
ARTHROSE

DES OBEREN SPRUNGGELENKS (OSG)



DEFINITION/ENTSTEHUNG

Das grösste Gelenk am Fuss und Sprunggelenk ist das obere Sprunggelenk (abgekürzt OSG). Hier findet die Bewegung des Fusses nach oben und unten statt (Abb. 1). Genauso wie an sämtlichen anderen Gelenken im Körper, kann auch hier eine Arthrose entstehen. Unter Arthrose versteht man die Abnützung des Gelenkknorpels bis hin zum kompletten Knorpelverlust. Durch den Versuch des Knochens, sich der veränderten Gelenksituation anzupassen, kommt es im Verlauf der Arthrose-Entstehung häufig zu Knochenanbauten («Überbein»), sogenannten Osteophyten. Diese Osteophyten sowie der Knorpelverlust führen zu einer zunehmenden Reduktion der Beweglichkeit im Gelenk mit zuletzt einer Versteifung des Gelenkes.

Dieser Prozess wird meistens von wechselhaften, belastungsabhängigen und entzündlichen Reaktionen im Gelenk mit Schwellungen und Schmerzen begleitet. Die Ursachen für eine Arthrose am OSG sind vielfältig. Am häufigsten (ca. 80%) ist die posttraumatische Arthrose, eine Arthrose infolge von Verletzungen (z.B. Knöchelbrüche, Bandverletzungen). Andere Ursachen sind z.B. Stoffwechselerkrankungen oder rheumatische Erkrankungen. Die Fussstellung und Beinachse können zudem zu Überbelastungen in gewissen Gelenkabschnitten führen und so eine Arthrose hervorrufen oder beschleunigen.

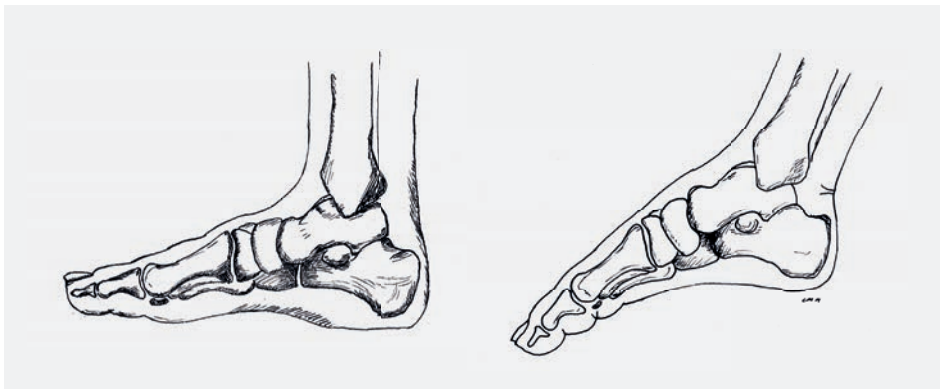


Abb. 1: Oberes Sprunggelenk und seine Beweglichkeit

SYMPTOME

Die meisten Patienten klagen über Schmerzen und Schwellungen spangenförmig um das Sprunggelenk resp. in der Tiefe zwischen dem Innen- und Aussenknöchel. Typischerweise handelt es sich um Anlaufschmerzen und Schmerzen die sich bei/nach Belastung verstärken. Gelegentlich können auch Ruheschmerzen auftreten. Die Bewegungseinschränkung ist für die meisten Patienten anfänglich nicht spürbar, da sie sich langsam entwickelt. Gelegentlich bekunden Patienten mehr Schwierigkeiten bei Bergauf- oder Bergabgehen oder es fällt ihnen auf, dass sie den Fuss leicht nach aussen halten um besser abrollen zu können.

UNTERSUCHUNG

Bei der Untersuchung findet sich oft ein geschwollenes Gelenk mit spürbaren Verdickungen des Knochens und manchmal auch Rötungen. Die Bewegung ist schmerzhaft und eingeschränkt. Das normale Abrollen des Fusses ist oft nicht mehr möglich.

