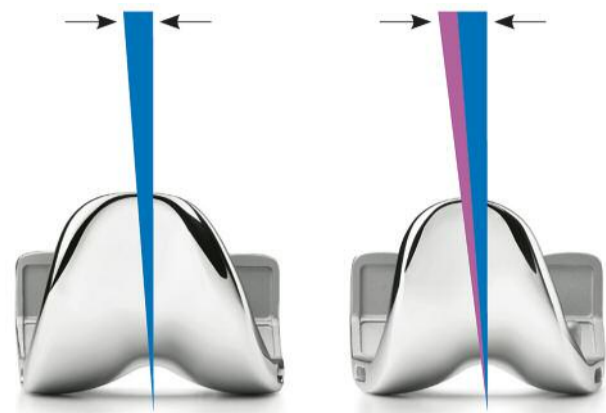


Gelenkersetzende Therapie der Kniearthrose

Das Kunstgelenk

Je nachdem welche Gelenksabschnitte von einer Arthrose betroffen sind, wird eine Teilprothese oder eine Vollprothese implantiert. Vorteil einer Teilprothese ist der weniger belastende Eingriff und die kürzere Rehabilitationszeit.

Bei der Vollprothese stehen heute unterschiedliche geschlechtsspezifische Modelle (Gender Knie) zur Verfügung. Durch ihre Form und Grösse



Unterschiedliche Form der Knieprothese (Gender Form)

berücksichtigen diese die verschiedenen anatomischen Varianten eines Kniegelenkes. Dadurch lassen sich die Prothesen individuell anpassen und eine bessere Beweglichkeit und raschere Rehabilitation wird erreicht.

Operationsverlauf

Die Operation wird fast immer in einer Teilnarkose durchgeführt und der Spitalaufenthalt beträgt üblicherweise zehn bis vierzehn Tage. Nach der Operation sollten vier bis sechs Wochen lang Stöcke benützt werden. Zur Wiedererreichung von Kraft und Beweglichkeit des Gelenkes ist eine physiotherapeutische Nachbehandlung wichtig. Die Aufnahme der gewohnten sportlichen Aktivitäten sollte sechs bis neun Monate nach der Operation möglich sein, wobei auch Sportarten wie Tennis oder Skifahren erlaubt sind. Sportarten wie Joggen, welche mit Schlägen auf das Gelenk verbunden sind, sollten besser vermieden werden, da es zu einem erhöhten Verschleiss des Kunstgelenkes kommen kann. Langzeitresultate zeigen, dass ein gut eingeeichtes künstliches Kniegelenk über fünfzehn bis zwanzig Jahre einwandfrei funktionieren kann. Nach dieser Zeitspanne können sich Verschleisserscheinungen zeigen, so dass einzelne Gelenkskomponenten ausgewechselt werden müssen oder das ganze Gelenk ersetzt werden muss. Regelmässige orthopädische Nachkontrollen helfen den Verschleiss des Kunstgelenkes rechtzeitig zu erkennen. Um einen kompletten Wechsel des Kunstgelenkes zu vermeiden, können rechtzeitig geeignete Massnahmen ergriffen werden.



Teilersatz und komplette Prothese

www.orh.ch

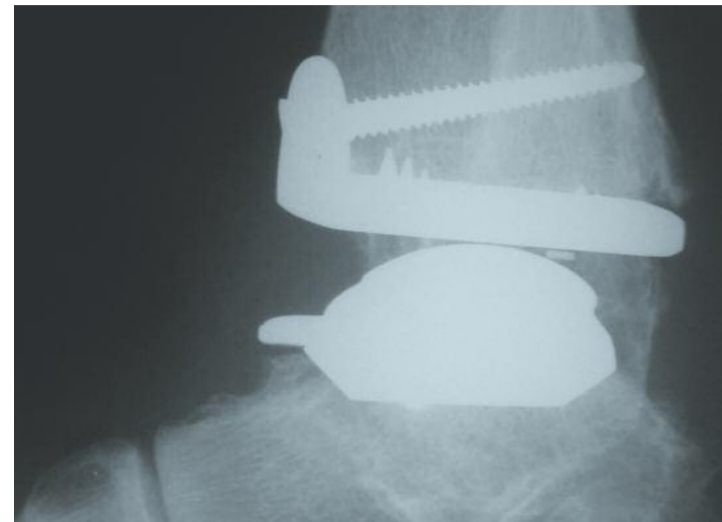
hirslanden
Klinik Stephanshorn



Fuss

Arthrose des Sprunggelenkes

Bei der Behandlung der Arthrose des oberen Sprunggelenkes versuchen wir zuerst mit konservativen Massnahmen, die Beschwerden zu lindern. Neben entzündungshemmenden Medikamenten und in Frühstadien spielen Physiotherapie und orthopädietechnische Schuhzurichtungen eine wichtige Rolle. Teilweise können kleine Anpassungen an Alltagsschuhen (z.B. Pufferabsatz, Abrollrampe), die Schmerzen lindern.



