

Kontakt

Asklepios Klinik Seligenstadt

Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie
Zentrum für Schulterchirurgie und Sportorthopädie
Chefarzt Dr. med. Klaus Eisenbeis
Dudenhöfer Straße 9 · 63500 Seligenstadt
Tel.: 06182 / 83-6 22 25 · Fax: 06182 / 83-82 47
orthopaedie.seligenstadt@asklepios.com
www.asklepios.com/seligenstadt

So erreichen Sie uns



Unsere Klinik stellt sich vor:

Orthopädie und Unfallchirurgie

Zentrum für Schulterchirurgie
und Sporttraumatologie



INHALTSVERZEICHNIS

Unsere Abteilung

Vorwort	3
Behandlungsschwerpunkte	4–5
Sprechstunden	6

Möglichkeiten der operativen Therapie

Schultererkrankungen	7–13
Hüft-Endoprothetik	14–19
Knie-Endoprothetik	20–23
Fußerkrankungen	24–27
Erkrankungen der Hand	28–31
Sportorthopädie	32–37

Die Asklepios Klinik in Seligenstadt ist ein Krankenhaus der gehobenen Grundversorgung und Akademisches Lehrkrankenhaus der Goethe-Universität Frankfurt/Main.

Die Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie verfügt über 32 Betten und bietet ein umfassendes Spektrum an operativen und konservativen Behandlungsmöglichkeiten. Auf unserer modernen interdisziplinären Intensivstation werden Patienten nach grösseren Operationen von Spezialisten aller Fachrichtungen betreut.

Ein wesentliches Spezialgebiet der Abteilung ist das gesamte Spektrum der **Schulterchirurgie**. Hier hat sich die Klinik als Schulterzentrum mit überregionalem Einzugsgebiet profiliert.

Ebenso bietet Ihnen die Klinik im Bereich der **Knie- und Hüftchirurgie** wie auch der **Hand- und Fußchirurgie** eine qualitativ hohen Standards entsprechende operative Versorgung. Stets werden hierbei modernste Implantate, minimalinvasive Techniken und individuelle Prothesen eingesetzt.

Ein weiterer Schwerpunkt ist die **Sportorthopädie und -traumatologie**, also die konservative und operative Versorgung von Sportverletzungen und Überlastungsschäden. Hiervon zeugt die enge medizinische Kooperation mit verschiedenen Sportvereinen auf Bundesliganiveau.

Die **unfallchirurgische Versorgung des Kreises Offenbach** wird in enger Zusammenarbeit mit den Rettungsdiensten gewährleistet. Es werden sämtliche Verletzungen des Bewegungsapparates operativ und auch nicht-operativ behandelt. Eine besondere Expertise besteht dabei auch im Bereich der Verletzungen von älteren Menschen (Alterstraumatologie), die in enger Zusammenarbeit mit der geriatrischen Klinik im Haus erfolgt.

Ferner verfügt die Abteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie über die notwendigen hohen fachlichen und räumlichen Voraussetzungen, die zur Behandlung von Arbeits-, Schul- und Kindergartenunfällen im Rahmen des sogenannten Durchgangs-Arztverfahrens berechtigen. In unserer durchgangsarztlichen Sprechstunde organisieren wir insbesondere Ihre medizinische und berufliche Rehabilitation nach einem Unfall und bereiten Sie auf Ihren Wiedereintritt ins Erwerbsleben vor.

Mit individuell auf den Patienten abgestimmten Behandlungsoptionen steht für Chefarzt Dr. med. Klaus Eisenbeis, sein Ärzteteam und das Pflegepersonal der Patient mit all seinen Sorgen im Mittelpunkt der täglichen Arbeit.

Behandlungsschwerpunkte

Schulterchirurgie

- minimal-invasive arthroskopische Eingriffe (Impingement Syndrom, ACG-Arthrose, Bankart-OP bei Luxationen, Rotatorenmanschetten-Rupturen, SLAP-Läsionen)
- offene Techniken (Latarjet-OP, Kapsel-Plastiken)
- Schulterendoprothetik: anatomische Prothese, inverse Prothese, Frakturprothese, inverse Frakturprothese
- Wechseloperationen von Kunstgelenken der Schulter

Hüftchirurgie

- minimal-invasive Techniken
- zementierte und zementfreie Endoprothesen
- anatomische Implantate, Kurzschaftprothese
- Wechseloperationen von Kunstgelenken

Kniechirurgie

- Knie-Schlittenprothesen (Teilersatz des Kniegelenkes)
- isolierter Retropatellarersatz (Ersatz der Kniescheibenrückseite bei Arthrose)
- Knie-Totalendoprothese
- gekoppelte Knieprothesen bei Bandinstabilitäten
- Spezialimplantate bei Allergien, individuelle Prothesen
- Knie-Wechselendoprothetik

Fußchirurgie

- Korrekturosteotomien bei Hallux valgus
- OP bei Hallux rigidus (Einstiefung der Großzehe)
- OP bei Zehenfehlstellungen (Krallenzehe, Hammerzehe)
- Arthrorise (minimal-invasive Korrekturoperation) bei Plattfuß

