

PATIENTENINFORMATION

GELENKERSATZ

SPRUNGGELENK



Universität Regensburg
Orthopädische Klinik

Inhalt:

Wie ist das Sprunggelenk aufgebaut?.....	3
Arthrose.....	4
Gelenkerhaltende Therapiealternativen.....	5
Welche Maßnahmen müssen vor der Operation durchgeführt werden?.....	6
Organisatorischer Ablauf.....	6
Operative Behandlung einer Sprunggelenksarthrose.....	7
Der Behandlungsablauf nach der Operation im Krankenhaus.....	10
Risiken der Operation.....	11
Das Leben mit der Prothese.....	12

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Anzahl der Implantation von künstlichen Gelenken (Endoprothesen) hat in den letzten Jahren mit der steigenden Lebenserwartung deutlich zugenommen. Grund ist die mit zunehmendem Alter verbundene Abnutzung der Gelenke. Diese Verschleißerscheinungen beeinträchtigen nicht nur durch ihre Einschränkung der Beweglichkeit und der Gehstrecke sondern führen auch durch Schmerzen zu einer deutlich reduzierten Lebensqualität.

Dem steht der Wunsch gegenüber, auch im Alter noch selbständig, mobil und schmerzfrei zu sein. Wenn durch konservative Therapiemaßnahmen keine Beschwerdelinderung erzielt werden kann, steht man vor der Frage, ob man sich einer Operation unterziehen soll. Bei fortgeschrittener Zerstörung des Gelenks bleibt oft als einzige Therapieoption die Versorgung mit einem künstlichen Gelenk. Ziel der Operation ist eine Wiedererlangung der schmerzfreien Bewegungsfähigkeit des Gelenks, so dass eine Teilhabe am sozialen Leben wieder möglich ist. Nachdem sich zunächst der künstliche Gelenkersatz des Hüft- und Kniegelenks als Standardoperation etabliert hat, zeigt auch der Ersatz des Sprunggelenks durch Verbesserung der Gelenkprothesen

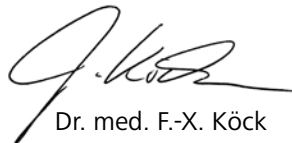
und der Operationsverfahren eine stetig zunehmende Verbreitung. Trotz der überzeugenden Erfolge, die durch die Implantation einer Sprunggelenksprothese erzielt werden, bleibt jeder operative Eingriff mit gewissen Risiken behaftet. Die seit langem bewährte Versteifung (Arthrodese) des oberen Sprunggelenkes ist weiterhin eine Option, die besprochen werden sollte.

Um Ihnen bereits im Vorfeld der Operation Informationen über Ihre Erkrankung, die bei uns eingesetzte Sprunggelenksprothese, die Nachbehandlung als auch Ihr Leben mit dem künstlichen Sprunggelenk zu geben, haben wir diese kleine Broschüre als Ratgeber und Begleiter, vor, während und nach der Operation zusammengestellt.

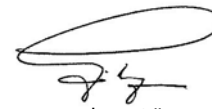
Selbstverständlich soll diese Broschüre nur als Ergänzung zum Gespräch mit einem unserer Ärzte aus dem Fuß-Team dienen. Sie soll Ihnen eine Hilfestellung sein, Ihnen durch ein besseres Verständnis der geplanten Maßnahmen die Angst vor der Operation nehmen und Sie gleichzeitig auf das Leben mit der Prothese nach der Operation vorbereiten. Bei Fragen können Sie sich jederzeit gerne an einen Arzt unserer Klinik wenden.



Prof. Dr. med. Dr. h.c. J. Grifka



Dr. med. F.-X. Köck



Dr. med. J. Götz

The image consists of two anatomical diagrams of the human lower leg and foot bones. The left diagram shows a medial view of the bones, while the right diagram shows a lateral view. Three labels with horizontal lines pointing to the corresponding bones are placed between the two diagrams. The labels are 'Schienbein' (tibia), 'Wadenbein' (fibula), and 'Sprungbein' (talus).

