

Mögliche Komplikationen

Neben allgemeinen Operationsrisiken wie Blutung, Nachblutung und Infektion können während und nach der Operation auch spezielle Komplikationen auftreten.

Auch bei sorgfältigster Operationstechnik sind eine Schädigung des Knochens und von großen Gefäßen und Nerven nicht immer auszuschließen. Endoprothesen können sich im Verlauf lockern, die Beinlänge kann sich unterscheiden, und es sind in sehr seltenen Fällen auch Verrenkungen möglich.

Für Patienten, die nach einer Operation zunächst nicht voll mobilisiert werden können, besteht ein erhöhtes Thromboseisiko. Dieser Gefahr wird durch frühzeitigen Beginn von Krankengymnastik, der Verordnung von Antithrombosestrümpfen und -spritzen begegnet.

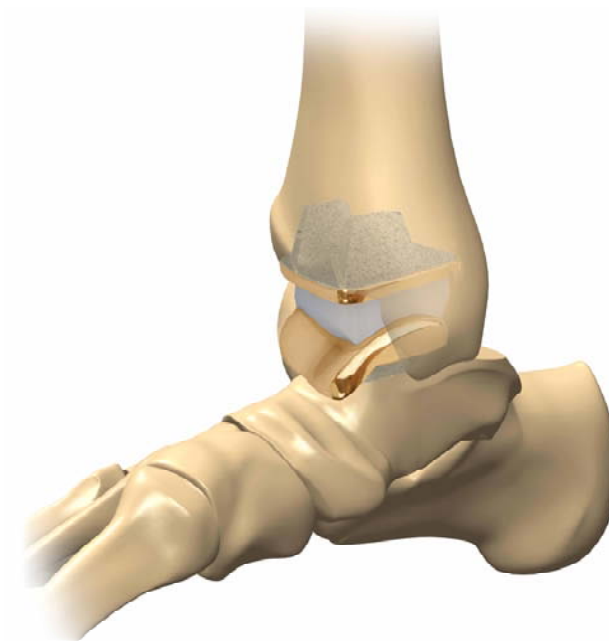
Klinikadresse

Nachbehandlung

Nach Absprache mit Ihrem Arzt kann die Mobilisation im Vacoped-Schuh erfolgen, der sofort nach der Operation auf eine Extension/Flexion von 10-0-10° freigegeben werden kann. Für die ersten 3 Wochen sollte eine Teilbelastung mit 10-30 kg mit Gehstütze erfolgen. Ab dem ersten Tag nach der Operation sollte die krankengymnastischen Behandlung mit aktiven und passiven Bewegungsübungen (z. B. CPM-Schiene) erfolgen. Nach 3 Wochen kann im Vacoped-Schuh der Belastungsaufbau erfolgen. Nach radiologischer Kontrolle nach 6 Wochen erfolgt die Mobilisierung unter Vollbelastung ohne Schuh. Im dritten Monat nach der Operation ist alles erlaubt, was Ihr Sprunggelenk nicht überstrapaziert. Auch gelenkschonende Sportarten wie Schwimmen, Rad fahren, Spazieren gehen oder Gymnastik. Sie können Ihr Leben wieder schmerzfrei genießen.

implantcast GmbH
 Lüneburger Schanze 26
 D-21614 Buxtehude
 Tel.: +49 4161 744-0
 Fax: +49 4161 744-200
 E-mail: info@implantcast.de
 Internet: www.implantcast.de

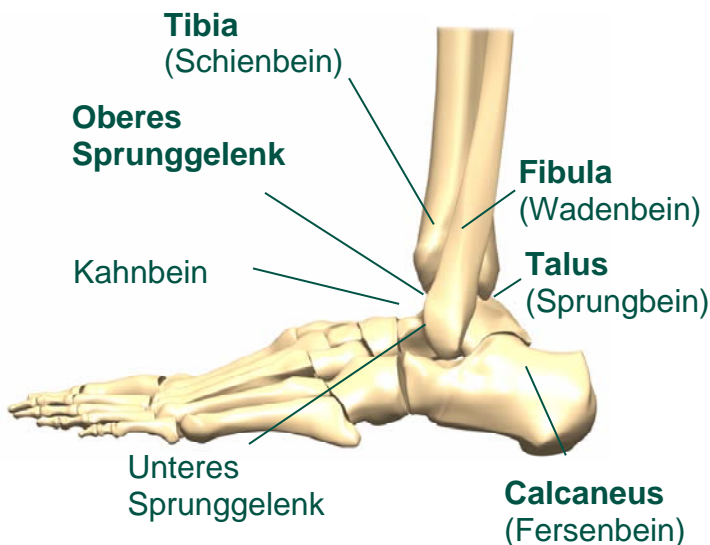
Das künstliche Sprunggelenk



Patienteninformation

Aufbau und Funktion des Sprunggelenkes

Immer, wenn Sie den Fuß kreisen lassen, arbeiten zwei Gelenke zusammen: das obere und das untere Sprunggelenk. Das obere Sprunggelenk besteht aus den unteren Gelenkflächen der Unterschenkelknochen Tibia (Schienbein) und Fibula (Wadenbein) und der oberen Gelenkfläche des Talus (Sprungbein). Es ist für das Heben und Senken der Fußspitze zuständig. Das untere Sprunggelenk erlaubt Ihnen, den Fuß seitwärts zu kippen.