Sportorthopädie

- minimal-invasive arthroskopische Eingriffe aller Gelenke (Kreuzbandplastiken, Meniskus-Refixation am Kniegelenk)
- Schulterstabilisierungen
- minimal-invasive Stabilisierungen von Schultereckgelenk-Verletzungen
- Knorpeltransplantationen
- Stabilisierungsoperationen bei Kniescheibenverrenkungen
- minimal-invasive Naht der Achillessehne

Handchirurgie

- Nervenkompressionssyndrome (Karpaltunnel-, Sulcus-Ulnaris Syndrom)
- Schnellende Finger, DeQuervain Sehnenscheidenentzündung
- Operation des M. Dupuytren
- Rhizarthrose (Daumensattelgelenarthrose)
- Operation bei Rhizarthrose (Dauemsattelgelenarthrose), Fingerpolyarthrose
- Ganglien (Überbeine)

Unfallchirurgie

- komplette konservative und operative Versorgung von sämtlichen Verletzungen des Bewegungsapparates
- Ballon-Kyphoplastie bei Wirbelkörperbrüchen (bei Osteoporose oder Unfall)

Alterstraumatologie

- Versorgung von Verletzungen älterer Patienten, in enger Zusammenarbeit mit unserer geriatrischen Klinik

Arbeitsunfälle

- konservative und operative Behandlung von Arbeits-, Schul- und Kindergartenunfällen im Rahmen der Notversorgung rund um die Uhr
- Teilnahme am stationären D-Arztverfahren der DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung)
- umfassende Betreuung der Verunfallten in unserer durchgangärztlichen Sprechstunde

Indikationsberatung

- Chefarzt-Sprechstunde
- Berufsgenossenschafts-Sprechstunde (BG)
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Fußchirurgie
- Handchirurgie



Schultererkrankungen



Nicht auf die „leichte Schulter“ nehmen!

Der Alltag stellt hohe Anforderungen an das Schultergelenk. Wir brauchen eine frei bewegliche Schulter, um zahlreiche Tätigkeiten des täglichen Lebens auszuführen – denken Sie beispielsweise an Haare kämmen. Darüber hinaus sind schmerzfreie kräftige Bewegungen über dem Kopf unerlässlich, um zahlreiche Berufe oder Sportarten ausüben zu können.

Durch das veränderte Freizeitverhalten und den Ansprüchen des Menschen, auch im reiferen Alter noch aktiv sein zu können, rücken Beschwerden des Schultergelenkes immer mehr in den Fokus. Dank moderner Therapiemöglichkeiten kann der Spezialist bei Schulterbeschwerden immer häufiger helfen.

Was macht unser Schultergelenk so besonders?

Die Schulter ist das beweglichste Gelenk im menschlichen Körper. Dies verdankt sie ihrer besonderen Bauweise: einem kugelartigen Gelenkkopf, der sich in einer flachen Gelenkpfanne bewegt.

Damit das sehr bewegliche Gelenk dennoch stabil ist, ist es umgeben von einer sehr komplexen, dadurch auch anfälligen Konstruktion aus Gelenkkapsel, Sehnen, Bändern und Schleimbeuteln.

Insbesondere die an der Schulter ansetzenden Sehnen, die sogenannte Rotatorenmanschette, neigen nach Überlastung zu Entzündung oder Verschleiß, bei dauerhafter Überlastung sogar zum Sehnenriss mit Funktionsverlust der Schulter.

Welche Therapiemöglichkeiten gibt es?

Zunächst muss die Ursache der Gelenkbeschwerden exakt analysiert werden.

Kann auf „konservative Weise“ (Behandlung ohne Operation) nicht dauerhaft geholfen werden, ist es häufig sinnvoller einen Gelenkschaden zu operieren, als dauerhaft nur die Symptome zu behandeln.

Durch moderne OP-Techniken wie die Arthroskopie (Gelenkspiegelung), hat sich das Behandlungsspektrum erheblich erweitert und es sind keine großen Schnitte mehr nötig. Bei einer arthroskopischen Operation wird über Zugänge von nur wenigen Millimetern eine Kamera sowie feinste Operationsinstrumente in die Schulter eingeführt und so der Schaden „durchs Schlüsselloch“ inspiziert und unmittelbar behoben. Dieser Eingriff ist wenig belastend und risikoarm.

Welches sind die häufigsten Schultererkrankungen?

Engpass-Syndrom (Impingement-Syndrom):

Das Schulter Engpass-Syndrom ist eine häufige Ursache für Schulterschmerzen im mittleren und höheren Lebensalter. Durch eine knöcherne Einengung, ausgehend vom Schulterdach, werden Schmerzen beim Anheben des Armes, bei gewissen Drehbewegungen, oder auch nachts verursacht.

Sind alle konservativen Maßnahmen, wie Medikamenteneinnahme, Spritzen oder Physiotherapie erschöpft, bleibt die Möglichkeit der operativen arthroskopischen Erweiterung des Raumes, kombiniert mit einer Schleimbeutelentfernung (subakromiale Dekompression). Durch diese schonende OP-Technik sind Sie in der Regel nach vier bis sechs Wochen Nachbehandlung wieder arbeits- und sportfähig.