Schienbein

Wadenbein

Sprungbein

Wie ist das Sprunggelenk aufgebaut?

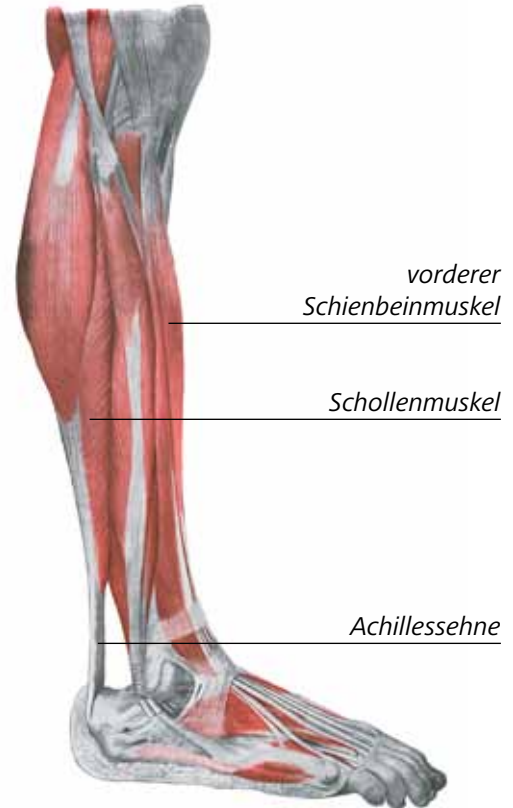
Das Sprunggelenk besteht eigentlich aus zwei Gelenkanteilen, dem Oberen und dem Unteren Sprunggelenk. Im Oberen Sprunggelenk bewegt sich der Unterschenkel, bestehend aus Schienbein und Wadenbein, gegen das Sprungbein. Die Gelenkflächen der jeweiligen Knochen sind mit einem Knorpelüberzug ausgestattet. Diese gestatten ein weitgehend reibungsfreies Gleiten der Gelenke gegeneinander und ermöglichen damit die Bewegung des Gelenks. Im Oberen Sprunggelenk findet die Auf- und Abwärtsbewegung des Fußes statt. Es ist die Bewegung, die für das Gehen die größte Bedeutung hat.

Das Untere Sprunggelenk verbindet das Sprungbein mit dem Fersenbein und teilweise mit dem Mittelfuß. Auch in diesem Gelenk sind die miteinander in Kontakt stehenden Flächen mit Knorpel ausgekleidet. Die Bewegung in diesem Gelenk besteht in einer leichten Einwärts- oder Auswärtskipfung des Fußes.

Die Stabilität des Gelenkes wird durch den Bandapparat gewährleistet, der eine exakte Führung des Sprunggelenks garantiert. Als wichtige Bänder sind das Außenband, das sich in 3 Anteile untergliedert, und das Innenband zu nennen. Die Syndesmose (Bandstruktur) ist verantwortlich für den Zusammenhalt von Schienbein und Wadenbein, die zusammen die Sprunggelenks-gabel bilden.

Von den Muskeln, die das Sprunggelenk und den Fuß bewegen, seien an dieser Stelle nur die zwei wichtigsten Gruppen angeführt: Die Wadenmuskulatur bewirkt ein aktives bodengerichtetes Absenken des Fußes, die Muskeln an der Vorderseite des Schienbeins führen zu einer Anhebung des Fußes.

Eine Verletzung oder Schädigung einer oder mehrerer Gelenkanteile kann auf Dauer zu einem gestörten Bewegungsablauf führen und den Auslöser einer Arthrose darstellen.



Arthrose

Als Arthrose wird eine Gelenkerkrankung bezeichnet, bei der es aufgrund von entzündlichen, abnutzungs- oder unfallbedingten Gründen zu einer Zerstörung des Gelenkknorpels kommt.