Auf den Röntgenaufnahmen sieht man das Ausmass der Arthrose (Gelenkspaltverschmälerung) und der knöchernen Anbauten (Abb. 2).



Abb. 2. Zeichnung und Röntgenbild mit Arthrose im OSG

BEHANDLUNG

A) Nicht operativ

Eine Arthrose ist nichts Gefährliches und die Behandlung richtet sich nach den Beschwerden der Patienten und nicht nach dem Röntgenbild. Konservative Behandlungen können je nach Ausmass der Beschwerden versucht werden. Mit Kühlen, Hochlagern und entzündungshemmenden Schmerzmitteln können die Schwellung und Schmerzen reduziert werden. Unterstützend kann auch eine leicht stabilisierende OSG-Bandage (Malleotrain oder Ähnliches) getragen werden, insbesondere bei Belastung. Mit physiotherapeutischen Massnahmen können begleitende Muskelschmerzen behandelt werden, die Muskulatur kann gestärkt werden und die Mobilität und das Gleichgewicht können verbessert werden, um das Gelenk zu schonen. Gelegentlich kann in äusserst schmerzhaften Situationen eine Infiltration des Gelenkes mit Cortison-Präparaten sinnvoll sein.

B) Operativ

Wenn die Arthrose schon fortgeschritten ist oder konservative Behandlungen erfolglos waren, ist die Operation eine sinnvolle Behandlung. Dabei gibt es verschiedene Möglichkeiten:

1. Umstellungs-Osteotomie: Falls die Abnützung aufgrund einer veränderten Beinachse nur in einem Teil des Gelenkes besteht und diese noch nicht zu weit fortgeschritten ist, kann die Beinachse korrigiert werden. So wird die Belastung im Sprunggelenk von der abgenützten Seite auf die noch gesunde Seite verlagert. Diese Umstellung wird in der Regel direkt oberhalb des Innen- oder Aussenknöchels durchgeführt, gelegentlich auch an der Ferse. Dabei wird am Schienbein innen oder aussen ein Keil entfernt und zugeklappt oder der Knochen keilförmig aufgeklappt. In der Regel muss dabei auch das Wadenbein «gebrochen» werden, damit die Umstellung möglich ist. Anschliessend wird der Knochen mit einer Platte und Schrauben wieder fixiert. Nach der Operation muss wie nach einem Bruch das Bein ruhiggestellt werden in einem Vacoped. Es gilt 15-kg-Teilbelastung einzuhalten in den ersten 6 Wochen.