Sehnenriss:

Eine sehr häufige Ursache für Schmerzen im Bereich des Schultergelenkes ist eine Schädigung einer Sehnenmanschette (Rotatorenmanschette). Ein Sehnenriss entsteht meistens durch Verschleiß oder einen Unfall. Der Betroffene verspürt meist Schmerzen beim Anheben des Armes und Nachtschmerzen. Oft lässt auch die Kraft an der betroffenen Schulter nach oder der Arm kann gar nicht mehr angehoben werden.

Eine schnelle Diagnose ist sehr wichtig, da ein Sehnenriss nicht von selbst heilt und für die Reparatur nur eine begrenzte Zeit zur Verfügung steht. Es muss dann individuell entschieden werden, ob und welche Form der Operation am besten ist.

In unserer Klinik wird ausschließlich die schonende minimal-invasive Operationsmethode angewendet (arthroskopische Rotatorenmanschettennaht). Diese ist mit weniger Schmerzen und einer schnelleren Genesung verbunden. Ebenso ist eine exakte Wiederherstellung der ursprünglichen Anatomie (Footprint-Rekonstruktion) möglich.

Bei sehr großen irreparablen Sehnenläsionen können auch aufwendigere Muskelschwenklappenplastiken durchgeführt werden, oder bei älteren Patienten sogenannte inverse Schulterprothesen eingesetzt werden.

Die direkte Nachbehandlung benötigt ungefähr sechs Wochen, in denen die genähten Sehnen durch einen Spezialverband geschützt werden. Ab der siebten Woche dürfen auch wieder aktive Bewegungsübungen durchgeführt werden. Abhängig von der beruflichen Tätigkeit ist der Betroffene dann auch wieder arbeits- und sportfähig.

Kalkschulter:

Die „verkalkte Schulter“ macht sich vor allem durch Nachtschmerzen bemerkbar. Aber auch das oben erwähnte Engpass-Syndrom kann durch Kalk verursacht sein. Die Kalkschulter ist zum Teil selbstlimitierend und durch nicht operative Methoden gut behandelbar. Im Falle des Scheiterns der konservativen Therapie bleibt nur die operative Ausräumung des Kalkherdes. Diese Operation wird schonend arthroskopisch durchgeführt. Ist der Kalkherd sehr groß, kann nach der Ausräumung ein Defekt bestehen bleiben, der jedoch in gleicher Sitzung verschlossen wird. Die Nachbehandlung verläuft rasch und die Betroffenen sind oft schon nach wenigen Wochen wieder arbeits- und sportfähig.

Frozen Shoulder:

Die steife oder teilsteife Schulter kann sich primär also ohne erkennbare Ursache entwickeln, aber auch klare Ursachen haben. Bei diesem Krankheitsbild kann versucht werden, mit konservativen Maßnahmen die Betroffenen wieder schmerzfrei und die Schulter wieder funktionsfähig zu bekommen.

Gelingt dies mit Medikamenten, Injektionen und Physiotherapie nicht vollständig, sollte die Entscheidung zu einer Operation getroffen werden. Auch im Falle der steifen Schulter stellt die schonende Arthroskopie die Methode der Wahl dar. Im Rahmen dieses Eingriffes wird die Schulter durch eine Erweiterung der Gelenkkapsel wieder beweglich gemacht und sämtliche mögliche Ursachen mitbehandelt. Nach der Arthroskopie muss der Patient die wiedergewonnene Beweglichkeit durch ein Übungsprogramm aufrechterhalten. Die Nachbehandlung verläuft individuell unterschiedlich. Bei den meisten Betroffenen stellt sich der Erfolg schon einige Tage nach der Operation ein.

Schulterluxation:

Die Schulterauskugelung (Luxation) trifft häufig junge Menschen bei einem Unfall. Gelegentlich springen Schultern aber auch ohne Unfall heraus. Meist ist die Luxationsrichtung nach vorne unten. Insbesondere junge Betroffene sind gefährdet, dass die Schultern nach einer ersten Verrenkung bei Bagatellbewegungen wieder auskugeln.

Wir führen nahezu alle Schulterstabilisationen in arthroskopischer Technik durch. Durch neue Methoden und Instrumente sind wir in der Lage, vordere hintere und auch multidirektionale Schulterinstabilitäten zu therapieren.

In besonderen Fällen führen wir auch offene Schulterstabilisationen durch. Dies wird mit dem Patienten individuell besprochen.

Beim älteren Patienten gilt unser Augenmerk auch noch eventuell bestehenden Sehnenverletzungen.

Die Nachbehandlung erstreckt sich über sechs Wochen. In dieser Zeit sollte eine Schlinge getragen und ausladende Bewegungen vermieden werden.

Eckgelenkssprengung:

Das Schultereckgelenk kann durch einen Unfall verletzt werden. Die Betroffenen müssen ganz unterschiedlich behandelt werden. In vielen Fällen wird eine Ausheilung mit nicht-operativen Maßnahmen erzielt. In anderen Fällen sollte die operative Stabilisation des Gelenkes erfolgen. Dies gilt für höhere Schweregrade der Verletzung und oft für Überkopfsportler.