Prothese des oberen Sprunggelenkes

Operationsmethoden

Wenn trotz vorbeugender Massnahmen die Schmerzen nicht vergehen, werden folgende Operationsmethoden in Betracht gezogen:

- Arthroskopie (Gelenkspiegelung): Abtragung von Verknöcherungen Schleimhautwucherungen, Stimulation von Knorpelregeneration
- Korrektur von Fehlstellungen: nach Brüchen und Achsabweichungen z. B. des Rückfusses
- Versteifung des Sprunggelenkes: bei vollständig zerstörtem Gelenk
- Kunstgelenk an Sprunggelenk: erhält Restbeweglichkeit und entlastet benachbarte Gelenke

Ein Nachteil besteht in der begrenzten Lebensdauer des Kunstgelenkes und möglicherweise notwendigen Ersatzoperationen.

Arthrose der Grosseze

Der Hallux ist die grosse Zehe, so wie der Pollux der Daumen ist. Wir kennen zwei häufige Erkrankungen: Den Hallux valgus, eine typische und sehr häufige Fehlstellung und den Hallux rigidus, eine seltenere Arthrose des Grundgelenkes zwischen Mittelfuss und Zehe. Beide Veränderungen zeigen wulstartige, störende Vorwölbungen. Beim Hallux valgus liegt vor allem eine Fehlstellung des Mittelfussknochens, weniger der Zehe vor, beim Hallux rigidus (dem rigiden Hallux) handelt es sich um eine Arthrose des Grundgelenkes, meist ohne Fehlstellung.

Ursache für einen Hallux valgus

Man vermutet, dass es sich um eine statische Störung des Vorfusses handelt. Modische Schuhe scheinen nur eine geringe Ursache für einen Hallux valgus zu sein, da dieser nicht selten einseitig vorkommt. Wahrscheinlich liegt eine angeborene Veranlagung vor.

Konservative Behandlungen

Schienen, Manipulationen oder Übungsbehandlungen können bei einem milden Hallux valgus eine Verschlechterung verlangsamen, einen ausgeprägten Hallux valgus jedoch nicht heilen.

Operationszeitpunkt

Wichtiges Kriterium sind die Schmerzen über dem seitlichen Knochenvorsprung, der Pseudoexostose oder im Gelenk selbst. Ebenso ist ein Konflikt der grossen mit der zweiten Zehe ein möglicher Indikator für eine Operation. Auch statische Beschwerden mit übermässigen Verhornungen der Haut sind ein Warnzeichen. Da bei modernen Operationstechniken eine Wiederherstellung der normalen Anatomie angestrebt wird, das Grossezehengelenk erhalten und in seiner Funktion normalisiert werden soll, ist eine frühe Operation empfehlenswert. Die Tendenz, möglichst spät zu operieren, stammt aus einer Zeit, als das Fussgelenk zerstört und für ein akzeptables kosmetisches Resultat eine erhebliche Funktionsstörung in Kauf genommen werden musste.

hirslanden
Klinik Am Rosenberg



Operationstechniken

Standard sind heute korrigierende Knochenschnitte (Osteotomien) des ersten Mittelfussknochens oder kombiniert mit einem Knochenschnitt des Grundgliedes der Grosseze (einfache oder doppelte Osteotomie). Der Knochenschnitt des Grundgliedes verbessert das kosmetische Resultat. Durchgeführt von geübten Fusschirurgen ergeben die verschiedenen Techniken gute Resultate. Operationen an den Weichteilen (Sehnen und Bänder) sind stark in den Hintergrund getreten. Bei massiven Fehlstellungen, welche oft den ganzen Vorfuss betreffen, sind spezielle operative Verfahren notwendig.

Jugendliche Patientinnen und Patienten

Da eine gestörte Anatomie verbessert und gelenkerhaltend operiert wird, besteht kein Grund die notwendige Operation eines jugendlichen Hallux valgus hinauszuzögern. Weil bei jungen Menschen mit einer wesentlich höheren und längeren Belastung (z. B. durch Sport) zu rechnen ist, sind die Anforderungen an den Operateur deutlich höher.

Nachbehandlung

Knochenschnitte brauchen aus biologischen Gründen sechs Wochen Heilungszeit. Mit Schrauben oder Platten werden die Knochenschnitte fixiert, was eine sofortige Teilbelastung erlaubt. Die volle Belastung wird etwa nach sechs Wochen erreicht. Je nach Sportart ist die Sportfähigkeit nach rund zwei Monaten zurücklang.

Resultate und Nachhaltigkeit

Erreichte Korrekturen bleiben bestehen. Selten kommt es nach Jahren zu einer Verschlechterung. Ursache ist meist eine weitergehende statische Verformung des Vorfusses. Da bei der ersten Operation die Anatomie des Gelenkes erhalten wurde, ist eine weitere Korrektur gut möglich.

Spezialisten und ihre Fachgebiete

Die Orthopädie hat im Laufe der Jahre eine unglaubliche Entwicklung erlebt. Neue Therapieverfahren und Operationstechniken machten eine Subspezialisierung unumgänglich. Auch das Angebot der Orthopädie am Rosenberg ist in Spezialgebiete aufgeteilt. Das aufgeführte Leistungsspektrum veranschaulicht die verschiedenen Fachgebiete und widerspiegelt das hohe Niveau der Spezialisierung.

