

B. Fink

Abteilung für Endoprothetik, Allgemeine- und Rheumaorthopädie,
Orthopädische Klinik Markgröningen GmbH (OKM)

Osteotomien bei Endoprothesen

Bei der Implantation von Endoprothesen ist es gelegentlich notwendig, gleichzeitig Osteotomien am gelenknahen Knochen vorzunehmen. Dies sind zwar eher seltenere Indikationen, sollten aber zum Repertoire des Operateurs gehören. Die gängigsten Indikationen und Operationsverfahren werden in diesem Sonderheft dargestellt.

Erstens sind Tuberositasosteotomien indiziert, wenn hierdurch die Darstellung des Gelenks mit Risikominimierung eines Patellasehnenabrisses besser gelingt, z. B. bei ausgeprägten Valgusgonarthrosen, die über einen lateralen Zugang angegangen werden.

Bei ausgeprägten Valgusgonarthrosen stellt die Verschiebeosteotomie des lateralen Femurkondylus eine Option dar, das Weichteilbalancing für ungekoppelte Oberflächenersatzprothesen zu erzielen.

Als weitere Osteotomie im Bereich des Kniegelenks kommt die gleichzeitige extraartikuläre kniegelenknahe Korrekturosteotomie in Frage, wenn ausgeprägte extraartikuläre Achsabweichungen von mehr als 10° vorliegen. Sie können intraartikulär bei der Implantation der Knieendoprothese nicht vollständig ausgeglichen werden. Hierbei bedarf es einer Überbrückung der Osteotomie durch Prothesenstiele, weshalb in der Regel „semiconstrained“ oder manchmal sogar „constrained“ Knieprothesentypen verwendet werden müssen. Zur Rotationssicherung sind nicht selten additive Osteosyntheseplatten notwendig. Insgesamt sind die Operationstechniken bei derartigen Osteotomien von dem Ort, dem Schweregrad und der Richtung der Achsabweichung abhängig, weshalb sich hieraus individuelle Operationstechniken

ergeben. Daher wird in diesem Heft hierfür kein allgemeingültiges Operationsverfahren dargestellt.

» Die extraartikuläre Osteotomie am Kniegelenk erfordert individuelle Operationstechniken

Als Beispiel für Osteotomien am Hüftgelenk wird in diesem Heft die Verkürzungsosteotomie des Femur bei der Implantation von Hüftendoprothesen bei hohen Hüftluxationen (Crown-Typ 4) dargestellt. Sie ist ein wichtiger Bestandteil der Behandlung, um neurologische Defizite bei der Wiedereinstellung des Hüftgelenks im originären Drehzentrum zu vermeiden.

Insgesamt sind die dargestellten Operationsverfahren technisch anspruchsvoll und sollten dem in der Endoprothetik erfahrenen Operateur vorbehalten bleiben.



B. Fink

Korrespondenzadresse



Prof. Dr. B. Fink
Abteilung für Endoprothetik,
Allgemeine- und Rheumaorthopädie, Orthopädische Klinik
Markgröningen GmbH (OKM)
Kurt-Lindemann-Weg 10,
71706 Markgröningen
b.fink@okm.de