Wir führen auch bei solchen Verletzungen eine individuelle Betreuung und Beratung der Patienten durch. Sollte es zur Operation kommen, bieten wir ebenfalls eine minimal-invasive Technik an. Bei komplexeren Verletzungen müssen eventuell auch aufwendigere Rekonstruktionen erfolgen. Nach einer Nachbehandlungszeit von sechs bis acht Wochen ist zumeist die Heilung abgeschlossen.

Verschleiß des Schulterhauptgelenkes – Lösung künstliches Schultergelenk?

Auf Grund der veränderten Altersstruktur der Bevölkerung kommt es zu einer zunehmenden Anzahl von Verschleißerkrankungen des Schulterhauptgelenkes (Omarthrose). Die klinischen Anzeichen hierfür sind belastungsabhängige und Ruheschmerzen, ein steigender Schmerzmittelbedarf, eine Bewegungseinschränkung und ein typisches Röntgenbild mit Aufbrauch des Gelenkspaltes und typischen Verschleißzeichen des Schulterhauptgelenkes (Glenohumeralgelenk).

Die heutigen Kenntnisse über die Möglichkeiten des künstlichen Schultergelenkersatzes sind leider immer noch nicht ausreichend verbreitet. So kommt es, dass die Notwendigkeit zur Endoprothese des Schultergelenkes häufig zu spät gesehen wird.

Mit dem Eingriff sollte aber nicht zu lange gewartet werden. Wenn schon eine erhebliche Bewegungseinschränkung vorliegt, die Weichteile (Sehnen, Bänder, Kapsel) geschrumpft sind und die Muskulatur verkümmert ist, wird die Funktion des neuen Schultergelenkes nicht befriedigend für den Patienten sein.

Die heutige Generation von Schulterendoprothesen ermöglicht eine Wiederherstellung der individuellen Anatomie des zu operierenden Gelenkes.

Durch die permanente Weiterentwicklung konnten in den letzten zehn Jahren die Operationsergebnisse deutlich verbessert, die Erfolgsraten erhöht, die Haltbarkeit der Prothesen verlängert und die Komplikationsraten gesenkt werden. Die postoperative Rehabilitation wird mit dem operierenden Orthopäden abgesprochen und dauert meist etwa drei Monate.

Warten Sie bei den oben genannten Krankheitsbildern nicht zu lange mit der Operation, denn Sie können durch eine Operation langfristig schmerzfrei und beweglich bleiben.



Hüft-Endoprothetik



Wie häufig werden künstliche Hüftgelenke bei Patienten eingesetzt?

Die Implantation eines künstlichen Hüftgelenkes ist eine der häufigsten in Deutschland durchgeführten operativen Eingriffe (über 200.000 Eingriffe jährlich). Die Anzahl ist steigend, da der Erfolg der Operation sehr zuverlässig ist und bei oft jahrelangem, schmerzhaftem Leiden deutliche Schmerzminderung und erneute Lebensqualität erzielt werden kann.

Warum muss ein künstliches Hüftgelenk implantiert werden?

Der häufigste Grund für die geplante Implantation einer Hüftendoprothese ist die Arthrose (Gelenkverschleiß) des Hüftgelenkes, gefolgt von angeborenen und erworbenen Fehlbildungen, die zu einer Zerstörung des Gelenkes führen können, z.B. die Hüftkopfnekrose, angeborene Hüftgelenkfehlform, Deformitäten des Oberschenkels oder Schenkelhalses oder Morbus Perthes (Hüftkopferstörung bei Jugendlichen).

Entzündliche und rheumatische Veränderungen können ebenfalls zu einer Zerstörung des Hüftgelenkes führen.

Häufig muss beim Bruch des Oberschenkelhalses älterer Menschen ein künstliches Hüftgelenk als „Notfalleingriff“ eingesetzt werden. Die großen Vorteile der Operation (Stabilität im Bereich des Hüftgelenkes, sofortige Mobilisierung nach der OP) haben weltweit dazu geführt, dass bei älteren Patienten mit hüftgelenknahen Brüchen die Implantation einer Hüftendoprothese zur Standardoperation wurde.

Wann ist eine Gelenkprothese sinnvoll?

Eine Gelenkprothese ist sinnvoll, wenn die Lebensqualität sinkt, soziale Isolation droht oder wenn Nebenwirkungen von der ständigen Einnahme schmerzstillender Medikamente drohen. Die letzte Entscheidung, ob operiert wird, fällt immer der Patient selbst. Der Arzt berät hierbei den Patienten, ob eine Operation sinnvoll ist.

Das Alter spielt hierbei eine untergeordnete Rolle. Junge Patienten mit schweren Veränderungen an den Gelenken haben ebenso Anspruch auf ein künstliches Gelenk wie ältere Menschen, die das künstliche Gelenk gerade dafür brauchen, um Ihre Mobilität zu erhalten.

Wie wird der Eingriff geplant?

Die Operation wird nach den Kriterien zur Qualitätssicherung standardisiert durchgeführt. Dabei werden die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) und der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) berücksichtigt.

Durch Teilnahme unserer Klinik am Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) wird die Qualität der Eingriffe und der verwendeten Implantate regelmäßig erfasst.