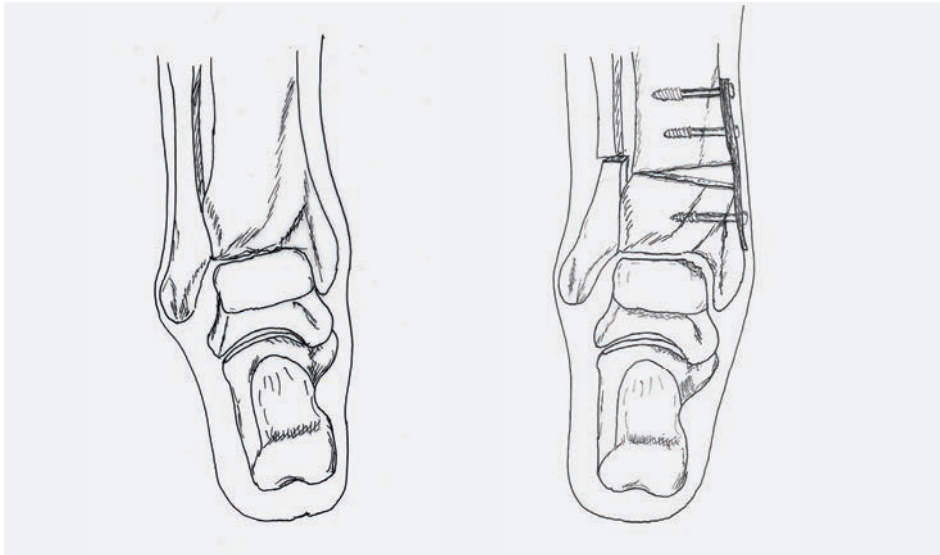


Abb. 3: Veränderung der Belastung auf das OSG durch eine Umstellungs-Osteotomie

2. Arthroskopie mit Debridement und Osteophytenabtragung: Eine Arthroskopie mit Debridement («Herausputzen») kann in Betracht gezogen werden, wenn nur wenig Schmerzen bestehen und diese eher von einklemmendem Charakter sind. Die Abtragung von Osteophyten kann Sinn machen, wenn diese ausgeprägt sind und die Bewegung einschränken. Beide Eingriffe können das Fortschreiten der Arthrose nicht verhindern, im besten Fall aber die Beschwerden deutlich reduzieren, zumindest über eine gewisse Zeit.

3. Arthrodese oder Prothese: Bei einer fortgeschrittenen Arthrose mit entsprechenden Schmerzen und erfolglosen konservativen Massnahmen bleiben diese zwei Möglichkeiten, um die Arthrose endgültig zu beseitigen.

A) Arthrodese (Versteifung des Gelenks): Lange galt die Arthrodese am OSG als Standard-Behandlung. Im Gegensatz zu anderen Gelenken wurde der Gelenkersatz (Prothese) erst spät entwickelt. Grund dafür waren einerseits die anfänglichen Schwierigkeiten mit den künstlichen Gelenken, andererseits ist ein steifes oberes Sprunggelenk funktionell gut, im Gegensatz zu einem steifen Knie oder einer steifen Hüfte. Da es am Fuss noch viele andere Gelenke gibt, welche die verlorene Bewegung eines versteiften oberen Sprunggelenks kompensieren, ist diese Versteifung zwar spürbar, beeinflusst das Gehen und alltägliche Belastungen jedoch wenig. Durch die vermehrte Belastung der anderen Gelenke am Fuss, kann es im Verlauf zu einer Abnützung und Arthrose weiterer Gelenke kommen. In der Regel dauert dies allerdings mindestens 10-20 Jahre. Die Arthrodese ist auch in der heutigen Zeit eine erfolgreiche Behandlung mit guten funktionellen Ergebnissen, insbesondere für Leute, die ihr Sprunggelenk stark beanspruchen und keine weiteren Arthrosen an den Füßen aufweisen. Die Versteifung des Gelenkes erfolgt mit einigen Schrauben, gelegentlich zusätzlich mit einer Platte. Nach der Operation muss das Sprunggelenk in einem Gips über 6-8 Wochen ruhiggestellt werden und darf nicht belastet werden. Das grösste Operationsrisiko ist das fehlende Zusammenwachsen der Knochen, gelegentlich muss die Operation dann wiederholt werden.