Obere Extremitäten

- Arthroskopische Eingriffe am Schultergelenk
- Stabilisierungseingriffe bei instabilem Schultergelenk, arthroskopisch oder offen
- Rekonstruktion der Rotatorenmanschette
- Gelenkersatz bei schmerzhafter Schultergelenkarthrose
- Arthroskopische und offene Ellbogenchirurgie

Hand

- Verletzungen und Verletzungsfolgen der Hand, des Vorderarms und des Ellbogens
- Operationen bei Arthrosen und rheumatischen Erkrankungen
- Gelenkersatzoperationen
- Sehnenchirurgie
- Nervenchirurgie (z.B. Karpaltunnel-Syndrom)
- Weichteilkorrekturen (z.B. Morbus Dupuytren)
- Mikrochirurgie

Wirbelsäulenchirurgie

- Behandlung des gesamten Spektrums der degenerativen Wirbelsäulenerkrankungen (zervikale und lumbale Diskushernien, enger Spinalkanal, Wirbelgleiten)
- Frakturstabilisierung und Aufrichteoperationen bei Wirbelsäulenverletzungen
- Vertebroplastiken bei Osteoporosefrakturen der Wirbelsäule

Untere Extremitäten

- Hüftgelenkersatz bei schmerzhaften Arthrosen
- Minimal-invasive Hüftchirurgie
- Arthroskopische Operationen am Hüftgelenk
- Wechseloperationen bei gelockerten Hüftprothesen
- Kniearthroskopien
- Meniskusoperationen
- Kreuzbandrekonstruktionen
- Knorpelersatzoperationen
- Stabilisierungseingriffe am Streckapparat
- Kniegelenkersatz bei Kniegelenksarthrosen

Fusschirurgie

- Achillessehnenrupturen
- Stabilisierende Eingriffe am oberen und unteren Sprunggelenk
- Korrektur von Fehlformen des Vor- und Rückfusses (Hallux-Fehlstellungen)
- Prothetischer Ersatz des Grossezehengrundgelenkes bei schweren Arthroseformen
- Prothetischer Ersatz des oberen Sprunggelenkes
- Komplexe Umstellungsosteotomien b. Fehlstellungen u. Missbildungen
- Knorpeloperationen am Sprunggelenk
- Weichteil- und Sehnenoperationen

Traumatologie und Sportmedizin

- Behandlung von Knochenbrüchen
- Behandlung von frischen Gelenkverletzungen des gesamten Bewegungsapparates

Plastische- und Wiederherstellungschirurgie

- Gesichts- und Halsstraffung
- Lidoperationen (Tränensäcke, Schlupflider)
- Nasenkorrekturen
- Profilkorrekturen
- Tumorchirurgie der Brust mit Wiederaufbau der Brust
- Brustchirurgie (Vergrösserung, Verkleinerung)

Publireportage



Im Gesundheitswesen nehmen Arthrose-Erkrankungen zu und die Behandlung gewinnt stetig an Bedeutung.

Statistisch gesehen leiden elf Prozent der Schweizer Bevölkerung an Arthrose, die einen Arztbesuch notwendig macht. Neben Bluthochdruck und Allergien belegt die Arthrose den dritten Rang in der Behandlungsstatistik chronischer Erkrankungen. Seit über fünfundzwanzig Jahren beschäftigt sich die Orthopädie am Rosenberg, neben der Sportorthopädie und Traumatologie, mit der Behandlung der Arthrose.

Arthrose (Gelenkverschleiss) ist laut Definition der fortschreitende, altersabhängige Knorpelabrieb in den Gelenken. Bei übermässiger oder falscher Belastung tritt eine Gelenkerkrankung auf, welche Schmerzen und Steifheit des Gelenkes verursacht. Auch durch Verletzungen oder angeborene Knorpeldefekte ist ein Gelenkverschleiss möglich. Die Arthrose beginnt mit einem Abbau des Gelenkknorpels und führt zu Umbauprozessen im angrenzenden Knochen und zur Zerstörung der Gelenkfläche. Grundsätzlich kann eine Arthrose an jedem Gelenk entstehen. Am Häufigsten tritt sie an Gelenken auf, welche durch das Körpergewicht besonders belastet werden. Hierzu gehören die Kniegelenke (Gonarthrose) und die Hüftgelenke (Koxarthrose). Weitere oft von Arthrose betroffene Gelenke sind die kleinen Wirbelsäulengelenke (Spondylarthrose) und Gelenke an Händen, Schultern und Füssen. Eine Arthrose entsteht durch ein Missverhältnis von Belastung und Belastbarkeit des Gelenkknorpels, wodurch sich dieser zurückbildet. Ursache für diese Disbalance kann eine erblich bedingte Störung des Knorpels oder eine Fehlbelastung sein. Möglicherweise führen eine X-Bein- oder O-Bein-Stellung oder eine leichte Fehlstellung des Hüftgelenks zu einer ungleichmässigen Belastung und damit zu einer Arthrose der entsprechenden Gelenke. Auch zurückliegende Verletzungen, wie Knochenbrüche oder Kapsel-Band-Verletzungen, die zu einer Instabilität des Gelenkes führen, sind mögliche Arthrose-Ursachen.