Bei Ihrer Erstvorstellung wird in der Sprechstunde geprüft, ob eine Hüftendoprothese erforderlich ist oder ob andere Behandlungsmaßnahmen in Frage kommen.

Anschließend wird der genaue Operationsablauf und die Behandlung danach besprochen. Am Untersuchungstag wird Ihnen bereits ein Hygiene-Waschset zur Vermeidung der Bakterienbelastung der Haut im OP-Gebiet als zusätzlicher Schutz vor Wundinfektionen ausgehändigt. Dieses wenden Sie bitte ab dem 5. Tage vor der Operation nach Vorgabe an. Sie tragen hierdurch zu einer ganz wesentlichen Senkung des Infektionsrisikos bei.

Wie können Sie sich vorbereiten?

Der Erfolg einer Operation und der Heilungsprozess hängen wesentlich von Ihrer Mitarbeit ab. Durch eine richtige Vorbereitung (wie Verbesserung des Allgemeinzustandes, gute Einstellung des Blutzuckers) können eventuelle Risiken entscheidend verringert werden. Auch die korrekte Anwendung des Hygiene-Waschsets (s. o.) in den Tagen vor der Operation hilft die Ausgangsbedingungen zur Operation zu verbessern und postoperative Komplikationen zu vermeiden.

Für eine schnelle Rehabilitation ist es überdies hilfreich, wenn Sie sich bereits vor der Operation mit den krankengymnastischen Übungen und dem Umgang mit Gehhilfen vertraut machen.

Was passiert bei der Operation?

- 1) Über einen Schnitt an der Außenseite des Oberschenkels wird der freigelegte Oberschenkelhals durchtrennt und der erkrankte Hüftkopf entfernt.
- 2) Der Operateur ersetzt die natürliche Hüftpfanne im Becken durch eine Prothesenpfanne.
- 3) Danach wird der Markraum des Oberschenkelknochens vorbereitet, um den Prothesenschaft (mit oder ohne Knochenzement) exakt zu fixieren.
- 4) Auf den Prothesenschaft wird ein Kugelkopf gesetzt. Er stellt die bewegliche Verbindung zwischen dem Schaft und der künstlichen Hüftpfanne dar.

- 5) Danach wird das künstliche Gelenk auf seine optimale Beweglichkeit geprüft. Anschließend wird die Wunde verschlossen, ein Verband angelegt und ein erstes Röntgenbild erstellt.

Warum sind minimalinvasive Implantationsverfahren schonender?

Die von uns regelhaft durchgeführten minimalinvasiven Implantationsverfahren sind so konzipiert, dass sie möglichst wenig Gewebe (Muskeln, Bänder und Sehnen) verletzen. Daraus resultiert ein geringerer Blutverlust, ein vermindertes Infektionsrisiko und die postoperativen Schmerzen fallen vergleichsweise geringer aus. Das Implantat ist sofort voll belastbar und die Verweildauer im Krankbett kann erheblich verkürzt werden. So sind Sie nach der Operation sehr schnell wieder mobil und selbstständig.

Wann eignen sich minimal-invasive Implantationsverfahren?

Im Prinzip eignen sich die minimal-invasiven Operationsverfahren für jeden Patienten. Im Vorfeld stimmt der operierende Arzt die Operationstechnik und Gelenkart exakt auf die Bedürfnisse des Patienten ab.

Wie verläuft die Nachbehandlung?

Die Nachbehandlung erfolgt in Zusammenarbeit mit der Abteilung Physiotherapie. Das operierte Gelenk kann und sollte sofort voll belastet werden. Der stationäre Aufenthalt beträgt etwa acht Tage, anschließend findet eine stationäre Rehabilitation in einer speziellen Reha-Klinik statt. Diese kann nach Ihren Wünschen ausgewählt werden. In besonderen Fällen ist auch die Nachbehandlung in einem ambulanten Rehasentrum möglich.

Welche Arten von Hüftprothesen gibt es?

Seit Beginn der Hüftprothesen-Chirurgie Anfang der 60er Jahre wurden zahlreiche verschiedene Hüftprothesen-Systeme eingeführt und ständig weiterentwickelt.

In unserer Klinik werden folgende Implantate eingesetzt:

- zementierte Prothesen
(Pfanne und Hüftschaft werden einzementiert)
- zementfreie Prothesen (zementfreie Verankerung der Pfanne und des Hüftschaftes)
- Hybrid-Prothesen (bei denen z.B. die Hüftpfannenprothese zementfrei und der Schaft zementiert ist)
- Kurzschaftprothesen (vor allem für junge Patienten mit Anspruch zur Knochenschonung)

Für alle von uns verwendeten Prothesensysteme liegen ausgezeichnete Langzeituntersuchungen und -ergebnisse vor, so dass die Patienten mit sehr hoher Produktqualität rechnen können.

Welche Prothese ist die richtige für Sie?

Unsere Spezialisten entscheiden individuell, welche Prothese für Sie die richtige ist. Die Wahl ist abhängig vom Krankheitsbild und den anatomischen Begebenheiten, wie z.B. der Knochenqualität.

Kommen auch Komplikationen vor?

