

1.40-DOK2-28 Patienteninformation „Umstellungsosteotomie“

Was ist Arthrose?

Der Knorpel in unseren Gelenken dient dem fast reibungslosen Gleiten der Gelenkenden. Außerdem wirkt Knorpel auch als Stoßdämpfer in den Gelenken. Wie fast alle Gewebearten unterliegt auch das Knorpelgewebe einem gewissen Verschleiß. Wenn der Knorpel in unseren Gelenken weich und brüchig wird, spricht man von einer Arthrose.



In vielen Fällen ist das gesamte Kniegelenk betroffen, manchmal aber auch nur eine Hälfte (meistens die innere). Man spricht dann von einer „unikompartimentellen“ oder monosegmentalen“ Gonarthrose.

Ursachen

Die wesentliche Ursache einer solchen unikompartimentellen Arthrose ist eine Achsfehlstellung der Beine. Bei einer medialen Arthrose ein O-Bein, bei einer lateralen Arthrose ein X-Bein. Insbesondere bei jüngeren Patienten, für die ein endoprothetischer Gelenkersatz noch nicht in Frage kommen sollte, stellt eine Korrekturosteotomie zur Begradigung der Beinachse eine sinnvolle Therapieoption dar. Es handelt sich um einen **gelenkerhaltenden** Eingriff, der

einen Gelenkersatz verhindern oder zumindest zeitlich verzögern soll.

Krankheitserscheinungen:

Eine Arthrose ist nicht immer schmerzhaft. Es handelt sich um eine nicht-entzündliche Gelenkerkrankung, die aber entzündliche Phasen hat und in diesen entzündlichen Phasen schmerzt das Gelenk und schwillt nicht selten auch stark an.

Je schwerer die Arthrose ist, desto häufiger kommt es zu entzündlichen Phasen, manchmal bleibt die Entzündung dauerhaft im Gelenk.

Diagnostik

Die orthopädische Untersuchung ergibt erste Hinweise auf eine mögliche Arthrose. Röntgenaufnahmen werden dann das Ausmaß der Arthrose und die Lokalisation erkennbar machen.



Auf diesen Röntgenaufnahmen sieht man beispielsweise, dass der innere (mediale) Gelenkspalt schon viel enger als der äußere (laterale) ist. Ein erster Hinweis auf eine monosegmentale Arthrose.

Durch eine Röntgenaufnahme des ganzen Beins im Stehen wird dann exakt der Grad der Achsabweichung bestimmt.

Ergänzende Kernspinaufnahmen des Kniegelenks vervollständigen die Diagnostik

Behandlung

In den selteneren Fällen, bei noch nicht zu weit fortgeschrittener Arthrose und geringer Achsfehlstellung, spricht diese Erkrankung manchmal auch auf eine konservative Behandlung gut an. Gerne beraten wir Sie über eine konservative Arthrotherapie, die durchaus einen Versuch wert sein kann.

Führt die konservative Therapie jedoch zu keiner ausreichenden Beschwerdebesserung, sollten Sie über eine operative Achskorrektur nachdenken.

Operation

Beim häufigeren O-Bein wird am betroffenen Schienbeinkopf ein Sägeschnitt gesetzt. Danach lässt sich der Unterschenkel etwas nach außen verbiegen. Hierdurch kommt es zu einer Verschiebung der Beinachse nach lateral, also in den gesunden Gelenk-

bereich. Die Frage, ob das „gesunde“ Gelenkkompartiment einer entsprechenden Auflastung durch eine Achskorrektur standhält, wird zuvor in einer Arthroskopie („Gelenkspiegelung“) zweifelsfrei geklärt.



Der geöffnete Sägespalt („Osteotomie-spalt“) wird durch eine Titanplatte gehalten. Der entstandene Knochen-defekt wird mit eigenem Knochen aus dem Beckenkamm oder keramischem Ersatzknochen aufgefüllt. Ein solcher Eingriff erfolgt stets stationär, es ist eine Teilentlastung für 6 Wochen erforderlich. Die Metallplatte kann in der Regel nach einem Jahr wieder entfernt werden.

Ergebnisse und Risiken

Nach erfolgreicher Umstellungsoperation ist eine **deutliche Beschwerdelinderung**, manchmal auch eine vollständige Beschwerdefreiheit in der überwiegenden Zahl der Fälle für mehr als 10 Jahre zu erwarten. Es besteht neben den üblichen **OP-Risiken** (Thrombose, Embolie, Infektion) das Risiko eines **Korrekturverlustes**.

erstellt von: Dr. Jürgen Fritz:
07.12.2014

geprüft und freigegeben von: Dr. Jürgen Fritz
am: 07.12.2014

Revisionsstatus: 1.0