Eine Arthrose zeigt sich durch typische Symptome wie Schmerzen und Steifheit der Gelenke. Bei feuchtkalter Witterung sowie durch Belastungen verstärken sich die Schmerzen oft. Charakteristisch für eine Arthrose ist auch der sogenannte Anlaufschmerz. Nach längerem Ruhen sind die ersten Bewegungen schmerzhaft, nach einigen Metern lässt der Schmerz nach. Die Arthrose unterscheidet sich von den entzündungsbedingten Erkrankungen der Gelenke, welche sich vorwiegend durch morgendliche Schmerzen äussern. Auch die Morgensteifheit der Gelenke, welche bei Rheuma oft während Stunden auftritt, kommt bei der Arthrose nur so lange vor, bis die Gelenke «warmgelaufen» sind. Bei einer fortgeschrittenen Arthrose entstehen die Symptome durch den Knorpelabrieb. Das Gelenk ist gereizt, oft geschwollen, vermehrt mit Flüssigkeit gefüllt und kann sich verformen.

In der Schweiz werden jährlich über 16'000 Hüftprothesen und über 10'000 Knieprothesen eingesetzt. Neben der Sportorthopädie hat sich die Orthopädie am Rosenberg zu einem renommierten Arthrosezentrum entwickelt.

Die Behandlung der Arthrose

Konservative Therapie

Erster Schritt der Arthrose-Behandlung ist eine ausführliche Beratung über

- den natürlichen Verlauf der Krankheit.
- das alltägliche Verhalten.
- körperliche Belastung in Beruf und Sport.
- Bewegungsmangel.
- regelmässige Übungen zur Beseitigung von Muskeldefiziten.
- gezielte, gelenkschonende Massnahmen wie eine Knieschule.

Medikamentöse Therapie

Medikamente sollen Schmerzen lindern und Entzündungen hemmen. Als Therapie stehen unterschiedliche Substanzgruppen zur Verfügung:

- Schmerzmittel (Analgika)
- Kortisonfreie Entzündungshemmer (nicht-steroidale Antirheumatika, NSAR)
- Gelenkinjektionen, Spülung des Gelenkes mit Kortisonpräparaten in entzündlichen Phasen oder lokale Betäubungsmittel als akute Schmerztherapie
- Knorpelaufbaupräparate wie die Gruppe der SYSADOA (Symptomatic Slow Acting Drugs in Osteoarthritis): Medikamente, deren Wirkstoffe die Eigenschaften des Knorpels verbessern sollen und schmerz- und entzündungshemmend wirken.

Physikalische Therapie

- Krankengymnastik (Physiotherapie)
- Muskelkräftigung und -dehnung, Sport wie Schwimmen und Radfahren
- Wassertherapie (AquaFit)
- Elektrotherapie und Ultraschall

Orthopädische Therapie

Bei Arthrose im Knie oder in den Hüftgelenken sind mehrere nicht operative orthopädische Therapie-Massnahmen möglich:

- Pufferabsätze, äussere- oder innere Schuhrauderhöhung
- Handstock oder Unterarmgehstützen
- Fersenkissen, Bandagen, Keilkissen, Sitzerhöhungen

Operative Therapie

Bei der operativen Therapie unterscheidet man zwischen gelenkerhaltenden operativen Therapiemöglichkeiten und gelenkersetzenden Therapiemöglichkeiten, Kunstgelenken. Auf den nächsten Seiten wird ein Ausschnitt aus den aktuellen Therapiemöglichkeiten der modernen Arthrosebehandlung vorgestellt. Eine vollständige Ausschöpfung aller Möglichkeiten ist erst nach einer genauen Untersuchung und Anpassung an die Bedürfnisse des Patienten, der Patientin möglich.

Inhalt:

Schultergelenksarthrose ...

Der künstliche Gelenkersatz an Hüft- und Kniegelenk ist eine häufig und erfolgreich durchgeführte orthopädische Operation ...

Handgelenksarthrose ...

Die Arthrose des Handgelenkes kann alters- und belastungsbedingt im Sinne eines Verschleisses entstehen ...

Hüftgelenksarthrose ...

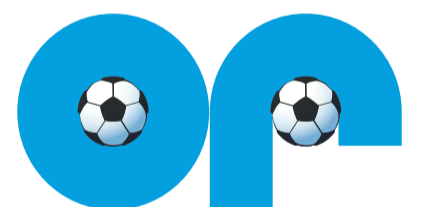
Empfehlenswert ist, sich frühzeitig beraten lassen, bevor die Knorpelschädigung zu weit fortgeschritten ist ...

Kniegelenksarthrose ...

Ab einem gewissen Alter kann mit einem künstlichen Kniegelenk ein sehr gutes Resultat erzielt werden ...