Probleme während und nach der Operation können bei allen Eingriffen und in jeder Klinik trotz sorgfältiger Operationstechnik vorkommen. Sie gefährden jedoch nur selten das Ergebnis der Operation. Aufgrund engmaschiger fachärztlicher Kontrollen der Patienten vor, während und nach der Operation können sie rechtzeitig erkannt und meistens beherrscht werden.

Im Rahmen eines umfassenden Qualitätsmanagements werden alle Behandlungen erfasst. Ernst zu nehmende Komplikationen treten nur in unter 1 % aller Fälle auf.

Kann ein künstliches Hüftgelenk auch ausgetauscht werden?

Eine Hüftendoprothese unterliegt einem „natürlichen Verschleiß“. Dadurch kann es nach Jahren zu Auslockerungen der Komponenten kommen.

95 % der Hüft-Endoprothesen sind auch nach zehn Jahren noch funktionstüchtig, 75 % aller eingesetzten Hüft-Endoprothesen müssen auch nach mehr als 25 Jahren noch nicht ausgetauscht werden.

Insgesamt hat sich die Langzeithaltbarkeit der Implantate durch wegweisende Verbesserungen der Materialqualität in den letzten Jahren weiter deutlich erhöht.

Kann ich mit dem neuen Gelenk Sport treiben?

Das künstliche Gelenk wird Ihr Leben sehr positiv beeinflussen: Ihre Lebensqualität wird sich verbessern, da Ihre Beschwerden Sie nicht oder kaum noch beeinträchtigen werden.

Nach einigen Monaten können Sie wieder Sport treiben. Hierbei sind alle moderaten, gelenkschonenden Sportarten zu empfehlen: Schwimmen, Spazieren gehen, Radfahren und Skilanglaufen. Gefährlicher sind dagegen stark gelenkbelastende Sportarten wie beispielsweise Fußball. Sie sollten die Sportarten in jedem Fall mit Ihrem behandelnden Arzt besprechen.

Wann kann ich nach der OP wieder Auto fahren?

Nach der Rehabilitation werden Sie schnell wieder Auto fahren können. Sie sollten jedoch erst dann auf dem Fahrersitz Platz nehmen, wenn beide Beine kräftig genug sind, um die Pedale zu kontrollieren.



Knies-Endoprothetik



Das Kniegelenk als größtes Gelenk in unserem Körper verbindet Ober- und Unterschenkelknochen miteinander. Bänder und Muskeln sorgen dafür, dass das Kniegelenk mit seiner Gelenkachse in fünf Richtungen bewegt werden kann und ermöglicht so Bewegungen wie etwa Gehen, Stehen und Hinknien.

Kommt es durch Verletzung oder Erkrankung (z. B. Entzündungen im Gelenk, nach Unfällen, Fehlstellung der Beine, etc.) oder auch durch eine altersbedingte Abnutzung (Arthrose) zum Verschleiß des Gelenkknorpels, wird die gesamte Funktion des Knies gestört.



Durch Arthrose geschädigtes Kniegelenk

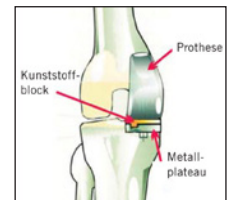
Bei einer Schädigung werden die dünnen Knorpelschichten im Gelenk immer weiter abgerieben, bis der Knochen frei liegt und beschädigt wird.

Was sind typische Symptome der Arthrose?

- Schmerzen, insbesondere bei Belastung
- Schwellungen des Gelenks
- Bewegungseinschränkungen des Kniegelenks bis hin zum Bewegungsverlust
- Fehlstellungen des Gelenks (X- oder O-Beine)
- Verspannung der Muskulatur oder Muskelschwäche

Welche Arten von künstlichem Gelenkersatz gibt es?

Bei starker Zerstörung des Gelenkknorpels kann nur noch ein teilweiser oder ganzer künstlicher Gelenkersatz zur Schmerzlinderung und Erhaltung oder Wiederherstellung der Beweglichkeit verhelfen.



Beispiel für einen einseitigen Oberflächenersatz

Je nach Funktionsfähigkeit des Knorpel- und Bandapparates, der Schwere der Knochenschädigung und des Lebensalters des Patienten kommen verschiedene Verfahren in Betracht.



Beispiel für einen kompletten Oberflächenersatz

Welche Methode für Sie die richtige ist, entscheidet Ihr Operateur individuell nach eingehender Untersuchung, Auswertung der Röntgenbilder und einem ausführlichen Beratungsgespräch gemeinsam mit Ihnen. Grundsätzlich gilt, dass es unser Ziel ist, wenn möglich ausschließlich die geschädigten Teile des Gelenks zu ersetzen.

Was passiert bei der Operation?

In einer etwa einstündigen Operation werden die schmerzverursachenden Teile, z. B. Knorpelreste, Meniskus und Knochenteilchen, entfernt und der Knochen für die gewählte Prothesenform vorbereitet. Das dabei eingesetzte minimal-invasive Verfahren mit möglichst kleinen Schnitten ist besonders schonend.

Wenn der korrekte Sitz und die Beweglichkeit des Gelenkersatzes im Knie überprüft sind, wird dieser fixiert und fest eingesetzt. Die Schnitte werden verschlossen und die Operation ist beendet.