Bei fast jedem Gelenk kommt es mit fortschreitendem Lebensalter zu natürlichen Verschleißerscheinungen. Dabei wird die Knorpelschicht, die die Gelenkoberfläche bedeckt, abgerieben und verändert sich in ihrer Oberflächenbeschaffenheit. Dieser Prozess gestaltet sich normalerweise sehr langwierig.

Unter speziellen Bedingungen, sei es anlagebedingt durch eine schlechte Knorpelqualität, durch unfallbedingte Schäden des Gelenks, durch stattgehabte Gelenkinfektion, Rheuma oder Stoffwechselkrankheiten, kann dieser Prozess wie in einem Zeitraffer ablaufen und bereits zu einem relativ frühen Zeitpunkt zu einem Gelenkverschleiß – der Arthrose – führen. Nach Abschluss des Wachstumsalters kann der Gelenkknorpel nicht mehr von selbst nachwachsen und sich selbst reparieren.

Dieser Abnutzungsprozess verstärkt sich im Laufe der Zeit selbst. Durch den Oberflächenabrieb wird die Gelenkinnenhaut gereizt, es entwickeln sich Entzündungen, die Gelenkinnenhaut produziert in der Folge vermehrt Flüssigkeit, die als Ergussbildung des Gelenks noch weitere Beschwerden verursacht.

Auch der angrenzende Knochen wird in das Geschehen mit einbezogen. Unterhalb der Stellen, an denen der Knorpel zerstört ist, wird der Knochen hart und elfenbeinartig, er sklerosiert. Weiterhin versucht der Knochen über knöcherne Anbauten die Belastungsfläche des Gelenks zu vergrößern. Diese knöchernen Anbauten (Osteophyten) führen in der Vielzahl der Fälle jedoch zu weiteren Beschwerden, da sie wie Sporne die umgebenden Weichteilstrukturen irritieren.

Im weiteren Verlauf verdickt sich die Kapsel, die Bewegung des Sprunggelenks wird geringer und kann in der vollständigen Zerstörung der Gelenkarchitektur münden.

Die Beschwerden, die durch die Arthrose hervorgerufen werden, bestehen in erster Linie im Schmerz. Ist dieser zunächst belastungsabhängig, tritt im weiteren Verlauf oft ein morgendlicher Anlaufschmerz auf. Bei fortgeschrittenem Gelenkaufbrauch bestehen Ruheschmerz und Nachtschmerz.

Zeitgleich verringert sich die Beweglichkeit des Sprunggelenks und die Fähigkeit, längere Gehstrecken zurückzulegen, nimmt ab.

Im Röntgenbild lassen sich die abgelaufenen Prozesse nachvollziehen (siehe linke Abbildung auf Seite 13). In manchen Fällen stellt die Kernspinnuntersuchung eine sinnvolle Ergänzung dar, dies v.a. dann, wenn trotz anhaltender Beschwerden die Veränderungen im Röntgenbild nicht mit dem Befund korrelieren.

Gelenkerhaltende Therapiealternativen

Grundsätzlich muss leider festgestellt werden, dass es heute noch keine Methode gibt, die eine Arthrose durch nicht-operative Maßnahmen heilt.

Durch die Einnahme von Schmerzmedikamenten können die Symptome der Arthrose gelindert werden. Gleiches gilt für die Durchführung von physiotherapeutischen Maßnahmen oder die Anwendung von Orthesen. Alle angeführten Maßnahmen können den Verlauf des Arthroseprozesses verlangsamen und eine Linderung der Schmerzsymptomatik erreichen.

Durch den Arthroseprozess kommt es zu einem Reizzustand innerhalb des Gelenks, der Schmerzen verursacht. Durch antientzündlich und schmerzhemmend wirkende Medikamente wie z.B. Diclofenac, Ibuprofen o.ä., oder durch Gabe von Kortison kann der Entzündungszustand und damit der Schmerz zurückgedrängt werden. Begleitende Maßnahmen bestehen in der physikalischen Therapie, die Kälte-, Wärme- und Elektrotherapie einschließt.