Fussgelenksarthrose ...

Bei der Behandlung der Arthrose des oberen Sprunggelenkes wird zuerst versucht, mit konservativen Massnahmen die Beschwerden zu lindern ...



Orthopädie am Rosenberg

Medical Partner von:



Dr. med. Fritz Kägi
FA FMH für Orthopädische Chirurgie
und Traumatologie, seit 1984 ORH

Dr. med. Adi Klammer
FA FMH für Orthopädische Chirurgie
und Traumatologie, seit 1984 ORH

Dr. med. Thomas Wiesner
FA FMH für Orthopädische Chirurgie
und Traumatologie, seit 2006 ORH

Dr. med. Fritz Sprenger
FA FMH für Orthopädische Chirurgie
und Traumatologie, seit 2004 ORH
Dr. F. B. Spyrig

Schulter

Schulterprothese

Der künstliche Gelenkersatz am Hüft- und Kniegelenk ist eine häufig und erfolgreich durchgeführte orthopädische Operation. In gleicher Weise kann auch das Schultergelenk durch eine Prothese ersetzt werden. Aufgrund der besseren Qualität der Implantate und der Operationstechnik hat die Anzahl der Schulterprothesenoperationen deutlich zugenommen. Neben den klinischen Erfolgen spielen die gestiegene Lebenserwartung und der Wunsch nach langer Unabhängigkeit und hoher Lebensqualität mit. Die verwendeten Implantate erlauben eine Rekonstruktion des Schultergelenks mit verbesserter Schulterbeweglichkeit und zuverlässiger Schmerzbefreiung.

Patienten und Patientinnen mit einer Arthrose (degenerativ oder unfallbedingt), einer Nekrose (abgestorbener Oberarmkopfknochen), einem komplexen, nicht rekonstruierbaren Oberarmkopfbuch oder speziellen Tumoren können erfolgreich mit einer Prothese versorgt werden.

Symptome

Die Schulterschmerzen sind so stark, dass täglich Schmerzmittel eingenommen werden müssen. Charakteristisch bei Schulteraffektionen ist der Nachtschmerz. Die Beweglichkeit im Schultergelenk nimmt stetig ab. Dies führt zu Überlastungsbeschwerden im Schultergürtel und Halsbereich und möglicherweise zu Ausstrahlungen in Arm und Hand.

Implantate

Für unterschiedliche Erkrankungen stehen verschiedene Implantate zur Verfügung. Es besteht die Möglichkeit nur die Oberfläche des Oberarmkopfes zu ersetzen, ähnlich einer Kappe. Ist der Defekt ausgedehnter, erfolgt die Fixierung des Schaftes im Oberarmknochen, entweder zementfrei oder zementiert. Je nach Knorpelzustand der Gelenkpfanne muss diese auch ersetzt werden. Spezielle Prothesenmodelle werden bei Frakturen implantiert.

Bei einer Arthrose, kombiniert mit ausgedehnten Sehenschäden, unabhängig von der Ursache, verfügen wir über eine sogenannte Umkehrprothese. Dieses Implantat kompensiert die fehlende Rotatorenmanschette und ermöglicht mit Hilfe des Deltamuskels eine Funktion des Schultergelenks ohne Unterstützung der Rotatorenmanschette.

Nachbehandlung

In der Regel wird der Arm nach der Operation in einer Schlinge ruhiggestellt und sofort mit Physiotherapie begonnen. Sinnvoll ist eine zusätzliche Wassertherapie.

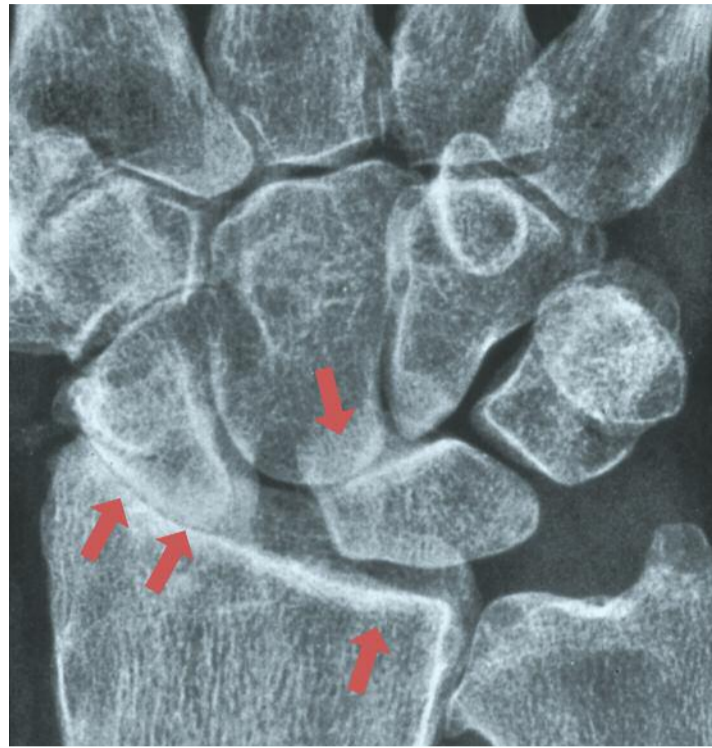
Röntgenbild nach inverser Schulter-TP



Hand

Handgelenksarthrose

Die Arthrose des Handgelenkes kann alters- und belastungsbedingt im Sinne eines Verschleisses entstehen oder in Folge einer Verletzung, beispielsweise einem nicht verheilten Handwurzelknochen, einer nicht verheilten Bandverletzung oder einem fehlerhaften Speichenbruch. Der Patient, die Patientin verspürt Schmerzen, welche anfangs nur bei Belastungen, später auch in Ruhephasen auftreten. Ausserlich kann sich im fortgeschrittenen Stadium eine Schwellung zeigen.