Nach einem kurzen Aufenthalt im Aufwachraum werden Sie in der Regel schnell wieder auf Ihr Zimmer verlegt. Das operierte Gelenk ist nun sofort voll belastbar!

Der Operationserfolg hängt aber nicht zuletzt von Ihnen ab! So erlernen Sie noch im Krankenhaus schrittweise mit Hilfe der Physiotherapeuten, Ihr „neues“ Gelenk zu nutzen und Ihr Leben wieder schmerzfrei und in Bewegung zu genießen.

Ziel ist die möglichst schnelle Wiederherstellung der Gelenkfunktion und der Gehfähigkeit.

Wie verhalte ich mich mit einem „neuen“ Kniegelenk?

Nach der Operation sollten Sie folgende Punkte beachten:

- In den ersten Monaten nach der Operation sollten Sie Ihr „neues“ Knie noch schonen und alle extremen Belastungen meiden: Das Knien und das Tragen von schweren Lasten sind ebenso tabu wie hohe Schuhe bei Damen oder auch extreme Gewichtszunahmen.



- Auch Sport mit Stoßbelastungen (Ball sportarten, Tennis, Bergsteigen und Alpinski) ist vorerst untersagt – dafür werden Schwimmen, Radfahren und regelmäßige Spaziergänge auf ebenen Wegen sehr empfohlen.
- Zu Ihrer Sicherheit sollten Sie in den nächsten Jahren an regelmäßige Nachuntersuchungen denken, nur so können eventuelle Komplikationen rechtzeitig erkannt werden.

Nach umfangreichen Erfahrungen mit dem Kniegelenkersatz und den uns zur Verfügung stehenden modernen Implantaten bietet diese Behandlung sehr gute Erfolgsaussichten. Sie beseitigt die Schmerzen und verbessert die Beweglichkeit des Gelenks. In der Regel kann der Patient nach Abschluss der Behandlung wieder ohne Beschwerden gehen und die Belastung des täglichen Lebens erbringen.

Haben Sie hierzu weitere Fragen, dann sprechen Sie uns an, wir stehen Ihnen gerne mit unserem fachlichen Rat zur Seite!



Fußerkrankungen



Unsere Füße sind wahre Meisterwerke der Evolution und viel mehr als einfach nur der letzte Teil unseres Körpers. Wir gehen, rennen, springen, tanzen und arbeiten auf ihnen. Unsere Füße leisten Schwerstarbeit. Achtlos zwingen wir sie in häufig viel zu enge Schuhe und schenken ihnen auch sonst wenig Aufmerksamkeit. In unseren Füßen befinden sich Sinneszellen wie in unserem Gesicht. Sie sorgen für Halt, Gleichgewicht und Beweglichkeit. Wir verlangen von unseren Füßen viel und ein Leben lang erbringen sie Höchstleistungen. Und erst wenn es ihnen wirklich schlecht geht, schenken wir ihnen die zuvor häufig verzögerte oder verweigerte Aufmerksamkeit.

Was ist ein Großzehenballen (Hallux valgus)?

Die häufigsten Probleme am Fuß kommen von der Großzehe. Unter einem Großzehenballen versteht man eine Abweichung der Großzehe im Grundgelenk nach kleinzehenwärts.

Die daneben liegende 2. Zehe nimmt oft zusätzlich eine Fehlstellung ein („Hammer-/Krallenzeh“, s.u.). Eine erbliche Vorbelastung ist in der Regel vorhanden.

Enges Schuhwerk begünstigt bei der Fehlstellung, ist allerdings nicht die alleinige Ursache für die Entstehung eines Ballens. Die Fehlbelastung führt zu einer Aufspreizung der beiden ersten Mittelfußknochen und damit zum Heraustreten des ersten Mittelfußköpfchens. Die Knochenanlagerung und das herausgetretene Mittelfußköpfchen bilden den „Ballen“.



Der Großzehenballen ist nach einiger Zeit nicht mehr nur ein kosmetisches Problem, sondern führt zu Schmerzen und anderen Beschwerden am Bein. Passendes Schuhwerk, Einlagen, gezielte Abpolsterung des Ballens und Krankengymnastik können im Frühstadium helfen.

Im fortgeschrittenen Stadium und bei durch o. g. Maßnahmen nicht zu beherrschenden Schmerzen ist häufig eine Operation erforderlich.

Bei dem Großzehenballen gibt es verschiedene Ausprägungsgrade, welche die Art der Operation bestimmen. Im persönlichen Gespräch werden wir Sie genau und individuell beraten.

Was sind Hammerzehen und Krallenzehen?

Hammerzehen und Krallenzehen sind häufige Zehenfehlstellungen, die oft zusammen mit der als Hallux valgus bezeichneten Fehlstellung der Großzehe auftreten.

Hammerzehen und Krallenzehen werden oft synonym verwendet, dabei gibt es einen kleinen Unterschied: Beim Hammerzehen ist entweder nur das Zehenendgelenk gebeugt, oder das Mittelgelenk des Zehs gebeugt und

das Endgelenk gestreckt. Krallenzehen zeichnen sich durch eine starke Überstreckung im Grundgelenk und eine Beugung im Mittel- und Zehenendgelenk aus. Dadurch hat die Zehenspitze bei einem Krallenzeh keinen Kontakt mehr zum Boden.