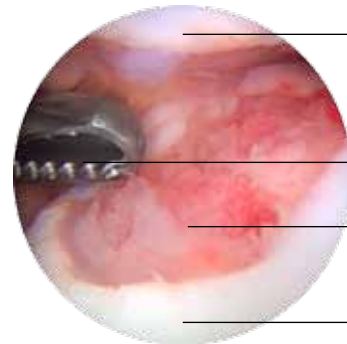
Physiotherapeutische Maßnahmen bewirken sowohl eine Aufrechterhaltung der Beweglichkeit des Gelenks als auch eine Kräftigung der Muskulatur, die sich ansonsten aufgrund der meist vorhandenen schmerzbedingten Schonung sehr schnell zurückbildet. Zyklische Sportarten ohne große Gelenkbelastung, wie beispielsweise das Schwimmen, kön-

nen therapiebegleitend betrieben werden.

In geeigneten Fällen kann durch eine Gelenkspiegelung eine Schmerzlinderung erzielt werden. Dabei handelt es sich um einen Schlüssellocheingriff (Arthroskopie), in dessen Rahmen freie Gelenkkörper entfernt, Knochenkanten abgetragen oder Gelenkknorpel geglättet werden.

Für uns ist es wichtig zu prüfen, mit welcher Behandlungsmethode für Sie der beste Therapieerfolg erzielt werden kann. Deshalb werden im Gespräch alle relevanten Möglichkeiten mit Ihnen erörtert, so dass die beste individuelle Lösung gefunden werden kann.

▼ *Blick in das Sprunggelenk im Rahmen einer Arthroskopie*



Schienbeinunterkante

Shaver (Instrument zum Glätten von Unebenheiten, Stufen etc.)

zerstörter Gelenkknorpel

Sprunggelenkrolle

Welche Maßnahmen müssen vor der Operation durchgeführt werden?

Wichtig ist, dass Sie vor der geplanten Operation Ihren Hausarzt aufsuchen. Um die Risiken der Operation für Sie möglichst gering zu halten, wird Ihr Hausarzt Ihren Gesundheitszustand überprüfen. Herz-Kreislaufprobleme, ein hoher Blutdruck, eine Zuckerkrankheit, Atemprobleme – all diese Erkrankungen sollten im Vorfeld der Operation gut eingestellt sein.

Bestehen Infektionen, offene Stellen am Bein, Blaseninfektion oder Entzündungen im Zahnbereich müssen diese vor der Operation behandelt und geheilt werden, da ansonsten das Risiko einer Entzündung des operierten Sprunggelenks zu hoch ist. Zu diesem Zweck sollte innerhalb einer Woche vor der Ope-

ration bereits eine Blutkontrolle durchgeführt werden, um zu sehen, ob sich alle Blutwerte im grünen Bereich befinden.

Da die Operation in der Regel ein Elektiveingriff ist, d.h. der Eingriff wird im Vorfeld geplant und stellt keine Notfallversorgung dar, können Sie sich gut auf die Operation vorbereiten. Der zu erwartende Blutverlust ist so gering, dass eine Eigenblutspende vor der Operation nicht notwendig ist.

Die Operation wird üblicherweise in Regionalanästhesie oder Teilnarkose durchgeführt. Welche Methode die für Sie am besten geeignete darstellt, wird der Anästhesist am Tag vor der Operation mit Ihnen besprechen.