Beispiel einer Handgelenksarthrose

Nicht operative Massnahmen

Als nicht operative Massnahmen können Ruhigstellen, Physio- oder Ergotherapie verordnet, sowie Schmerzmittel in Tablettenform gegen Entzündungen verabreicht werden. Gezielte Kortisonspritzen in das betroffene Gelenk sind jedoch meist schonender und besser wirksam.

Operative Möglichkeiten

Operativ kann eine Entfernung des entzündlichen Gewebes oder eine gezielte Unterbrechung von bestimmenden Nerven, welche den Schmerz weiterleiten, aber keine Bedeutung für die Beweglichkeit oder das Berührungsempfinden haben, die Schmerzen reduzieren. Um eine dauerhafte Schmerzlinderung zu erreichen und Instabilität zu vermeiden, muss der durch die Arthrose zerstörte Handwurzelknochen entfernt und die anderen Handwurzelknochen versteift oder ebenfalls entfernt werden. Diese Eingriffe haben meist eine generelle Einschränkung der Beweglichkeit zur Folge. Sind diese Operationen nicht mehr möglich, muss eine komplette Versteifung des Handgelenkes durchgeführt werden. Am Handgelenk erfüllen die entwickelten Kunstgelenke (Endoprothesen) leider noch nicht die gehegten Erwartungen.

Arthrose des Daumensattelgelenkes

Bei der Rhizarthrose handelt es sich um eine Zerschleissung des Daumensattelgelenkes. Es kommt zu einer Schwellung der Daumenbasis mit entsprechenden lokalen Schmerzen. Diese häufige Arthrose an der Hand verursacht mit der Zeit eine entscheidende Funktionsverminderung, da der Daumen als Partner der anderen Finger für jede Handfunktion gebraucht wird. Bei einer arthrotischen Veränderung führt dies bei praktisch jedem Griff zu Schmerzen. Als typisches Beispiel sei hier das Auswingen eines Lappens genannt. Die Rhizarthrose tritt bei Frauen häufiger auf. Alltägliche manuelle Verrichtungen, im Haushalt oder am Arbeitsplatz werden von entsprechenden Schmerzen begleitet.

Schmerzlinderung

Ziele der Behandlung sind die Schmerzlinderung, das Erhalten oder Verbessern der Beweglichkeit, die Korrektur von Deformitäten und die Eindämmung der Entzündung. Im Anfangsstadium kann eine Schmerzreduktion durch entzündungshemmende und schmerzstillende Massnahmen erreicht werden, meist kombiniert mit Ruhigstellen des Daumenstrahls bei Belastungen oder nachts. Eine Kortisoninjektion in das betroffene Gelenk kann zu einer Verbesserung führen. Bei einer fortgeschreitender Arthrose genügen diese Massnahmen nicht mehr, da sich der Daumen zusätzlich in der Hand einzuschlagen beginnt. Zu diesem Zeitpunkt ist eine chirurgische Behandlung angesagt.

Operationstechniken

Bei einer operativen Behandlung der Rhizarthrose bewährt sich die Implantation eines Kunstgelenkes nicht. Vor über dreissig Jahren wurde zur Behandlung der Rhizarthrose ein sehr gutes Operationsverfahren entwickelt, welches sich bis heute weltweit durchgesetzt hat. Unter örtlicher Betäubung des Armes wird der Arthroseknochen (das grosse Vieleck) entfernt und der dadurch entstehende Defekt im Handgelenk mit einem Sehneninterponat aufgefüllt. Zusätzlich wird der Daumenstrahl durch diese Sehne stabilisiert und so das Zurückgleiten des Daumens verhindert. In der Regel bleibt die Beweglichkeit vollumfänglich erhalten. Häufig kann auch die störende Deformität des Daumens aufgehoben werden.

Nachbehandlung

Nach diesem Operationsverfahren ist eine ergotherapeutische Nachbehandlung notwendig. Obwohl der Daumen während der ersten vier Wochen in einer Kunststoffschiene ruhiggestellt wird, ist ein beschränkter Handeinsatz von Beginn an möglich. Schon eine Woche nach der Operation wird trotz Schiene mit einem aktiven Übungsprogramm begonnen. Nach zwei bis drei Monaten ist die vollständige Rehabilitation der Hand in der Regel erreicht.