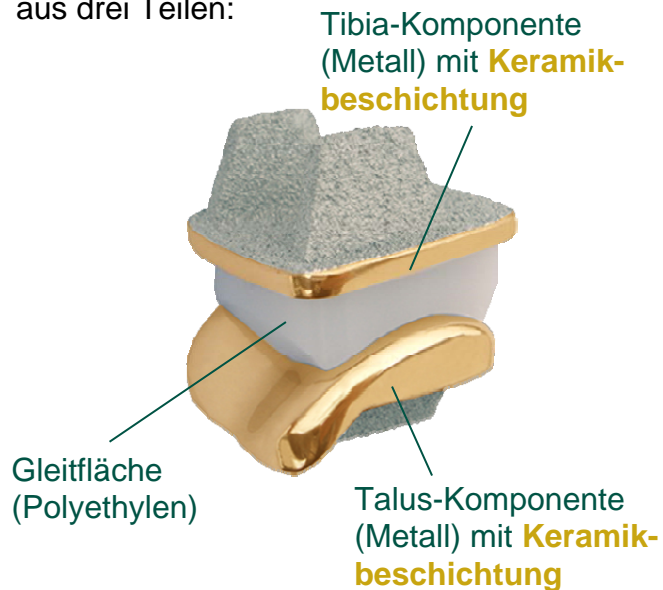


Es wird aus den unteren Gelenkflächen des Sprungbeins sowie des Fersen- und Kahnbeins gebildet. Gelenkkapseln, Bänder und Muskeln stabilisieren diese Gelenke. Damit Sie reibungslos laufen können, sind alle Gelenkflächen mit Knorpel überzogen. Durch Fehlbelastungen, Verletzungen oder entzündliche Erkrankungen kann dieser Knorpel zerstört werden. Man spricht dann von einer Arthrose.

Ist Ihr Sprunggelenk so weit geschädigt, dass eine medikamentöse Behandlung oder ein gelenkerhaltender Eingriff nicht mehr sinnvoll sind, kann Ihnen ein künstlicher Gelenkersatz Schmerzlinderung und damit neue Beweglichkeit verschaffen.

Der Gelenkersatz

Spricht Ihr Arzt von einem künstlichen Sprunggelenk, ist immer der Ersatz des oberen Sprunggelenks gemeint. Die TARIC® Sprunggelenkprothese wurde in Zusammenarbeit mit einem deutschen Autorenteam entwickelt und wird seit 2006 mit guten bis sehr guten Ergebnissen von nationalen und internationalen Ärzten eingesetzt. Sie ist in ihrer Anatomie, Stabilität und Beweglichkeit dem gesunden Sprunggelenk nachempfunden und besteht aus drei Teilen:



Zwei Metall-Implantate ersetzen die knöchernen Gelenkoberflächen. Dazwischen sitzt eine bewegliche

Gleitfläche aus Kunststoff (Polyethylen). Damit können Sie Ihr neues Sprunggelenk fast wie ein natürliches Gelenk drehen und beugen. Gleichzeitig verringert das Design die Reibung innerhalb des künstlichen Gelenks. Die angrenzenden Knochen, Ihr Bandapparat und die Prothesenwerkstoffe werden geschont. Unsere Gelenkprothesen zeichnen sich durch maximale Festigkeit, Elastizität und hervorragende Gleiteigenschaften aus. Sie sind äußerst beständig und körperverschleißfähig. Solch eine moderne Endoprothese bleibt in der Regel 15 Jahre funktionstüchtig.

Operativer Eingriff

Die Operation erfolgt unter Teil- oder Vollnarkose. Vor dem Eingriff bestimmt der Operateur die passende Größe Ihres neuen Sprunggelenks anhand Ihres Röntgenbildes. Ein acht bis zehn cm langer Schnitt an der Vorderseite des Sprunggelenkes bietet den schonendsten Zugang zum oberen Sprunggelenk. Während der Operation passt der Arzt die Prothese genau an Ihre Körperanatomie an und ersetzt so die geschädigten Gelenkflächen.

Alle Komponenten des Implantats werden in unterschiedlichen Größen hergestellt. Die individuelle Form Ihres eigenen Sprunggelenks wird so nachgebildet. Schließlich wird die Wunde zugenäht. Durch Drainagen kann überflüssiges Wundsekret abfließen. Die Haut wird mit dem Klammernahtgerät oder mit konventionellem Fadenmaterial verschlossen.