



Dr. Gerhard Ascher
Dr. Holger Ertelt
Dr. Christoph Maluche
Dr. Thomas Katzhammer
Ulrich Kreuels
Peter Hopp

Orthopädie Regensburg MVZ

Patientenaufklärungsbogen valgisierende aufklappende Umstellungsosteotomie am Schienbeinkopf bei Varus-Gonarthrose

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir haben Ihnen nach eingehender Diagnostik und genauer Abwägung der für Sie optimalen Behandlungsmöglichkeiten die valgisierende aufklappende Tibiakopfumstellungsosteotomie empfohlen.

Grundlage für die Entscheidung ist die knieinnenseitige Knorpelschädigung bei O-Bein-Gelenkachse mit weitgehend unversehrten sonstigen Gelenkflächen. Durch die Beinachsenveränderung im X-Bein-Sinne kann der Druck von der überlasteten Knieinnenseite teilweise auf die Knieaußenseite umverteilt werden.

Große Studien haben bewiesen, dass durch genannte Beinachsenveränderung die Beschwerden entscheidend gelindert werden und künstliche Gelenkoberflächen wie die mediale Schlittenendoprothese meist viele Jahre bis Jahrzehnte hinausgezögert werden können. Genannte Valgisationsosteotomie kann sehr gut ein- oder zweizeitig mit Knorpelersatzeingriffen wie der Frakturierung, der Zylindertransfertechnik oder der Zellzüchtung kombiniert werden. Hierzu haben wir Sie in einem eigenen Gespräch und Aufklärungsbogen informiert, wenn dieses Zusatzverfahren für Sie in Frage kommt.

Technisch wird die Valgisationsosteotomie über einen etwa 6 cm langen Schnitt an der Knieinnenseite ausgeführt. Der Schienbeinkopf wird in der Ansatzregion des Innenbandes und der innenseitigen Beugesehnen (Pes anserinus) dargestellt. Das Innenband wird hierbei teilweise abgelöst, der Pes anserinus-Sehnenansatz eingekerbt, um den Knochenschnitt legen zu können und anschließend die stabilisierende Platte mit 4 Schrauben anzupassen. Dieses Implantat hält die korrigierte Stellung bis zur knöchernen Ausheilung und wird später wieder entfernt. Instabilitätsprobleme sind in der Folge der Innenbandteildurchtrennung bisher nicht in nennenswertem Umfang berichtet worden. Der Knochenschnitt selbst wird mit einer speziellen Knochensäge und Knochenmeißeln durchgeführt. Die außen gelegenen Knochenanteile werden nicht durchtrennt und der Knochen innen-seitig langsam aufgedehnt. Dies hat den Vorteil der guten postoperativen Stabilität. Ruhigstellende Schienen oder Gipsbehandlung sind nicht nötig. Bei größeren Korrekturwinkeln kann eine Knocheneinlagerung (sog. Spongiosaplastik) notwendig werden. Der Knochen hierfür wird in der Regel aus dem angrenzenden Schienbeinkopf entnommen.

Nach dem Eingriff sollten Sie das Bein zunächst häufig hochlagern, wenig sitzen, konsequent Injektionen zur Thromboseprophylaxe verabreichen. Ein- bis zweimal wöchentlich sind Thrombozytenbestimmungen zum Ausschluß einer allergischen Reaktion auf die Blutverdünnungs-Heparine nötig. Die Heparine können mit weitgehender knöcherner Konsolidierung und Übergang zur Vollbelastung in der Regel 6-8 Wochen nach dem Eingriff abgesetzt werden.



Qualitätssicherung AQS1
Ambulantes Operieren

Orthopädie Regensburg MVZ GmbH

Ärztliche Leitung: Dr. Gerhard Ascher | Regensburg HRB 15369

Geschäftsführer: Dr. Ascher, Dr. Ertelt, Dr. Maluche, Dr. Katzhammer, Kreuels, Hopp

Im Gewerbepark C10
D-93059 Regensburg

Telefon (0941) 46 31 70
Telefax (0941) 46 31 710

info@orthopaedie-gewerbepark.de
www.orthopaedie-gewerbepark.de



QM-System zertifiziert
nach DIN EN ISO 9001

Die Fädenentfernung erfolgt etwa 14 Tage nach dem Eingriff.
Röntgenkontrollen sind nach der Operation sowie nach 2 und 6 Wochen, dann je nach individuellem Befund in variablen Abständen zu empfehlen.

Wie bei jeder Operation können Komplikationen eintreten. Diese beinhalten Nachblutungen, überschießende Vernarbungen, verzögerte oder ausbleibende Knochenheilung, Nervenverletzungen mit Hautgefühlsstörung, in seltenen Fällen auch mit Lähmungsbildern. Trotz der konsequenten Thromboseprophylaxe können Beinvenenthrombosen und Embolien nicht vollständig verhindert werden (Prozentbereich). Infektionen werden im Promillebereich beobachtet und können ihrerseits langwierige Knocheneiterungen oder sekundäre Gelenkinfektion mit weiterer Knorpelschädigung zur Folge haben. Auch das Ausmaß der Beschwerdelinderung durch den Eingriff bei regulärem Verlauf und damit die Zeit der Verzögerung von Folgeoperationen ist nur statistisch abzuschätzen und im Einzelfall schwer vorhersagbar und nicht zu garantieren.

Der Umstellungswinkel wird zwar vor der Operation mehrfach auch computerunterstützt geplant, während der Operation können aber operationstechnisch leichte Abweichungen von in der Regel 1 bis 2° nicht verhindert werden. Dies hat in der Regel keinen entscheidenden Einfluss auf ein gutes Spätergebnis. Höhere Abweichungen können im Ausnahmefall durch Unter- oder Überkorrektur das gewünschte Ergebnis in Frage stellen. In seltenen Fällen wird dann die Rück- oder Nachkorrektur notwendig oder empfohlen.

Sollte der Knochen zeitverzögert heilen, kann es zur Lockerung und zu Schraubenbrüchen am Implantat kommen. Dies hat in der Regel keine schwerwiegenden Konsequenzen. In seltenen Fällen ist es besser, gebrochene Schraubenanteile im Knochen zu belassen. Selten werden der Implantatwechsel und eine erneute Spongiosaplastik zur Stimulierung der Knochenverfestigung nötig.

Haben Sie bitte keine Scheu, noch bestehende Unklarheiten im erneuten persönlichen Gespräch auszuräumen.

Vorname, Name: Patient / -in (Bitte in Druckbuchstaben!)

Ort/ Datum/ Unterschrift Patient / -in

Aufklärender Arzt