

Klinik für Fuß- und Sprunggelenkchirurgie Rummelsberg / Nürnberg

Informationsblatt gelenkerhaltender Eingriff OSG

Sie haben Beschwerden im oberen Sprunggelenk (OSG) mit Knorpelschädigung und Instabilität des Bandapparats. Dabei führt meist die Instabilität der Außenbänder zu einer vermehrten Verkipparkeit des Sprungbeins. Dadurch entstehen an der inneren und/oder äußeren Kante des Sprungbeins (sogenannte mediale und/oder laterale Talusschulter) vermehrte Scherkräfte auf den Gelenkknorpel. Dies führt zur Schädigung des Knorpels mit Reißbildung und Verschleiß. Es kommt zur Entzündung der Gelenkschleimhaut, was wiederum zu Schmerzen bei Belastung und stechenden Schmerzen in Ruhe führt. Wir empfehlen daher einen gelenkerhaltenden Eingriff am oberen Sprunggelenk.

Bei diesem Eingriff erfolgt zunächst eine Arthroskopie (Gelenkspiegelung). Hierbei wird der Knorpel und das gesamte Gelenk genau beurteilt. Bei Knorpelschädigungen, die die komplette Knorpeldicke betreffen, führen wir knorpelchirurgische Maßnahmen bis hin zur Autologe Matrixinduzierte Chondrogenese (AMIC) und Peripherem Blutkonzentrat (PBC) durch. Dabei wird der geschädigte Knorpel soweit entfernt, bis der umgebende Knorpel stabil ist und keine Schädigung mehr aufweist. Der Defekt wird dann mittels AMIC + PBC aufgefüllt. In den Wochen und Monaten nach der Operation entsteht durch mechanische Stimulation (Bewegung und dosierte Belastung) der AMIC + PBC wissenschaftlich nachgewiesen annähernd normaler Knorpel. Außerdem wird im selben Eingriff die Gelenkinstabilität als Ursache für die Knorpelschädigung durch Rekonstruktion der Außenbänder behoben. Meist sind die Bänder nicht straff genug oder setzen an nicht korrekter Stelle an und müssen deshalb unter geeigneter Spannung an korrekter Stelle befestigt werden. Sowohl die AMIC + PBC als auch die Rekonstruktion der Außenbänder kann nicht arthroskopisch durchgeführt werden und erfolgt daher als offener Eingriff. Falls bei Ihnen eine Verkürzung der Wadenmuskulatur vorliegt, wird zusätzlich eine oberflächliche Verlängerung der Gastrocnemius-Sehne durchgeführt. Dies bewirkt eine deutliche Entlastung des oberen Sprunggelenk ohne Funktionsbeeinträchtigung.

Der Eingriff kann aufgrund der Komplexität nur unter stationären Bedingungen erfolgen. Der stationäre Aufenthalt dauert in der Regel 2 Tage. Die Mobilisation erfolgt bereits am OP-Tag. Es kommt unser FAST-Track-Behandlungskonzept zur Anwendung (siehe Merkblatt „FAST-Track“). Die Mobilisation erfolgt für die ersten 6 Wochen postoperativ mit einer Orthese (VACODiaped) und unter Teilbelastung an Unterarmgehstützen. Die Orthese und die Unterarmgehstützen erhalten sie bereits präoperativ auf Rezept. Wir bieten auch bereits präoperativ Physiotherapie an, um die Mobilisierung mit den Hilfsmitteln zu üben.

Nach Entlassung aus der stationären Behandlung wird die physiotherapeutische Übungsbehandlung zur weiteren Mobilisation fortgesetzt. Nach 6 Wochen erfolgt bei uns eine Röntgenkontrolle. Befundabhängig wird dann die Vollbelastung ohne Orthese freigegeben. Ab diesem Zeitpunkt kann das obere Sprunggelenk auch intensiver physiotherapeutisch beübt werden. Zur Beurteilung der Knorpelverhältnisse und somit der AMIC + PBC, oder auch der früher durchgeführten MAST (Matrix-Assoziierte Stammzelltransplantation), veranlassen wir eine spezielle kernspintomographische Untersuchung mit sogenanntem „Knorpelmapping“ im Rahmen der Nachuntersuchung 1 Jahr nach der Operation und danach jährlich.

Für weitere Fragen steht Ihnen unser Team jederzeit gern zur Verfügung.

Wir wünschen Ihnen für die Behandlung alles Gute.

© Martinus Richter 2019