

Aufklärungs-Protokoll bezüglich künstlichem Kniegelenk (Knie-Totalprothese)

Diagnose

Arthrose des Kniegelenkes (Gonarthrose), d.h. Abnützungserkrankung des Knorpels.

Natürlicher Verlauf (ohne Operation)

Es ist mit einem zunehmenden Verschleiss des Knorpels zu rechnen. Die Stossdämpfer- und die Gleitfunktion ist dadurch nicht mehr erfüllt. Formveränderung des Oberschenkels und des Schienbeinkopfes sind die Folge. Der Knochen bildet Randwülste (Osteophyten), was die Beweglichkeit weiter einschränkt. Entzündliche Reaktionen können zu Zysten im Knochen führen. Folge ist eine Zunahme der Schmerzen und der Bewegungseinschränkung.

Zeitliche Dringlichkeit

Grundsätzlich soll ein künstliches Gelenk erst dann eingesetzt werden, wenn der Leidensdruck (Schmerz/ Bewegungseinschränkung etc.) nicht mehr auszuhalten ist, und wenn vor allem die Schmerzen durch konservative Massnahmen nicht mehr zu beherrschen sind. Insbesondere sollte in einem Alter von weniger als 65 Jahren der Entscheid sehr sorgfältig überlegt werden. Ausnahme: Bei starken Verkrümmungen der Beine sollte die Operation nicht mehr lange verzögert werden, insbesondere bei X-Beinen. Ansonsten könnten die seitlichen Bänder auslockern (z.B. das Innenband) und damit die ausgeglichene Stabilität nach der Operation erschweren.

Alternative Therapiemöglichkeiten

Schmerzmedikamente, knorpelschützende Medikamente, Salben, Physiotherapie, Wickel/Bäderbehandlung. Anpassung der Belastung (Sportverzicht), Puffer-Absatz, Stockentlastung. Homöopathie, Chinesische Medizin.

Geplanter Ablauf der Operation

Das erkrankte Kniegelenk wird durch ein künstliches Implantat (Totalprothese) ersetzt, welches aus folgenden Komponenten besteht: einer Oberschenkelrolle (Femurcondyle) und einem Schienbeinplateau (Tibiaplateau) aus Spezialstahl. Zwischen den beiden Metallteilen sind Kunststoffteile (Polyethylen) eingebracht, welche weicher sind und zu einer Pufferung zwischen Oberschenkelrolle und Schienbeinplateau führen. Der Femurteil wird in der Regel zementfrei verankert, der Tibiateil mit Knochenzement (Polymethylacrylat).

Die Operation dauert ca. 1½ Stunden und erfolgt meist in einer Teilnarkose. Eine vorgängige Eigenblutspende ist i.d.R. nicht notwendig, da der Blutverlust kaum je 500ml beträgt.

Standard-Operation: Die Operation erfolgt in Rückenlage durch einen ca. 15 - 25cm langen seitlichen Hautschnitt. Falls bestehende Hautschnitte vorhanden sind, werden diese wieder eröffnet. Bei der Operation wird die Kniescheibe entweder nach innen oder nach aussen gekippt. Damit dies gelingt, ist das Kerben der Oberschenkelmuskelsehne notwendig. Diese wird nachher wieder vernäht.

Seltener kann auch einmal das Abmeisseln des Ansatzes der Strecksehne am Schienbeinkopf in einer speziell entwickelten Weise notwendig sein, um eine gute Darstellung des Kniegelenks und somit ein absolut exaktes Einbringen des Kunstgelenkes zu ermöglichen. Im Falle des abgelösten Knochenstückes muss dieses wieder mit zwei Schrauben am Schienbein befestigt werden. Die Schrauben müssen nicht entfernt werden. Es werden Blutungsdrains (Redons) eingelegt. Das gesammelte Blut kann in den ersten Stunden wieder zurückgegeben werden.

Nachbehandlung (im Spital)

Bis zum Abend erfolgt die Überwachung auf der Wachstation unter Verantwortung des Anästhesie-Teams. Abhängig vom Verlauf und von der Stabilität des Kreislaufes erfolgt die Verlegung aufs Zimmer am Abend der Operation oder am nächsten Tag. Erstmobilisierung am 1. postoperativen Tag unter Kontrolle des Physiotherapie-Teams. Kontinuierliche Steigerung der Gehdistanz von Tag zu Tag. Ab dem 1. Tag wird das Knie auf einer Bewegungsschiene (Kinetec-Schiene) durchbewegt. Treppensteigen etwa ab der zweiten Woche. Bis zum Spitalaustritt sollte das Kniegelenk etwa bis zum rechten Winkel gebeugt werden können. Normale Aufenthaltsdauer im Spital 6 - 8 Tage.

Nachbehandlung (nach Spitalentlassung)

Ambulant: Üblicherweise erfolgt die Rehabilitation mit ambulanter Physiotherapie von zu Hause aus.