Organisatorischer Ablauf

Sie werden am Tag vor der Operation in unserem Haus stationär aufgenommen. Im Vorfeld der Operation informieren wir Sie telefonisch, um welche Uhrzeit Sie in unser Haus kommen sollen. Nach der Anmeldung in der Patientenverwaltung (neben dem Haupteingang) stellen Sie sich bitte in der Zentralen Patientenaufnahme der Orthopädie bei dem dort zuständigen Pflegepersonal vor. Bitte bringen Sie alle zur Verfügung stehenden medizinischen Dokumente, die Aufschluss über Ihren Gesund-

heitszustand geben, die aktuellen Ergebnisse der Blutuntersuchung, EKG, Röntgenbilder, CT- oder Kernspinaufnahmen sowie eine Liste der aktuell von Ihnen eingenommenen Medikamente, einschließlich der Dosierung, mit.

Alle blutverdünnenden Medikamente sollten in Rücksprache mit ihrem Hausarzt mindestens eine Woche vor der geplanten Operation abgesetzt werden. Ist bei kardiologischen Problemen eine Fortführung der Blutverdünnung notwendig,

sollte soweit möglich eine Umsetzung auf ein niedermolekulares Heparin erfolgen.

Es erfolgt die erste Durchsicht aller Dokumente. Anschließend werden Sie von einem Arzt der Orthopädischen Klinik und von einem Anästhesisten untersucht und über die geplanten Maßnahmen und Risiken nochmals informiert. Auch hier werden alle Dokumente kontrolliert. Ausstehende Untersuchungen werden nachgeholt. Anschließend können Sie Ihr Zimmer

aufsuchen und nehmen bitte Kontakt mit dem Pflegepersonal Ihrer Station auf.

Im Rahmen der ärztlichen Vorgespräche wird Ihnen mitgeteilt, ab welchem Zeitpunkt Sie nüchtern bleiben müssen. Dies schließt ausdrücklich auch den Zigarettenkonsum mit ein.

Zur Vermeidung von Wundheilungsstörungen empfehlen wir Ihnen dringend, auch im Verlauf nach der Operation den Nikotinkonsum auf ein Minimum einzuschränken.

Operative Behandlung einer Sprunggelenksarthrose

Bei fortgeschrittener Zerstörung des Gelenks bietet der Gelenkersatz die Option des Beweglichkeitserhalts und der Schmerzfreiheit.

Nach Ausschöpfen der konservativen Maßnahmen und fortbestehenden Beschwerden, die in Schmerzen, Bewegungseinschränkung und Verringerung der Gehstrecke resultierten und damit Ihre Lebensqualität deutlich einschränken, ist die Operation des Sprunggelenks zu empfehlen. Der künstliche Gelenkersatz soll Ihnen sowohl Schmerzfreiheit als auch eine gute Beweglichkeit des Sprunggelenks verschaffen. Bereits 1970 wurde der erste künstliche Gelenkersatz implantiert, die sogenannte Lord-Prothese. Inzwischen wurden die Prothesen ständig fortentwickelt und verbessert. Es gibt zur Zeit unterschiedliche Prothesenmodelle, die

sich jedoch in ihrem grundsätzlichen Aufbau ähneln. Die in unserem Haus derzeit zum Einsatz kommende sogenannte 3-Komponenten-Prothese vom Typ SALTO der Firma Tornier wurde 1997 entwickelt. Die Resultate der Sprunggelenks-Endoprothetik lassen sich heute mit denen der Knie- und Hüft-Totalendoprothesen vergleichen. In aktuellen Studien konnten Überlebensraten von Dreikomponenten-Prothesen von über 90% nach 10 Jahren gezeigt werden (J Bone Joint Surg Br. 2009 Jan; 91 (1): 69 – 74). Nicht in allen Fällen ist der künstliche Gelenkersatz das geeignete Verfahren. Die Alternative besteht in einer Versteifung des Oberen Sprunggelenks. Ihr behandelnder Arzt wird Sie ausführlich darüber informieren, welches Verfahren für Sie in Frage kommt.

Bei der Operation mit Einbringung eines künstlichen Sprunggelenks wird das Sprunggelenk von vorne eröffnet.



