



Liebe
Kolleginnen und
Kollegen,

die Frage, ob bei Patienten mit einer Arthrose des oberen Sprunggelenkes eine Arthrodeese oder eine Endoprothese des oberen Sprunggelenkes empfohlen werden sollte, wird seit Jahren kontrovers diskutiert und füllt das Programm ganzer Fachkongresse.

Dabei hat sich bei der operativen Behandlung der OSG-Arthrose ein gewisser Wandel vollzogen. War die Arthrodeese in der Vergangenheit der goldene Standard, so haben viele Langzeitergebnisse gezeigt, dass sich in der Folge in hohem Maß eine Anschlussarthrose im unteren Sprunggelenk entwickelt und die Patienten häufig dann darunter leiden.

Gleichzeitig hat sich mit der Neuentwicklung der 3 Komponenten OSG-Endoprothesen mit mobilem Polyethylen eine deutliche Verbesserung der Ergebnisse nachweisen lassen, wenngleich die funktionellen Ergebnisse der Endoprothetik des oberen Sprunggelenkes noch nicht mit denen der Hüfte oder des Kniegelenkes vergleichbar sind. Dennoch profitieren die Patienten mit einer OSG-Prothese von der erhaltenen Restbeweglichkeit im OSG, das konnten umfangreiche ganganalytische Untersuchungen eindeutig zeigen. Darüber hinaus führt die Implantation einer Endoprothese zu einer deutlichen Schmerzreduktion.

Voraussetzung für ein gutes Ergebnis ist allerdings die korrekte Indikationsstellung und die Einhaltung der Kontraindikationen.

Die heutige Ausgabe der Ortho-News soll Ihnen einen kurzen Überblick über diese Behandlungsoption geben

Ihr Priv.-Doz. Dr. med. Michael Clarius

ARTHRODESE ODER ENDOPROTHESE BEI DER ARTHROSE DES OBEREN SPRUNGGELENKES

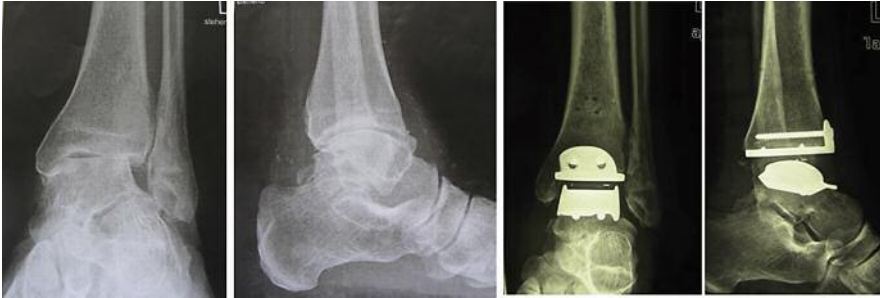
Die Arthrose des oberen Sprunggelenkes geht häufig mit einer knöchernen Destruktion und einer Varus- oder Valgusfehlstellung einher. Die korrigierende OSG-Arthrodeese stellte über lange Jahre den goldenen Standard der Behandlung dar. Durch die operative Versteifung des oberen Sprunggelenkes wird die schmerzhafteste Beweglichkeit aufgehoben und so die Schmerzen im OSG dauerhaft beseitigt. Mit dieser Operation können die Achsfehlstellungen korrigiert und ligamentäre Instabilitäten behoben werden. Bei erhaltener Beweglichkeit des unteren Sprunggelenkes kann die Versteifung des oberen Sprunggelenkes funktionell oft erstaunlich gut kompensiert werden. Allerdings führt die

vermehrte Belastung in hohem Maße in den folgenden Jahren zu einem zunehmenden Verschleiß des unteren Sprunggelenkes und damit zu Beschwerden.

Die Implantation einer Endoprothese kann demgegenüber die Beweglichkeit im oberen Sprunggelenk erhalten und daher funktionell bessere Ergebnisse liefern. Das zeigen umfangreiche ganganalytische Untersuchungen. Die erhaltene Restbeweglichkeit entlastet das benachbarte untere Sprunggelenk. Dabei kommt es durch die Implantation des Kunstgelenkes zu einer deutlichen Schmerzreduktion. Voraussetzung für die guten klinischen Ergebnisse war die Entwicklung der 3 Komponenten Endoprothesen. Dabei artikuliert eine flache hochglanzpolierte Tibiagelenkfläche über ein mobiles, geführtes Polyethyleninlay mit einer gerundeten Taluskomponente. Die metallischen Implantate sind auf der Knochenfläche entsprechend beschichtet und werden zementfrei implantiert.