Stationär: Bei einschränkenden Begleiterkrankungen kann die weitere Rehabilitation meist in einer dafür vorgesehenen Reha-Klinik erfolgen. Kostengutsprache der Versicherung notwendig. Dauer etwa 2-3 Wochen. Ziel ist die Erlangung der Selbständigkeit durch Training von Muskelkraft, Beweglichkeit und Koordination.

Gehstöcke sind während ca. 6 Wochen postoperativ notwendig.

Eine Thromboseprophylaxe ist während der ersten 6 Wochen obligatorisch und wird in der Regel mit Tabletten durchgeführt, bei Unverträglichkeit mit Spritzen unter die Haut.

Röntgenbilder werden nach 6 Wochen, (ev. 4 Mt.) und einem Jahr angefertigt, sowie nach 5, 10 und 15 Jahren.

Die Arbeitsunfähigkeit beträgt je nach Tätigkeit 2 bis 3 Monate.

Gelenkschonende Sportarten wie Schwimmen, Velofahren und Wandern können bereits nach einigen Monaten begonnen werden. Für belastendere Sportarten sollte mindestens ein Jahr zugewartet werden.

Allgemeine Operationsrisiken

- Thrombose/Embolie → Eine Prophylaxe ist während 6 Wochen obligatorisch (Tabletten, evtl. Injektionen).
- Infektion → Eine perioperative Antibiotikaphylaxe wird verabreicht.
- Blutungen → Drainagen (bei grösseren Nachblutungen ev. Reoperation notwendig).
- Wundheilungsstörung → Sorgfältige Wundpflege wichtig
- Nervenläsionen → Führen zu Muskelschwäche/-lähmung, Gefühlsstörungen (ev. bleibend)
- Lagerungsschäden (Dekubitus), v.a. bei empfindlicher Haut

Spezifische Operationsrisiken

- Bewegungseinschränkungen kommen selten vor. Ursache dafür sind starke Narbenbildungen (innere Verwachsungen). Manchmal müssen diese Verwachsungen durch eine Mobilisierung in Narkose gelöst werden.
- Selten kann es einmal zum Nichteinheilen des Knochenstückes am Schienbein kommen. Normalerweise kann dies ohne Zusatz-Operation behandelt werden, sodass langfristig keine Einschränkungen bestehen bleiben.
- Selten kann es trotz exakter Operationstechnik zu Achs- oder Rotationsfehlern des Kunstgelenkes kommen, was manchmal Korrekturingriffe notwendig macht.
- Selten kann das Kunstgelenk nicht richtig im Knochen einheilen. Man spricht hier von einer Frühlockerung, welche normalerweise einen Wechsel des entsprechenden Teiles notwendig macht.
- Durch die Implantation kann es zu Knochenbrüchen kommen, was je nach Lokalisation und Ausmass zu einer Erweiterung des Eingriffs oder zur Reoperation führen kann (Verdrahtung/Verschraubung). Die Belastung muss je nachdem nach der Operation angepasst werden.
- Auch ein künstliches Gelenk ist dem Verschleiss unterworfen. In der Regel kann von einer Haltedauer von 10-15, manchmal gar 20 Jahren ausgegangen werden. Je nach Beanspruchung, Knochenbeschaffenheit etc. kann es jedoch auch früher zu Abnützungen oder Lockerungen kommen. Regelmässige Röntgenspätkontrollen ca. alle 5 Jahre sind deshalb empfehlenswert und erleichtern das rechtzeitige Erkennen. Je nach Befund können/müssen einzelne Teile oder die ganze Prothese ausgewechselt werden.
- Schleichende oder akute Infekte können Revisionseingriffe und u. U. lang dauernde Antibiotikagaben bedingen.

Anästhesie / Narkoseverfahren

Meist erfolgt der Eingriff in Teilanästhesie. Das Anästhesieteam wird die üblichen Verfahren mit all ihren Möglichkeiten und Risiken vor dem Eingriff besprechen.

Rechtliches

Bei allfälligen rechtlichen Auseinandersetzungen gilt Schweizerisches Recht. Gerichtsstand ist Basel.

Besonderes

z.B. bekannte Leiden (Herzprobleme, durchgemachte Thrombosen oder Lungenembolien, Blutverdünnung), Risikofaktoren, Allergien (Metall, Nickel, Antibiotika, Desinfektionsmittel, Jod usw.), welche Einfluss auf Operation und Verlauf haben können, bitte nachstehend vermerken:

.....
.....

Spezielle Fragen

.....
.....

Nach persönlicher und umfassender Aufklärung sowie Beantwortung meiner zusätzlichen Fragen erkläre ich mich mit dem vorgesehenen Eingriff und den damit verbundenen Abklärungs-Untersuchungen und Labortests einverstanden. Ebenso gebe ich die Einwilligung, bei entsprechender Notwendigkeit das geplante Vorgehen zu ändern oder den Eingriff zu erweitern.

Das Aufklärungsgespräch fand statt am (in Anwesenheit von)

.....

Unterschrift Patient/Patientin

.....

Unterschrift Arzt