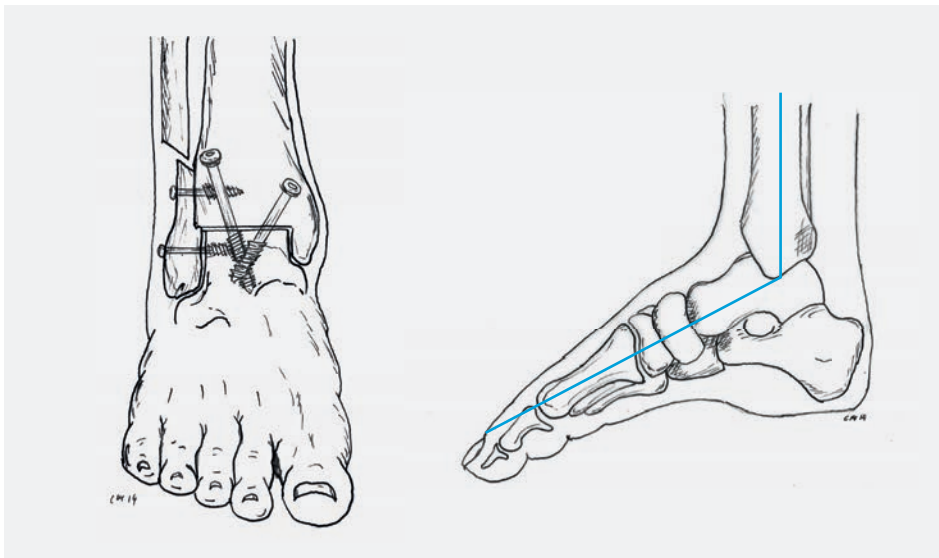


Abb. 4: Arthrodese (Versteifung) des OSG und Beweglichkeit danach

B) OSG-Prothese: Seit Ende des 19. Jahrhunderts gibt es nach anfänglichen Misserfolgen inzwischen gut funktionierende Prothesen für das obere Sprunggelenk. Auch mit einer Prothese kann in der Regel die Beweglichkeit nur minim verbessert werden. Diese Restbeweglichkeit schont jedoch die anderen Fussgelenke. Dies macht die Prothese zu einer guten Option insbesondere bei Patienten mit Arthrosen an anderen Fussgelenken oder bereits versteiften anderen Fussgelenken. Nach der Operation erfolgt eine Ruhigstellung in einem Gips über 6 Wochen mit reduzierter Belastung. Die Operationsrisiken bestehen insbesondere in Wundheilungsstörungen und Infektionen. Ca. $\frac{1}{4}$ der Patienten hat nach Prothesenimplantation noch Beschwerden. Im Langzeitverlauf können Prothesen lockern oder wieder abgenutzt werden. Je nach Literatur sind die 5-Jahres-Überlebensraten der Prothesen um 90% und die 10-Jahres-Überlebensraten um 75-80%.

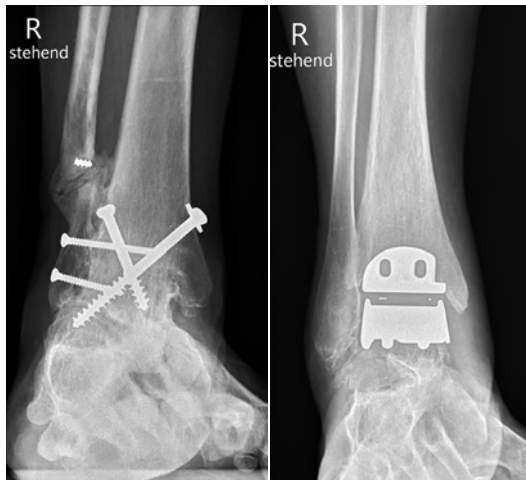


Abb. 5: Röntgenbild nach Arthrodese (10 Jahre, links) und Prothese (rechts) des OSG

Es gibt nach wie vor nur wenige Studien, welche die Arthrodese und Prothese vergleichen. Nach heutigem Stand sind die mittel- bis langfristigen Resultate vergleichbar. Es ist wichtig, im Gespräch für jeden Patienten individuell abzuwägen, ob eine Arthrodese oder eine Prothese besser geeignet ist.

RISIKEN UND KOMPLIKATIONEN

Komplikationen und Risiken können während oder nach der Operation auftreten und den Heilungsverlauf verzögern oder eine weitere Operation notwendig machen. Sie sind bei Operationen nie ganz auszuschliessen, auch wenn sie bei Fusseingriffen selten sind. Zusammengefasst sind dies:

- Wundheilungsstörungen
- Infektionen
- Gefässverletzungen, Nachblutung, Bluterguss, Blutverlust
- Verletzung von Nerven
- Pseudarthrose (fehlende Knochenheilung)
- Störendes Osteosynthesematerial (Schrauben, Platten)
- Thrombose, Embolie
- Restbeschwerden
- Lockerung der Prothese

NACHBEHANDLUNG

Die Operation ist nur ein Teil der ganzen Behandlung. Wesentlich zum Gelingen trägt die Nachbehandlung bei. Es ist wichtig, dass Sie wissen, was Sie beachten und eventuell vermeiden sollten.