Typisches Bild einer Rhizarthrose



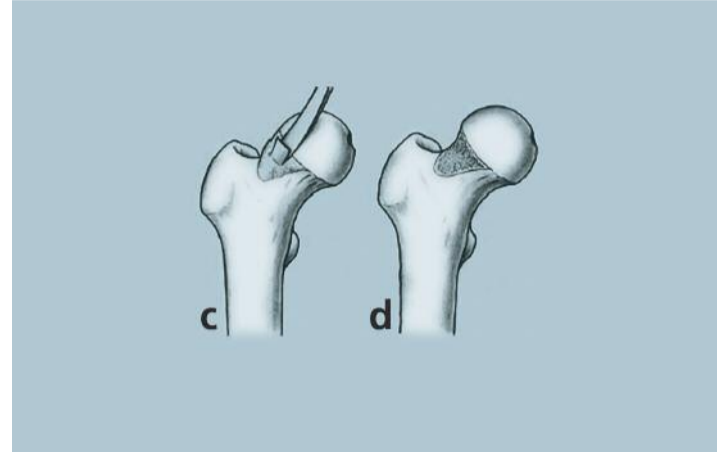
Hüfte

Gelenkerhaltende Therapie der Hüftgelenksarthrose

Die Frage, wieso sich bei einigen Patienten sehr früh eine Hüftgelenksarthrose entwickelt, kann heute teilweise beantwortet werden. Bei jungen Patienten mit Hüftbeschwerden besteht oft eine sogenannte Offsetstörung, d.h. eine verminderte Taillierung am Übergang vom Hüftkopf zum Schenkelhals. Bei Beuge- und Drehbewegungen stösst der überschüssige Knochen am Pfannenrand an und scheuert die Pfannenrandlippe ab, so dass diese reist, im Gelenk einklemmt und den Knorpel schädigt. Es besteht also die Gefahr einer Hüftarthrose.

Symptome

Anfänglich besteht ein dumpfes Ziehen in der Leiste, später ein schmerzhaftes Klicken, besonders beim Aufstehen nach längerem Sitzen. Die Diagnose wird durch eine klinische Untersuchung, ein Röntgenbild und ein MRI gestellt. Empfehlenswert ist, wenn sich Patienten und Patientinnen frühzeitig beraten lassen, bevor die Knorpelschädigung zu weit fortgeschritten ist.



Abtragung der Verknöcherung

Operationstechnik

Zuerst wird mittels Hüftarthroskopie der Pfannenrand inspiziert. Bei einer Pfannenrandschädigung wird per Arthroskopie eine sparsame Entfernung oder wenn möglich eine Naht der Pfannenrandlippe durchgeführt. Zudem wird der defekte Knorpel mittels Elektroverödung stabilisiert. In einem zweiten Schritt korrigieren wir die fehlerhafte Anatomie indem wir den Knochenbuckel zwischen Hüftkopf und Schenkelhals abtragen. Ein weiteres Anstossen des Buckels am Pfannenrand kann somit nicht mehr vorkommen.

Behandlung

Nach dem Eingriff sollten Gehstöcke verwendet und das betroffene Bein nur teilweise belastet werden. Bereits in dieser Phase wird eine intensive

Minimal-invasive Hüft-TP beidseitig



Bewegungstherapie durchgeführt, ergänzt durch Kräftigungs- und Koordinationenübungen. Nach und nach findet der Patient, die Patientin zu den Alltags- und Sportbelastungen zurück.

In der Klinik am Rosenberg in Heiden wird dieses Verfahren seit rund fünf Jahren angeboten. Sofern die Korrektur genug früh durchgeführt wird, erzielt sie gute Resultate. Es ist anzunehmen, dass sich bei diesen Patienten die Arthroseentwicklung durch die Operation verzögert. Bei zu weit fortgeschrittener Arthrose ist eine Erhaltung des betroffenen Hüftgelenkes nicht mehr möglich.

Gelenkersetzende Therapie der Hüftarthrose

Das Kunstgelenk

Die Versorgung der Hüftgelenksarthrose mittels Kunstgelenken zählt seit Jahren zu den standardisierten Verfahren in der Orthopädie. In den letzten Jahren haben sich in der Operationstechnik und der damit verbundenen kürzeren Rehabilitation, sowie in der Qualität und Form der Implantate Veränderungen und Neuerungen ergeben.

Operationsart

Die «minimal-invasive Operationstechnik» bedeutet, dass kein Muskel durchtrennt werden muss. Das Einsetzen des Kunstgelenkes erfolgt zwischen den Muskelschichten. Dadurch wird der effektive Hautschnitt kleiner gehalten und direkt nach der Operation durch eine bessere Beweglichkeit und geringeren Schmerz eine schnellere Rehabilitation erreicht. Der Eingriff wird für den Patienten, die Patientin weniger belastend, bereits nach einigen Tagen ist ein nahezu schmerzfreies Gehen möglich.

