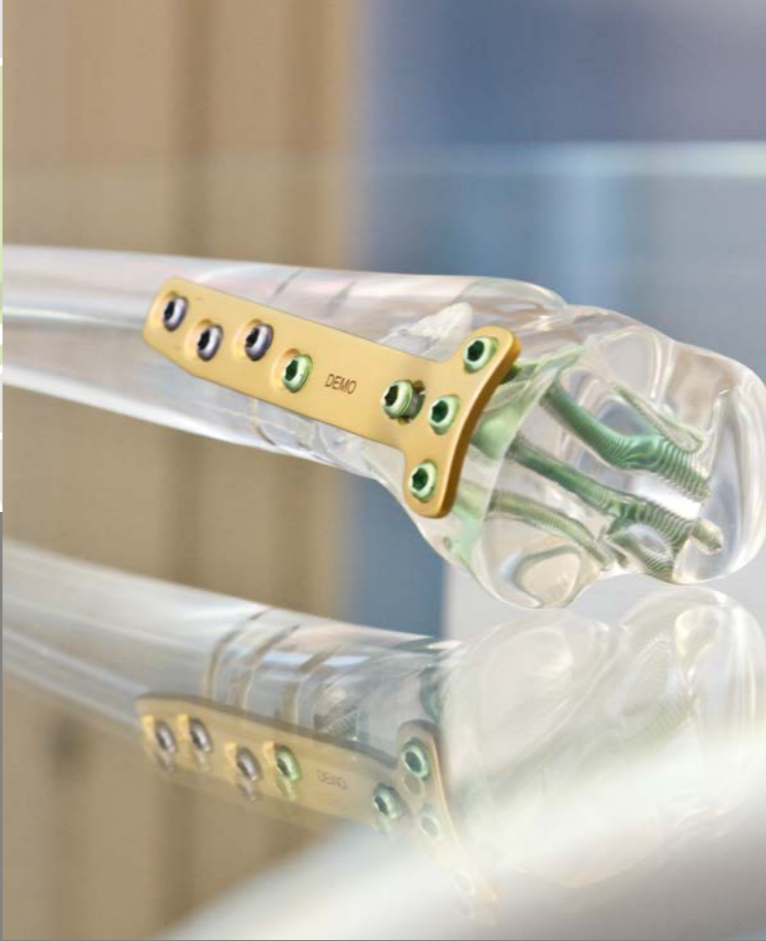
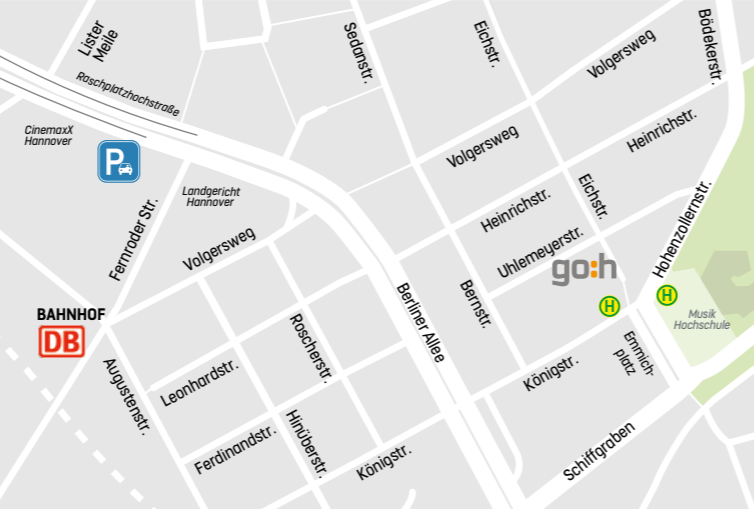


GELENKE : UNSERE KOMPETENZ

Osteotomie am Kniegelenk



Bus ab Hauptbahnhof: 121 (Richtung Haltenhoffstraße), 128 oder 134 (Richtung Peiner Straße)
Bus ab Kröpcke/Theaterstraße: 200 (Richtung August-Holweg-Platz)
Jeweils an der Haltestelle „Emmichplatz“ aussteigen
Anreise mit dem Auto: Wir empfehlen das **Parkhaus** unter der **Raschplatzhochstraße**. Von hier gelangen Sie zu Fuß durch den Ausgang „Volgersweg/Justizbehörden“ nach links (in die Unterführung) innerhalb weniger Minuten zu uns.

go:h Gelenkchirurgie
Orthopädie Hannover
Uhlemeyerstraße 16
30175 Hannover
Tel. +49 (0)511 700525-0
info@g-o-hannover.de

Die Historie

Der Ausdruck Osteotomie kommt aus dem Griechischen und bedeutet „Knochenschnitt“. Osteotomien werden nicht nur am Kniegelenk, sondern auch an anderen Stellen des Körpers vorgenommen, z. B. am Kiefer oder an der Hüfte. Ziel einer Osteotomie ist es, Fehlstellungen des Knochens zu korrigieren. Am Kniegelenk werden Osteotomien vor allem eingesetzt, um die Belastung des Gelenks zu normalisieren und Schmerzen und Verschleiß durch einseitige Überlastung zu vermeiden.

Wer ist betroffen?