Verband und Wundpflege

Während der Zeit im Spital wird Ihnen gezeigt, wie die Wunde zu pflegen ist. Solange die Wunde noch nicht ganz trocken ist (Wundsekret/Blut) sollte der Verband täglich gewechselt werden. Verwenden Sie keine Salben oder Puder direkt auf der Wundfläche, solange die Fäden noch nicht entfernt wurden! Eine Desinfektion ist nicht notwendig. Entfernen Sie immer den ganzen Verband beim Wechsel. Der neue Verband muss trocken sein und darf nicht verrutschen.

Wenn die Wunde trocken ist, ist ein normales Pflaster (Schnellverband) ausreichend. Eine elastische Binde kann das operierte Areal etwas schützen und polstern. Die noch vorhandene Schwellung wird dadurch auch reduziert.

Wenn Sie nicht sicher sind, ob alles normal ist, können Sie sich an Ihren Hausarzt oder direkt an uns wenden.

Die Fäden können ca. 2 Wochen nach der Operation entfernt werden, in der Regel geschieht dies durch den Hausarzt.

Wenn Sie einen Gips erhalten, bleibt dieser 6 Wochen und es müssen keine Verbandswechsel durchgeführt werden. Auch die Fadenentfernung entfällt, resp. diese erfolgt dann bei der 6-Wochen-Kontrolle nach Gipsentfernung. Falls der Gips nicht mehr richtig sitzt, sollten Sie sich melden, damit ein neuer Gips angepasst werden kann.

Schwellung und Schmerzen

Nach einer Operation ist der betroffene Fuss stets mehr oder weniger geschwollen. Diese Schwellung kann über Wochen (bis zu 6 Monaten) immer wieder auftreten. Die wirkungsvollste Massnahme ist das Hochlagern des Beines. Es ist sinnvoll, sich mehrmals am Tag zu bewegen (Gehen, weniger Stehen) aber nur für kurze Zeit. Wenn der Fuss spannt und zu schmerzen beginnt, ist dies ein Zeichen, das Bein wieder hoch zu lagern.

Schmerzen im operierten Fuss können aber trotz dieser Massnahmen in den ersten Tagen und Wochen nach der Operation auftreten. Dagegen können Sie die von uns mitgegebenen Schmerzmittel einnehmen.

Belastung

Die erlaubte Belastung des Fusses richtet sich nach der durchgeführten Operation. Zum Schutz und zur Vereinfachung der Mobilität haben Sie einen speziellen Schuh erhalten (Abb. 6) oder einen Gips. Je nach Operation wurde darin eine Teilbelastung empfohlen oder eine Vollbelastung erlaubt. In den ersten 2 Wochen ist in der Regel trotzdem eine Teilbelastung bis zur Wundheilung empfohlen.



Abb. 6: Spezialschuh (Vacoped)

Teilbelastung

Der Fuss darf mit etwa 25 kg belastet werden. Dies entspricht in etwa dem Gewicht des Beines und heisst, dass Sie immer die Stöcke benutzen müssen. Um dies korrekt umsetzen zu können, werden Sie von unseren Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten instruiert. Es ist wichtig, dass Sie mit den Stöcken auch einige Schritte auf der Treppe selbständig gehen können.

Vollbelastung

Sobald es die Schmerzen zulassen, können Sie den Fuss voll belasten. Es ist mindestens zu Beginn sinnvoll die Gehstöcke zur Gangsicherheit zu benutzen.