Die 3 Komponenten OSG-Endoprothese Hintegra mit mobilem Polyethyleninlay (mit freundlicher Genehmigung der Firma Smith & Nephew). Die dem Knochen zugewandten Flächen sind mit Titan-Plasma-Spray und Hydroxyl-Apatit beschichtet.



Prä- und postoperative Röntgenbilder eines 68-jährigen Patienten. Die präoperativen Bilder zeigen eine ausgeprägte Valgusarthrose des oberen Sprunggelenkes. Postoperativ die regelrechte Implantatlage und gute Korrektur der Fehlstellung.

Indikation für den endoprothetischen Ersatz des oberen Sprunggelenkes sind die idiopathische und die posttraumatische Arthrose sowie die entzündliche Arthropathie des OSG.

Kontraindikationen für dieses Verfahren sind bei Infektionen des OSG, bei der Osteonekrose des Talus und beim diabetischen Fußsyndrom sowie bei der ausgeprägten ligamentären Instabilität gegeben. Darüber hinaus stellt die hochgradige periphere Verschlusskrankheit und die chronische Schwellneigung der Beine eine Kontraindikation dar. Relative Kontraindikationen sind die schwere Osteoporose, die Immunsuppression, der hohe sportliche Anspruch und der Nikotinabusus.

Ähnlich wie beim künstlichen Kniegelenkersatz wird nach der Arthrotomie und der Entfernung der Osteophyten eine korrigierende Osteotomie der Gelenkflächen vorgenommen und dabei die Gelenkfehlstellung korrigiert. Sollten begleitende Rückfußdeformitäten vorliegen, müssen diese in gleicher Sitzung mit korrigiert werden. Nach entsprechender Präparation der knöchernen Flächen des Talus und der distalen Tibia werden die entsprechenden Probestandteile platziert und eine Balancierung der Weichteile vorgenommen. Eine intraoperative Röntgenkontrolle dokumentiert die korrekte Positionierung der Implantate und den freien Lauf des mobilen Inlay. Abschließend werden die Originalkomponenten implantiert.



Intraoperatives Bild eines rechten Fußes mit den Landmarken Innen- und Außenknöchel: Querverlaufend die Gelenklinie des oberen Sprunggelenkes, längsverlaufend die Incisionslinie und gestrichelt der Verlauf der Sehne des M. tibialis anterior.



Intraoperatives Bild nach Implantation der 3 Komponenten

Die Nachbehandlung beinhaltet eine Ruhigstellung in einer Unterschenkelgipschale für die Zeit der Wundheilung. Aus der Schale heraus dürfen bereits passive und aktive Bewegungsübungen für das obere Sprunggelenk durchgeführt werden. Für insgesamt weitere 4 Wochen darf der Patient anschließend in der Unterschenkelgipschale axial voll belasten. Begleitend wird eine manuelle Lymphdrainagetherapie durchgeführt und für insgesamt 6 Monate das Tragen von Unterschenkelkompressionsstrümpfen empfohlen.

Mögliche Komplikationen sind neben den bekannten Komplikationen eines jeden Gelenkersatzes insbesondere Wundheilungsstörungen der längsverlaufenden Incision und die Fraktur des Außen- oder Innenknöchels. Langfristig kann es zur Lockerung der Komponenten und zu einem Verschleiß des Inlay kommen.

36. Orthopädentreffen auf Burg Ravensburg am 14. Oktober 2011

AMBULANZ-SPRECHZEITEN ORTHOPÄDIE UND UNFALLCHIRURGIE

Mo/Di/Do 8:00 – 13:00 Uhr

Privatsprechstunde

Priv.-Doz. Dr. Michael Clarius

Mo/Di/Do 12:00 – 14:00 Uhr

und nach Vereinbarung

Terminvereinbarung

Telefon 07264 60-140

Fax 07264 60-267

Impressum

Herausgeber: Vulpius Klinik GmbH

Priv.-Doz. Dr. Michael Clarius,
Chefarzt Orthopädie und Unfallchirurgie

Vulpiusstr. 29, 74906 Bad Rappenau

info@vulpiusklinik.de, www.vulpiusklinik.de