Die Osteotomie am Kniegelenk wird vor allem bei Menschen mit **Beinachsenfehlstellungen**, also X- oder O-Beinen, angewendet. Diese Patienten entwickeln in der Regel eine einseitige **Arthrose im Kniegelenk**. Diese ist durch die Überlastung bedingt, die beim Verbiegen der langen Röhrenknochen entsteht.



Bei innenseitiger Arthrose erfolgt eine leichte Überkorrektur

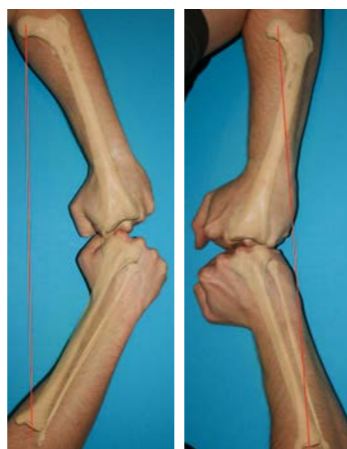
Es können zusätzlich auch Schäden am Meniskus und am Knorpel vorliegen. Mit der Korrektur der ungeraden Beinachse wird den Patienten geholfen, weitere Gelenkschäden durch Fehlbelastung zu vermeiden.

Für wen kommt der Eingriff in Frage?

Für Patienten mit einer Achsenverbiegung an Ober- oder Unterschenkel und Belastungsschmerzen im Kniegelenk. Osteotomien werden meist in der Altersgruppe von 16 bis 70 Jahren durchgeführt, wobei das absolute Alter nicht entscheidend ist. Das Verfahren kann auch bei fortgeschrittener Arthrose angewendet werden. Übergewicht und Osteoporose sind keine Ausschlusskriterien!



Das rechte Bein des Patienten ist bereits durch eine Osteotomie korrigiert; das linke Bein weist noch eine Achsenfehlstellung auf (O-Bein). Die Überlastung durch die Fehlstellung verursacht Beschwerden.



Simulation der Druckverteilung bei O- und X-Bein am linken Knie

Warum wird keine Teil- oder Voll-Knie-TEP implantiert?

Ein Erhalt des Kniegelenks ist prinzipiell einem Ersatz oder Teilersatz vorzuziehen, da die natürliche Funktion des Kniegelenks bewahrt werden kann und die Risiken des Eingriffs am geringsten sind. Da im Gelenk selbst keine Veränderung vorgenommen wird und kein



Fremdmaterial implantiert werden muss, bleiben alle Voraussetzungen für die Zukunft erhalten.

links: Röntgenaufnahme Tibia-Osteotomie
rechts: Röntgenaufnahme Doppelosteotomie

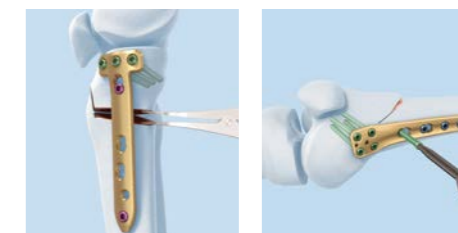
Wie läuft die Operation ab?

Zunächst erfolgt eine genaue Diagnostik mit klinischer Untersuchung und Röntgenanalyse. Mit dem von uns entwickelten Computerprogramm können Art und Ausmaß der Fehlstellung analysiert werden. Anhand der Messungen kann dann die optimale Korrektur definiert werden. Das Ergebnis wird am Bildschirm simuliert, die Knochnschnitte werden exakt vorgeplant. Wir verwenden öffnende und schließende Osteotomien, wobei je nach Diagnose ein Einschnitt in den Oberschenkel- oder Schienbeinknochen gemacht wird, ohne den Knochen komplett zu durchtrennen.



Planung der Osteotomie mit speziellem Computerprogramm

Nun wird entweder ein Keil entnommen (schließende Osteotomie) oder der Spalt wird schrittweise vorsichtig aufgebogen (öffnende Osteotomie), bis die gewünschte Korrektur erreicht ist. Dann wird eine der speziell von uns entwickelten Platten (Tomofix-Implantate) mittels Schrauben fixiert. Der Eingriff ist nicht belastend und benötigt nur einen kleinen Hautschnitt.



Der aufgespreizte Knochenschnitt wird mit einer Tomofix-Platte fixiert

Was passiert nach der Operation?

Die Patienten können am ersten Tag nach dem Eingriff aufstehen. Nach ein bis zwei Tagen ist meist ein schmerzfreies Gehen an Stützen möglich. Die Vollbelastung ohne Gehstützen kann häufig bereits nach 4 bis 6 Wochen erreicht werden. Stärkere körperliche Aktivitäten und beinbelastende Sportarten sind im Allgemeinen nach 6 Monaten möglich.

Eine Nachuntersuchung von 533 Patienten, die mit dem Tomofix-Verfahren operiert wurden, zeigte nach 3 bis 5 Jahren sehr günstige Funktionsergebnisse (besser als mit Teilprothese oder Vollprothese). Eine Zusammenfassung der weltweit publizierten Ergebnisse ergibt, dass 84% der Patienten mind. 8–12 Jahre von dem Eingriff profitieren und keine weitere Operation benötigen.



Hautschnitt nach der Osteotomie am Unterschenkel