Prothesensitzes. Eigentätigkeit ist die Fortsetzung der erlernten Übungen zur weiteren Verbesserung der Gelenkmobilität angeraten.

Mit einer Wiederaufnahme des Berufes und mit dem Beginn sportlicher Aktivitäten ist nach 3-4 Monaten zu rechnen. Wie bei jedem Kunstgelenk sind körperlich schwere Arbeiten und das Ausüben von gelenkbelastenden Sportarten aus ärztlicher Sicht nicht empfehlenswert. Sportarten wie Nordic-walking, Skilanglauf, Golfen, Radfahren und Schwimmen werden angeraten. Bedingt geeignet sind Sportarten mit größerer Belastung oder schnellen Richtungswechseln (Ballspiel, Skifahren). Nicht ausgeübt werden sollten reine Sprungsportarten (z.B. Paragliding oder Fallschirmspringen).

Zusammenfassung:

Die endprothetische Versorgung des oberen Sprunggelenkes gehört bei gerechter Indikation zum „Goldenen Standard“ in der orthopädischen / unfallchirurgischen Behandlung der fortgeschrittenen Arthrose. Durch die Weiterentwicklung der Prothesenmodelle ist mit vergleichbaren Langzeitergebnissen rechnen, die denen nach Versorgung mit einer Hüft- oder Knieendoprothese entsprechen.