Die Sehnen-, Nerven- und Gefäßstrukturen werden geschont und zur Seite gehalten. Anschließend wird mit speziellen Instrumenten und medizinischen Werkzeugen der zerstörte Gelenkanteil entfernt. Die Innen- und Außenbänder werden erhalten, um die Stabilisierung des Sprunggelenks auch nach der Operation weiterhin ausüben zu können.

Der untere Anteil des Schienbeins ist nach Einsetzen der Prothese mit einer Metallplatte bedeckt, die mit einer Finne im Knochen verankert ist. Das Sprungbein ist mit einer Metallkomponente gleichsam „überkront“. Beide Metallanteile weisen eine spezielle Beschichtung auf, an die der Knochen anwachsen kann. Zwischen den beiden Metallkomponenten ist eine bewegliche Kunststoffscheibe (Gleitkern) eingebracht, durch welche die Reibung zwischen den beiden Gelenkpartnern möglichst gering gehalten wird.

Bei jedem Menschen besitzt das Sprunggelenk eine andere Größe. Bereits vor der Operation wird anhand des Röntgenbildes eine Größenbestimmung der Prothese durchgeführt. Auch während der Operation wird diese Größenbestimmung noch einmal nachgeprüft. So kann durch die Verwendung von

◀ *3-Komponenten-Prothese vom Typ SALTO*
Foto: Tornier GmbH

unterschiedlichen Prothesengrößen die für Sie passende bestimmt werden.

Bevor die endgültige Originalprothese implantiert wird, wird eine Probeprothese eingesetzt, um sicher die Beweglichkeit, die Stabilität und die Größenverhältnisse zu beurteilen.

Am Operationsbein herrscht während der gesamten Operationsdauer Blutleere. D.h., dass das Bein unmittelbar vor der Operation mit einer Gummibinde ausgewickelt wird, so dass sich kein Blut mehr im Bein befindet. Anschließend wird eine aufblasbare Blutdruckmanschette am Oberschenkel aufgepumpt, die dafür garantiert, dass die Blutzufuhr für den Zeitraum der Operation unterbrochen wird.

Am Ende der Operation wird die Blutleere geöffnet, eventuell noch vorhandene Blutungsquellen werden gestillt, eine Drainage eingelegt und die Wunde Schicht für Schicht vernäht. Über die Wunddrainage kann Blut, das sich nach der Operation ansammelt, nach außen ausgeleitet und somit das Entstehen eines Blutergusses vermieden werden. Noch im Operationssaal erfolgt zum Überprüfen der korrekten Lage der Prothese eine Röntgenkontrolle (siehe rechte Abbildung auf Seite 13).

Zur Stabilisierung des Sprunggelenks und zur Gewährleistung einer sicheren Wundheilung wird noch im Operationssaal eine Gipsschiene angelegt.



▲ 3-Komponenten-Prothese vom Typ SALTO II
Foto: Tornier GmbH

Der Behandlungsablauf nach der Operation im Krankenhaus

Wichtig ist, dass das Bein zur Vermeidung einer Schwellung streng auf der bereitgestellten Schiene nach oben gelagert wird. Der erste Verbandswechsel erfolgt in der Regel am zweiten Tag nach der Operation. Dann wird auch der einliegende Drainageschlauch (Redon) entfernt. Die bereits im OP-Saal angepasste Gipsschiene wird in den ersten Tagen belassen. Ab dem ersten Tag nach der Operation erfolgt die vorsichtige Mobilisierung mit 2 Unterarmgehstützen. Eine Belastung des operierten Beines ist dabei zum Schutz der Weichteile nicht erlaubt. Einmal täglich darf eine axiale Vollbelastung des Sprunggelenks erfolgen. Mit der Physiotherapie erlernen Sie Übungen zur isometrischen Kräftigung der Beinmuskulatur.

Bei der Kühlung sollten Sie darauf achten, dass das eiskühle Gel keinen direkten Hautkontakt hat und dass die Anwendungsdauer nie länger als 10 Minuten am Stück betragen darf, da sonst lokale Erfrierungen und Störungen der Wundheilung auftreten können.

