



Download: www.universimed.com/_article_/8103

Autor: Dr. Axel Krämer

17.12.2003

Prothese oder Arthrodese bei schwerer Sprunggelenksarthrose?

Das war die zentrale Frage bei der Sitzung der Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Unfallchirurgie, die gemeinsam mit der Österreichischen Gesellschaft für Orthopädie abgehalten wurde. Es entwickelte sich eine fruchtbare, fächerverbindende Diskussion über die Golden-Standard-Behandlung von schweren Sprunggelenksarthrosen. Sowohl die Arthrodese als auch die Sprunggelenksprothese fand ihre Anhänger.

Die Beschwerden sind typisch, die den gequälten Patienten zum Unfallchirurgen oder Orthopäden führen: nicht beherrschbare Schmerzen im Sprunggelenk, eine deutliche Schwellung, eine massive Bewegungseinschränkung, eventuell rezidivierende Gelenkblockaden, Deformierungen oder eine Bandlaxizität. Die Diagnose schwerer Sprunggelenksarthrose ist für den geübten Kliniker rasch gestellt, doch **Dr. Peicha, Graz**, verwies auf die Notwendigkeit der bildgebenden Diagnostik. Neben einem Belastungsrontgen des Sprunggelenkes bringt auch eine Mortise-view-Aufnahme (20–30° Innenrotation) zusätzliche Informationen über subchondrale Sklerosierung, Verschmälerung des Gelenkspaltes, Subluxation des Talus, Osteophyten oder Knochenverluste. Eine Computertomographie sollte einen Tumor oder einen Infekt ausschließen. Die Magnetresonanztomographie zeigt Weichteilpathologien, Bone-Bruise-Areale oder avaskuläre Nekrosen.

80% der Arthrosen posttraumatisch

Überraschend waren die Zahlen von **Dr. Victor Valderrabano, Orthopädische Universitätsklinik Basel**. Weniger, dass die Inzidenz der Sprunggelenksarthrosen deutlich im Zunehmen ist, sondern mehr die Tatsache, dass 80% der Arthrosen posttraumatisch entstehen, der Rest verteilt sich auf primäre oder systemische Arthrosen.

Die Indikationen für die Arthrodese sind eine primäre oder sekundäre Arthrose des oberen Sprunggelenkes, die rheumatoide Arthritis, wie **Prof. Axel Wanivenhaus, Wien**, betonte, eine Talusnekrose von mehr als 50% und eine septische oder hämophile Arthritis. Kontraindikationen sind vaskuläre Vorschäden oder schwere akute lokale Infektionen.

Auf die Einstellung kommt es an

Doz. Ernst Orthner, Wels, wies auf die Wichtigkeit der richtigen Einstellung der Arthrodesen hin: neutrale Stellung des oberen Sprunggelenkes bis maximal 5° Plantarflexion, 0–5° Rückfußvalgus (möglichst kein Varus) und 5–10° Außenrotation. Aber auch bei exakter Ausrichtung ist eine Anschlussarthrose der angrenzenden Gelenke innerhalb von 10 Jahren nach Arthrodesen nicht zu verhindern.

Bei der Schraubenarthrodesen des oberen Sprunggelenkes wird beim offenen Verfahren ein ventraler Zugang gewählt und dabei der verbleibende Gelenksknorpel entfernt. Nach der beschriebenen exakten Einstellung wird das Gelenk je nach Autor mit 2–4 Schrauben (6,5–7,2mm Spongiosaschrauben) versteift. Die Komplikationen der offenen Arthrodesen blieben nicht unerwähnt: eine Pseudarthrosenrate von bis zu 35%, Wundheilungsstörungen mit hoher Infektionsrate, Fehlverheilungen und Weichteilprobleme.

Arthrodesen offen oder arthroskopisch

Prim. Helmut Breitfuß, Kufstein, beschrieb daher eine minimal-invasive, arthroskopische Arthrodesen-Technik. Der Vorteil ist eine sparsame Resektion mit geringem Verlust an Rückfußhöhe, ein weichteilschonender Zugang mit geringeren postoperativen Schmerzen. Eine Achsenkorrektur von mehr als 5° ist allerdings mit der arthroskopischen Technik nicht möglich.

Die Schraubenarthrodesen sind primär übungs- und teilbelastungsstabil. Die frühfunktionelle Nachbehandlung erfolgt mit orthopädischen Schuhen, die ein Abrollen im Chopart'schen Gelenk ermöglichen. Große Schwankungen gibt es bei der Angabe des Zeitraumes, nach dem eine komplette knöchernen Fusion erreicht ist: 6–14 Wochen.

Bis zu 88% zufrieden mit Arthrodesen

Die Arthrodesen-Nachuntersuchungen in der Literatur zeigen eine Pseudarthrosenrate von bis zu 40%, bei einer 100%igen Arthrodesen der Nachbargelenke. Aber bis zu 88% der Patienten sind zufrieden, und Coester L. M. beschreibt die Arthrodesen im JBJS 2001 als „ausgezeichnete Methode zur raschen Schmerzlinderung“. Die Frage nach der geeigneten Arthrodesen-Behandlung – Prothese oder Arthrodesen – ließ sich aber auch nach insgesamt 22 Vorträgen und reger Diskussion nicht eindeutig beantworten, doch scheint rein subjektiv eine langsame Trendwende in Richtung Gelenkersatz erkennbar zu sein.

Ermutigende Ergebnisse von OSG-Prothesen

Die kurz- und mittelfristigen Ergebnisse der Sprunggelenksprothesen sind ermutigend. Doch das Anforderungsprofil für eine Sprunggelenksprothese ist laut Orthner sehr hoch und wird bislang nur teilweise erfüllt: Es sollte ein einfaches Instrumentarium für eine standardisierte Implantation vorliegen. Die Knochenresektion muss möglichst sparsam erfolgen, damit ein Rückzug auf eine Arthrodesen erfolgen kann.

Ein normaler Bewegungsumfang (zumindest aber in S 15–0–25) ist das Operationsziel. Das Implantieren einer OSG-Prothese ist aber nur ein Teil der Operation. Oft sind Zusatzeingriffe wie Achillessehnenverlängerungen, Knöchelosteotomien, Bandplastiken oder USG-Arthrodesen nötig. „Dies macht die Implantation einer Sprunggelenksprothese zu einem technisch schwierigen Eingriff.“ Dies ist für **Dr. Ralph Christ, Bad**

Oeyenhausen, aber schon der einzige Nachteil der Sprunggelenksprothesen. Denn der Kongress der Deutschen Assoziation für Fußchirurgie (DAF) hat sich bei der Diskussion Arthroplastik versus Arthrodeese (bei RA) zu einem Konsens der Experten durchgerungen: „Bei identischer Indikation (LDE \geq III) ist der Ersatz des OSG mit einer Arthroplastik das OP-Verfahren der ersten Wahl.“

Autor:

Dr. Axel Krämer

Quelle des Artikels *Prothese oder Arthrodeese bei schwerer Sprunggelenksarthrose?*:

39. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Unfallchirurgie
Salzburg, 9.–11. Oktober 2003

or060347