

Weitere Gründe für eine **Knie-Arthrose** sind:

- Beinehlstellungen (X oder O-Bein) mit permanent einseitiger Überlastung des inneren resp. äusseren Gelenkanteils
- Stoffwechselkrankheiten wie Chondrokalzinose, Gicht, Hämatochromatose, etc.
- chronische Polyarthritis und andere rheumatische Krankheiten des Bewegungsapparates
- chronische Bandinstabilitäten
- Entfernung von grösseren Meniskusanteilen

Röntgenbild: Kniegelenk-Arthrose



Operative Therapie Kniegelenk-Arthrose mit Knie-Totalprothese

Bei herabgesetzter Lebensqualität mit Dauerschmerzen und zunehmender Einschränkung der Gehfähigkeit kommt bei Befall von mindestens zwei Knie-Kompartimenten als einzige, nachhaltige Therapieoption die Implantation einer **Knie-Totalprothese** in Frage. In >95% aller Fälle darf mit einem sehr guten Resultat mit wieder schmerzfreiem Gehen und einer weitgehenden Normalisierung des Bewegungsumfanges gerechnet werden.

Sportliche Tätigkeiten wie Wandern, Skifahren, etc. sind in vielen Fällen auch mit einer Knieprothese wieder möglich.

Wer sich jedoch mit dieser Zielsetzung ein Kunstgelenk implantieren lässt, kann nach der Operation enttäuscht sein, da mit der Implantation des Kunstgelenks die individuelle Grundeinstellung des Gelenks nicht vollumfänglich abgebildet werden kann und die umgebenden, meist veränderten Weichteile (z.B. Verkürzung der Bänder, innere Vernarbungen) eine sportfähige Funktion in vereinzelt Fällen nicht zulassen. Immerhin darf aber auch in diesen Fällen mit einer schmerzfreien Alltagsfunktion des Kunstgelenks gerechnet werden.



Die **Knie-Totalprothese** besteht aus 4 Komponenten. Die Implantation der Prothese erfolgt über eine vordere Operationswunde. Die abgenutzten Gelenkflächen werden mit einer „**Metall-Kappe**“ (**Kobalt/Chrom**) im Sinne eines Oberflächenersatzes neu überzogen und sind per Meniskusersatz (rotationsfähiges **Polyäthylen-Inlay**) miteinander verbunden. Die Prothese bildet die individuelle Gelenkgeometrie recht genau ab und wird in den bestehenden Seitenbandapparat integriert. Die Kreuzbänder werden nicht mehr benötigt, da die „neuen“ Gelenkflächen so „ineinander passen“, dass die Stabilität nach vorne und hinten gewährleistet ist. Die Materialien sind mechanisch sehr beständig und werden vom Körper gut toleriert. Die Kniescheiben-Gelenkfläche wird nur in sehr seltenen Fällen mittels zementierter Polyäthylen-Prothese (4. Komponente) ersetzt. Die mechanische „Haltbarkeit“ einer Knie-Totalprothese beträgt bei korrekter Implantation und normaler Beanspruchung mindestens 15 Jahre. Bei einer Nickel-Allergie stehen nickelfreie Implantate zur Verfügung.



Röntgenbild: nach Knie-Totalprothese



andresORTHO
improvement of movement

Operative Therapie Kniegelenk-Arthrose mit Knie-Teilprothese

Beschränkt sich die Arthrose auf ein einzelnes Gelenkkompartiment (Gelenkinnen- oder aussenseite), kann ab einem Patientenalter > 50 Jahre bei bandstabilem und normal beweglichem Knie eine Teilprothese eingesetzt werden. Die Implantation erfolgt über einen **miniinvasiven** Zugang (kleinere Operationswunde, Schonung der Weichteile). Durch die Erhaltung der Kreuzbänder verbleibt das Knie nach korrekter Implantation der Teilprothese in seiner individuellen „Grundeinstellung“.

Je nach Belastung darf auch bei einer Teilprothese mit einer Haltbarkeit von mindestens 13-15 Jahren gerechnet werden. Falls die Teilprothese später in eine Totalprothese „umgewandelt“ werden muss, kann dies technisch einfach durch die vorbestehende, etwas verlängerte Operationswunde bewerkstelligt werden.



andresORTHO
improvement of movement

Röntgenbild: vor/nach Knie-Teilprothese



andresORTHO
improvement of movement

Klinikaufenthalt Knieprothese

Der Eingriff wird in der Regel in einer Regionalanästhesie (= Teilnarkose) durchgeführt. Diverse schmerzlindernde Massnahmen sorgen dafür, dass die ersten Stunden nach der OP gut zu ertragen sind und das operierte Knie bereits am 1.Tag nach OP auf der Motorschiene bewegt werden kann. Dies erleichtert die spätere Rehabilitation wesentlich, indem Frühverklebungen rund um das Knie minimiert werden können. Mit Gehhilfen darf das operierte Bein ab dem 1.Tag nach der Operation nach Massgabe der Beschwerden belastet werden. Das Knie wird täglich mehrmals passiv (mit der Motorschiene) und aktiv (selber am Bettrand) beübt und sollte bei Austritt voll gestreckt und bis in den rechten Winkel gebogen werden können. Kurz vor Austritt wird ein Kontrollröntgenbild des Knies durchgeführt. Der Klinikaufenthalt beträgt ca. 7 Tage..

andresORTHO
improvement of movement

Nachbehandlung Knieprothese

Nach der Spitalentlassung empfehlen wir regelmässige Wundkontrollen und die Entfernung des Nahtmaterials 12-14 Tage (nach OP) bei Ihrem Hausarzt/in.