Noch während des stationären Aufenthalts erfolgt eine Röntgenkontrolle, außerdem werden die Blutwerte kontrolliert. Bis zur Wiedererreichung der vollständigen Belastung muss eine medikamentöse Thromboseprophylaxe durchgeführt werden, dies geschieht durch Blutverdünnungsmittel, die Ihnen gespritzt werden (Thrombose-, Bauchspritze) und durch Antithrombosestrümpfe.

Unter Berücksichtigung der Wundverhältnisse ist die Entfer-

nung der Hautnähte ab dem 14. Tag nach der Operation möglich. Nach Nahtentfernung wird ein VACOped-Stiefel angepasst

Sollten noch Schmerzen bestehen, können diese gut mit Schmerzmitteln kontrolliert werden. Der Prozess des Einwachsens der Prothese in den Knochen sollte nach 6 Wochen abgeschlossen sein.

Mit dem VACOped-Stiefel ist in den ersten 6 Wochen eine Teilbelastung von 20 kg erlaubt.

Sie werden gebeten, nach 6 Wochen nochmals in unserer fußchirurgischen Sprechstunde zu erscheinen. Nach Anfertigung einer erneuten Röntgenkontrolle fällt dann die Entscheidung über den Belastungsaufbau des Sprunggelenks.

VACOped-Stiefel ►



Risiken der Operation

Bei jedem operativen Eingriff bestehen **allgemeine Risiken** sowie **spezielle Risiken**, die mit dem jeweiligen Eingriff zusammenhängen.

Unter den allgemeinen Risiken versteht man das Auftreten von Thrombose und Embolie, die Infektion der Wunde mit evtl. notwendiger Einnahme von Antibiotika oder der Durchführung von Revisionsoperationen, allergische Reaktionen auf Medikamente, Durchblutungsstörungen bei Verletzung von Gefäßen, Taubheitsgefühle bei Verletzung von Nerven. Weiterhin zu nennen sind Wundheilungsstörungen.

Als spezielle Risiken werden die Frühlockerung der Prothese, die Verknöcherung der Weichteile mit Bewegungsverlust, das Auftreten eines sog. Morbus Sudeck (Überreaktion des Nervensystems) angesehen.

Es ist selbstverständlich, dass wir unser ganzes Bemühen darauf ausrichten, das Auftreten von Komplikationen zu vermeiden. Dazu gehört der Hygienestandard in unseren modernen Operationssälen ebenso wie die vor der Operation stattfindenden Untersuchungen, die eine bereits vor der Operation im Körper vorhandene Entzündung ausschließen sollen. Die regelmäßige Wundkontrolle, der medikamentöse Schutz vor Thrombose, die Röntgen- und Laborkontrollen dienen alle als Maßnahmen, Ihnen eine höchstmögliche Sicherheit für das Gelingen der Operation garantieren zu können.

Das Leben mit der Prothese

Wenn der private und berufliche Alltag wieder einkehrt, stellt sich die Frage, was muss ich beachten, was darf ich mit der Sprunggelenksprothese alles machen?

Ein künstliches Gelenk ist nicht mit einem jungen, gesunden Gelenk vergleichbar. Das heißt, dass bei Ausführung von sportlichen Aktivitäten das Vorhandensein der Prothese berücksichtigt werden sollte. Prinzipiell sind alle Sportarten, die eine Stop-and-Go-Belastung aufweisen, ungeeignet. Bei längeren Gehstrecken auf stark unebenem Gelände ist das Tragen von Schuhen, die über den Knöchel reichen (z.B. Wanderstiefel) empfohlen.

Sie sollten alle 1-2 Jahre einen niedergelassenen Orthopäden aufsuchen, der die Funktion des Sprunggelenks überprüft, ab dem 5. Jahr nach der Operation empfiehlt sich die regelmäßige Röntgenkontrolle.

