

Diagnosen:

- **unikompartimentelle Gonarthrose bei femoraler Valgusfehlstellung**
- **Rotationsfehlstellung des distalen Femurs**

OP-Verfahren: **supracondyläre Umstellungsosteotomie**
(lateral aufklappende oder medial zuklappende varisierende Osteotomie)

Drainagen: eventuell subkutane Drainage, Entfernung am 2. postoperativen Tag

Postoperatives Wundmanagement: erster VW am 1. postoperativen Tag mit Entfernen der einliegenden Redon-drainagen, anschließend täglicher Verbandswechsel

Thromboseprophylaxe: 1 x tgl. NMH s.c. bis zur Vollmobilisation (mindestens 6 Wochen)

Antibiotikagabe: Single shot (z.B. Cefuroxim 1,5g i.v.)

Analgesie: schonende Lagerung, lokale Kühlung, analgetische Medikation

Laborkontrolle: bei Entlassung: kleines Blutbild und CRP

Röntgenkontrolle: postoperatives Röntgen nach Entfernen der Redondrainagen und Erstmobilisation, erneute RöKo 6 Wochen postoperativ, um die Implantatlage zu beurteilen und die Belastungssteigerung anzupassen. Weitere Röntgenkontrolle nach 3 Monaten, um die knöcherne Durchbauung zu beurteilen

Lagerungshinweise: keine Restriktion, jedoch keine Pölster oder Schienen unterlegen, die die volle Streckung beeinträchtigen

Entlassung: am 3.-5. postop. Tag

Postoperative Orthesen/Bewegungslimitierung:

keine

Belastungsvorgaben:

Woche 1-3: abrollende Teilbelastung

Woche 4-6: Teilbelastung 50%

ab Woche 7 Übergang zur Vollbelastung

Bewegungstherapie/ Physikalische Therapie

Kryotherapie, manuelle Lymphdrainage, Kompressionsbandagierung nur bei vermehrter Schwellneigung, EMS* für den M.quadriceps

Unterwassertherapie sobald die Wunden abgeheilt sind

Dies ist eine Rahmenplanung der Behandlung, die den individuellen Gegebenheiten der Patientin/ des Patienten angepasst wird.

Woche 1-6: Strecken und Beugen soweit schmerzadaptiert möglich.

Zur Verbesserung der Beweglichkeit: Weichteilbehandlung der angrenzenden Muskulatur (M. psoas, iliacus, quadriceps, Adduktoren. Tractus iliotibialis nach Umstellungsosteotomie häufig reflektorisch hyperten)

Kräftigung des M. popliteus als Kapselspanner

Innenbandstabilisation über Kräftigung der Adduktoren und M. semimembranosus

Einüben der Ko-Kontraktion (ischiokrurale Muskulatur + M. quadriceps femoris bei 20° Flexion im Kniegelenk)

Beinachsentraining (Wall Slides, oder Wischübungen im Sitzen)

Friktionmassage: Ligg. meniskofemorale, meniskotibiale, Rec. suprapatellaris, Lig patellae

Faszienbehandlung

Ab Woche 7-9: Übergang zur Vollbelastung nach radiologischer und klinischer Kontrolle, Beginn Lauftraining auf ebenem Grund, Optimierung der die Sensomotorik betreffenden Funktionen (koordinativ fordernde Übungen auf verschiedenen instabilen Unterstützungsflächen),

Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit, Mobilisierung der Weichteile, Verbesserung des Dorsalgleitens des Femur, Optimierung der Rumpf-, Becken- und Kniestabilität, Optimierung eines koordinierten Bewegungsablaufes in der Fortbewegung entlang der kinetischen Kette, Verbesserung der Gleitfähigkeit neuronaler Strukturen, Entspannungstechniken (Hold-Relax, Contract-Relax zur Antagonistenhemmung, Rhythmische Stabilisation) eventuell Dehnen der verkürzten Strukturen (für mindestens 1 Minute halten)

Sportfähigkeit:

Ab 6 Monate post OP. Vermieden werden sollten Kontaktsportarten und Sportarten, die mit Stößen und Verdrehungen auf das Gelenk einwirken (Kampfsportarten, Rugby, Fußball, Basketball, Handball, Volleyball oder Hockey)

Komplikationen/CAVE:

Kein Kissen unter das Kniegelenk legen, dieses kann im weiteren Verlauf zu einem Streckdefizit führen

Keine Rotationskräfte unter Belastung (Umdrehen/Richtungswechsel mit abgestelltem Fuß), kein Hinknien

Beim Hinsetzen und Aufstehen das operierte Bein nach vorne stellen, um unkontrollierte Belastung und forcierte Bewegungen zu vermeiden

*) EMS - Elektromyostimulation