Körperpflege

Solange die Fäden noch in der Wunde sind, d.h. in der Regel in den ersten 2 Wochen, sollte der operierte Fuss mit einem Plastiksack geschützt werden. Am einfachsten wird der Plastiksack über den Spezialschuh gezogen. Sobald die Hautfäden entfernt sind, können Sie ohne weitere Vorsichtsmassnahmen duschen und baden. Falls Sie einen Gips erhalten haben, sollten Sie diesen mit einem Plastiksack vor Wasser schützen.

Thromboseprophylaxe

Die Thromboseprophylaxe beginnt schon während des Spitalaufenthalts. Je nach Operation muss diese Prophylaxe weitergeführt werden. In den meisten Fällen kommen bei uns Clexane 40-mg-Fertigspritzen zur Anwendung. Sie werden einmal täglich vom Patienten selbst verabreicht. Sie werden während Ihres Aufenthaltes von unserem Pflegepersonal instruiert werden.

Wie lange die Spritzen verabreicht werden müssen, hängt von der Operation und den individuellen Risiken ab und ist bis zur Vollbelastung resp. bis zum stockfreien Gehen nötig. Dies kann bis zu 6-8 Wochen dauern.

Arbeitsfähigkeit

Nach einer Operation ist eine Ruhephase wichtig. In den ersten 2 Wochen sollten Sie sich schonen und nicht arbeiten. Wie lange Sie vollständig arbeitsunfähig sein werden, hängt zum einen von der Art der Operation und zum anderen von Ihrem Belastungsprofil ab. Es ist meistens auch möglich, zusammen mit dem Arbeitgeber vorübergehend eine weniger belastende Arbeit zu finden. So ist eine frühe Wiederaufnahme der Arbeit möglich.

Das Arbeitsunfähigkeitszeugnis, welches Sie von uns erhalten, ist eine vorläufige Einschätzung. Sollten Sie nach Ablauf dieser Zeit noch nicht in der Lage sein, die Arbeit wieder aufzunehmen, kann das Zeugnis entsprechend verlängert werden. Sollte dies der Fall sein, melden Sie sich bei Ihrem Hausarzt oder bei uns.

Wenn Sie sich vor Ablauf dieser Zeit bereits wieder voll arbeitsfähig fühlen, können Sie die Arbeit auch vorher schon wieder aufnehmen.

Autofahren, Transport

Ab wann Sie wieder Auto fahren können, hängt von der Art der Operation ab. Solange der Fuss nicht voll belastet werden darf (resp. Sie Gehstöcke benutzen), müssen Sie auf das Autofahren verzichten. Wie weit danach die Fahrtüchtigkeit wieder gegeben ist, liegt im eigenen Ermessen. Wir empfehlen im Zweifelsfalle oder bei Unsicherheit das Auto noch stehen zu lassen.

Nachkontrollen

Sechs Wochen nach der Operation wird eine Kontrolle (je nach durchgeführter Operation mit Röntgen) bei Ihrem Operateur erfolgen. Danach wird das weitere Vorgehen festgelegt. In der Regel können danach wieder eigene Schuhe getragen werden.

Etwa drei Monate nach der Operation können die meisten Aktivitäten wieder aufgenommen werden. Sportliche Aktivitäten sollten langsam gesteigert werden, um nicht eine Überlastung nach der Sportpause zu provozieren.

KONTAKT

LEONARDO
Hirslanden Klinik Birshof
Reinacherstrasse 28
CH-4142 Münchenstein

T +41 61 335 24 24

fuss@leonardo-ortho.ch
www.leonardo-ortho.ch



DR. MED. CLAUDE MÜLLER

FMH für Orthopädie, Chirurgie und Traumatologie
cmueller@leonardo-ortho.ch



DR. MED. RAHEL SCHMID

FMH für Orthopädie, Chirurgie und Traumatologie
rschmid@leonardo-ortho.ch



DR. BRITTA BROEDE

FMH für Orthopädie, Chirurgie und Traumatologie
bbroede@leonardo-ortho.ch