Das Mitführen des von uns ausgestellten Prothesenpasses erleichtert nicht nur die Kontrolle beispielsweise am Flughafen, sondern ist für eine unvorhergesehene Operation, z.B. bei einem Knochenbruch, eine wichtige Informationsquelle für den behandelnden Kollegen.

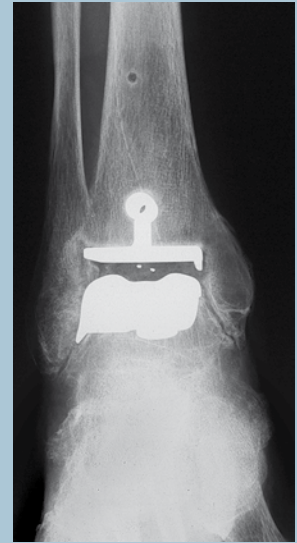
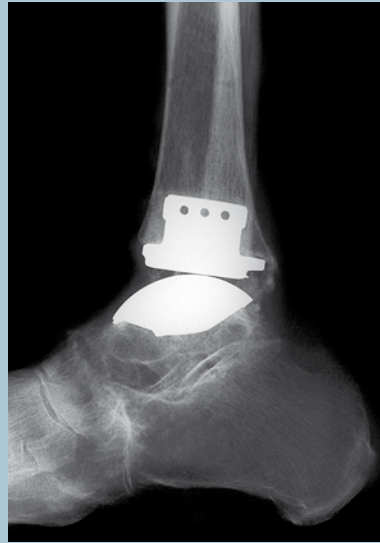
Falls bei vorhandener Prothese zahnärztliche Behandlungen notwendig sind, in deren Rahmen es zur Einschwemmung von Bakterien in die Blutbahn kommen sollte, muss vor dem Eingriff ein geeigneter antibiotischer Schutz durchgeführt werden. Auch Verletzungen der unteren Extremität,

die sich entzünden, müssen unabhängig davon, wann die Prothese eingebaut wurde, einem Arzt vorgestellt und ggf. antibiotisch behandelt werden.

Treten im Bereich des operierten Sprunggelenks Rötungen, anhaltende Schwellungen, Wundsekretion oder eine erhöhte Temperatur auf, sollten sie sich unmittelbar beim Hausarzt oder in unserer Ambulanz vorstellen.

Jede Prothese hat eine begrenzte Lebensdauer, nach der es zu einer Prothesenlockerung kommen kann. Dieser Zeitpunkt ist nicht absehbar, kann aber durch zu starke Belastung (siehe Sport) oder zu geringe Beanspruchung des Beines im Rahmen des daraus resultierenden Knochenabbaus, verfrüht einsetzen. Wichtig für Sie ist, dass Sie Ihren Lebensalltag auch nach der Operation wieder wie gewohnt ausüben.

Kommt es zu einer Lockerung, kann die Prothese durch eine sogenannte Revisionsprothese gewechselt werden. Besteht nur eine Abnutzung des Kunststoffkerns so genügt meist nur der Austausch dieses Kunststoffteiles. Ist durch die Lockerung der Prothese der Knochen soweit zerstört, dass keine neue Prothese verankert werden kann, muss eine Versteifung des oberen Sprunggelenkes durchgeführt werden.



▲ Röntgenbilder eines Patienten mit fortgeschrittener Arthrose des oberen Sprunggelenks präoperativ

▲ Röntgenbilder nach Implantation eines künstlichen Sprunggelenks

Hochschulambulanz
Fuß- und Sprunggelenkssprechstunde
Dienstag von 08.00 - 12.00 und 13.00 - 15.30 Uhr

Terminvergabe Ambulanz
Telefon: 09405.182407
www.uni-r.de/Orthopaedie



 **ASKLEPIOS**
Klinikum Bad Abbach

Orthopädische Klinik
für die Universität Regensburg
im Asklepios Klinikum GmbH

Kaiser-Karl V.-Allee 3
93077 Bad Abbach