Verbesserte Implantate

Auch im Bereich der Prothesen gibt es Weiterentwicklungen. Die Implantate sind anatomischer geformt. Durch unterschiedliche Grössen und Winkel der Kunstgelenke kann die Anatomie der Hüfte exakt berücksichtigt werden. Dadurch lassen sich Hüftschäfte besser in den Knochen einpassen. Grössere Protheseköpfe erreichen mehr Stabilität, eine geringere Luxationsgefahr und einen höheren Bewegungsumfang des operierten Hüftgelenkes. Das bedeutet weniger Verschleiss und eine verlängerte Lebensdauer des Kunstgelenkes.

Anatomischer Hüftschaff links



Knie

Gelenkerhaltende Therapie der Kniegelenksarthrose

Die Kniegelenksarthrose ist eines der häufigsten Krankheitsbilder in der Orthopädie. Meist sind Fehlstellungen und Fehlbelastungen Ursachen für einen Verschleiss des Kniees.

Im gesunden Gelenk wird die Belastung gleichmässig verteilt. Bei Fehlstellungen trägt die eine Seite des Gelenkes kaum Last, während die andere massiv überlastet ist und sich rasch abnutzt. Eine ausgeprägte Fehlstellung des Beines ist für das Kniegelenk ungünstig, es droht eine frühzeitige Abnutzung (Arthrose).

Ursachen

Die Ursachen für eine Achsenfehltstellung sind vielfältig: familiäre Veranlagung, Fehlbelastungen, Meniskusentfernungen, Knochenbrüche, usw. Extreme sportliche Belastungen in der Jugend können die Beine krumm werden lassen. Durch kräftigen Muskelzug entstehen die typischen O-Beine der Fussballer. Auch wenn bei Knochenbrüchen die Bruchstücke schräg verheilen, wird ein Bein krumm. Zudem kann es zu kurz oder zu lang werden. Besonders ungünstig sind Rotationsfehler. Sie entstehen, wenn sich die Knochenentele gegeneinander verdrehen. Daraus resultiert ein stark störender Einwärts- oder Auswärtsgang und eine Gelenksabnutzung ist vorprogrammiert. Speziell der Einwärtsgang stellt auch ein kosmetisches Problem dar.

Achsenkorrektur

Mit einer Achsenkorrektur kann der rasche Gelenkverschleiss oft gestoppt werden. Diese Operation nennt man Osteotomie (den Knochen schneiden). Ein krummer Knochen wird in die korrekte Achse gebracht, indem man einen kleinen Knochenkeil entfernt oder einen angeritzten



Die gewünschte Stellung wird mit einer Metallplatte gehalten, bis der Knochen in der korrigierten Stellung geheilt ist.

Knochen langsam aufdehnt. Dank modernster Techniken werden heute mit Metallplatten und winkelstabilen Schrauben praktisch alle Fehlstellungen korrigiert und Längendifferenzen ausgeglichen. Mit dieser Operation wird die Entwicklung der Arthrose gestoppt oder verlangsamt. Falls nötig kann im Alter immer noch ein Kunstgelenk eingesetzt werden. Eine Achsenkorrektur bedeutet einen anspruchsvollen chirurgischen Eingriff. Hinsichtlich der sorgfältigen Planung und der geschickten operativen Technik stellt sie an den Arzt grosse Anforderungen und sollte nur von erfahrenen Orthopäden durchgeführt werden.

Kniearthroskopie

Eine gelenkerhaltende Therapiemöglichkeit der Kniearthrose stellt die Arthroskopie, das heisst die Knie Spiegelung, dar. Durch das Spülen des Gelenkes können mechanisch störende Knorpelschuppen und Meniskusrisse abgetragen werden. Entzündungsreaktionen im Gelenk werden so reduziert und der Zeitpunkt für einen Ersatz des Kniegelenkes kann hinausgezögert werden. Ein Kunstgelenk wird notwendig, wenn alle gelenkerhaltenden Massnahmen ausgeschöpft und der Leidensdruck des Patienten zu stark wird.

Fortsetzung nächste Seite



Dr. med. Andreas Oswald
FA FMH für Orthopädische Chirurgie
und Traumatologie, seit 2005 ORH

Dr. med. Mathias Jacobi
FA FMH für Orthopädische Chirurgie
und Traumatologie, NEU ab 2011 ORH

Dr. med. Georges Wohlgiesinger
FA FMH für Orthopädische Chirurgie
und Handchirurgie, seit 1994 ORH

Dr. med. Andreas Bischof
FA FMG für Orthopädische Chirurgie
und Sportmedizin, seit 1991 ORH

Dr. med. Georges Blatter
FA FMH für Orthopädische Chirurgie
und Traumatologie, seit 2002 ORH

Dr. med. Lukas Jenni
FA FMH für Orthopädische Chirurgie
und Traumatologie, seit 2009 ORH

Dr. med. Florenz Beutel
FA FMH für Plastische- und Ästhetische
Chirurgie, Handchirurgie, seit 2003 ORH

Dr. med. Andreas Herren
FA FMH für Plastische- und Ästhetische
Chirurgie, Handchirurgie, seit 2003 ORH

Dr. med. Felix Bischof
FA FMH für Orthopädische Chirurgie
und Traumatologie, seit 2000 ORH