0-4 Wochen: nach der OP wird das Gehen an 2 Gehhilfen empfohlen (Sturzprophylaxe, sicheres Einheilen der Prothese).

4-6 Wochen: übergangsweise während 2 Wochen mit 1 Gehhilfe auf der operierten Knieseite. Bei guter Funktion der Oberschenkelmuskulatur und sicherem Gehen können die Gehhilfen nach 4-6 Wochen ganz weggelassen werden.

Die in der Klinik instruierten Übungen und Verhaltensmassnahmen im sicheren Umgang mit der neuen Prothese sollen zu Hause täglich konsequent eingehalten werden.

Thromboseprophylaxe: Xarelto (10mg) 1x täglich während 4 Wochen.

Eine erste Nachkontrolle mit Überprüfung des Bewegungsumfangs ist 4 Wochen nach der Operation geplant. Sollte zu diesem Zeitpunkt der Bewegungsumfang ungenügend sein, muss das Knie in der Klinik im Rahmen einer erneuten Regionalanästhesie durchbewegt und anschliessend in der Klinik während 2-3 Tagen nachbehandelt werden.

Weitere Nachkontrollen 10/16 Wochen und 1/5/10/15 Jahre nach Operation (Jahreskontrollen jeweils mit Röntgenbild).

Operative Therapie gelenkerhaltend bei „einseitiger“ Kniegelenk-Arthrose

Beinachsen-Umstellungsoperation (valgisierende oder varisierende Osteotomie)

Allgemein:

Der isolierten Arthrose des inneren oder äusseren Knie-Kompartiments (1-Kompartiment-Arthrose) liegt meistens eine ausgeprägte Beinachsenfehlstellung (X-oder O-Bein) oder/und ein Zustand nach operativer Entfernung eines Meniskus zugrunde. Übergewicht und starke Kniebelastung beschleunigen den Arthrose-Prozess.

Bis zum 55. Lebensjahr kommt in diesen Fällen die Technik der **Beinachsen-Umstellung** zur Anwendung. Das betroffene Arthrose-Kompartiment wird mit dem eingeleiteten Lastentransfer entlastet und das gesunde und tragfähige Gegenkompartiment mehrbelastet. Damit kann in >90% aller Fälle eine schmerzlose und normale Funktion des Kniegelenks erreicht werden und die Implantation einer Knieprothese während 15-20 Jahren hinausgezögert werden. Grundvoraussetzung ist die volle Beugefähigkeit, eine weitgehend normale Streckung und ein ansonsten gesundes Kniegelenk.

Operative Therapie gelenkerhaltend bei „einseitiger“ Kniegelenk-Arthrose

Beinachsen-Umstellungsoperation (valgisierende oder varisierende Osteotomie)

Vor der Operation wird aufgrund spezieller Röntgenaufnahmen der Korrekturwinkel des betroffenen Knies ermittelt. Der Eingriff wird in der Regel in einer Regionalanästhesie (=Teilnarkose) durchgeführt und dauert 1-2 Stunden.

Bei einer **starken O-Beinfehlstellung** und einer inneren Kniegelenkarthrose wird bei der **zuklappenden** Variante aus dem oberen, äusseren Schienbeinknochen ein Knochenkeil entfernt. Die entstandene Knochenlücke wird über das innere Knochenscharnier zugeklappt und mittels Spezialplatte/schrauben stabilisiert. Dabei wird aus einem O-Bein ein leichtes X-Bein gemacht und das innere Kniekompartiment entlastet. Der gleiche Effekt kann mit der **aufklappenden** Variante erreicht werden. Dabei wird der obere, innere Schienbeinknochen gespalten und soweit aufgeklappt, bis der errechnete Korrekturwinkel erreicht ist, danach wiederum Stabilisierung mittels Spezialplatte/schrauben. Bei beiden Varianten wird aus einem O-Bein ein leichtes X-Bein gemacht und damit das innere Kniekompartiment entlastet.

Bei einer **starken X-Beinfehlstellung** und einer äusseren Kniegelenkarthrose wird aus dem unteren und inneren Oberschenkelknochen ein Knochenkeil entfernt und die entstandene Knochenlücke über das äussere Knochenscharnier zugeklappt und mit einer Spezialplatte stabilisiert.

andresORTHO
improvement of movement

Röntgenbild: Umstellungs-OP bei O-Beinfehlstellung



andresORTHO
improvement of movement