Für beides kommen verschiedene Ursachen infrage, z.B. ein bestehender Hallux valgus, jahrelanges Tragen von falschem Schuhwerk, Fußfehlstellungen wie Spreiz-, Platt- und Knickfüße oder neurologische und unfallbedingte Fußkrankungen.

Typische Fußprobleme entstehen dadurch, dass die Zehen immer mehr Platz in der Höhe beanspruchen: Die Folge ist, dass die Zehen im Schuh drücken und dort zu schmerzhaften Hühneraugen und Schwielen führen. Kommt keine geeignete Therapie zum Einsatz, verschlechtert sich der Zustand der Füße immer mehr.

Konservative Maßnahmen können Zehengymnastik, Polsterung/Orthesen und das Tragen von offenen, weiten Schuhen sein. Eine nichtoperative Behandlung kann den fort schreitenden Verlauf von Hammer- und Krallenzeh jedoch nicht immer verhindern.

Es kann daher nötig werden, Hammer- oder Krallenzehen operativ zu korrigieren: Nur so gelingt es, die entstandenen Fehlstellungen und Versteifungen dauerhaft zu beseitigen – also krumme Zehen zu richten. Zusätzlich sollte jedoch auch immer die zugrunde liegende Ursache (z.B. ein Hallux valgus) korrigiert werden.

Was ist eine Metatarsalgie?

Dieser Begriff vereint verschiedene Krankheitsbilder mit unterschiedlichen Ursachen und bezeichnet Schmerzen im Mittel-/Vorfußbereich mit Hauptpunkt unter dem Vorfuß. Ursache ist häufig eine falsche Druckverteilung der Mittelfußköpfchen untereinander,

oder ein zu langer 2. und 3. Mittelfußknochen. Alternativ können Verschleißerscheinungen der Gelenke oder gereizte veränderte Nerven eine Metatarsalgie verursachen.

Die operative oder konservative Behandlung richtet sich nach den jeweiligen Ursachen. Zum Beispiel kann ein operatives Anheben oder Verkürzen einer oder mehrerer Mittelfußköpfchen eine bessere Druckverteilung des Fußes erreichen. Alternativ können bei einem gereizten und veränderten Nerv die Nervenschwüre entfernt werden.

Was ist ein Hallux rigidus?

Der Hallux rigidus ist eine verschleißbedingte Erkrankung (Arthrose) des Grundgelenkes der Großzehe, verbunden mit einem schmerzhaften Bewegungsverlust. Die Abrollbewegung wird erschwert und kann zur Gelenkeinstellung führen.

Mögliche Ursachen sind erbliche Faktoren, Mikroverletzungen, Fehl- bzw. Überbelastungen, oder Gicht. Ziel der Behandlung ist ein Fortschreiten des Prozesses zu verhindern, um ein schmerzfreies Laufen zu ermöglichen.

Konservative Maßnahmen wie Einlagen, Schuhzurichtungen, Medikamente, physikalische Therapien können helfen. Sollten diese nicht den gewünschten Erfolg bringen, können chirurgische Behandlungsmethoden angewendet werden.

Die operative Behandlung teilt sich in gelenkerhaltende (z.B. Entfernung der Knochenanbauten), gelenkersetzende (Prothesenversorgung) und nicht gelenkerhaltende Großzehen (Arthrodese des Großzehengrundgelenkes) ein.



Erkrankungen der Hand



Die Hand ist eines der Organe, die dem Menschen ganz besonders eigen sind. Auf kleinstem Raum liegen vielfältige Strukturen dicht beieinander und arbeiten wie in einem Uhrwerk zusammen. Kommt es zu einer Störung, sei es durch Verletzungen oder Erkrankungen, macht sich dies schnell in einer sehr eindrucksvollen Beeinträchtigung bemerkbar.

Bei vielen dieser Störungen genügt zum Glück ein kleiner präziser Eingriff, um eine komplette Heilung zu erreichen. Diese Operation kann meistens wahlweise in örtlicher Betäubung oder in Vollnarkose durchgeführt werden.

Was ist ein Karpaltunnelsyndrom?

Bei dem Karpaltunnelsyndrom kommt es zu einer Druckschädigung des Mittelhandnervs im Bereich des Handgelenkes.

Bei einem Karpaltunnelsyndrom, welches nicht schnell auf konservative Methoden anspricht, sollte

eine Operation nicht hinausgezögert werden, denn ein Nerv kann schnell unumkehrbare Schäden erleiden.

Die Operation kann wahlweise in örtlicher Betäubung oder Allgemeinnarkose erfolgen. Ziel ist es, den Nerv zu entlasten. Dies wird durch eine Eröffnung des sehnigen Daches des Karpaltunnels erreicht. Der Eingriff dauert in der Regel nicht länger als eine Viertelstunde und ist unkompliziert. Meistens empfindet der Patient sofort nach der Operation eine deutliche Beschwerdebesserung bis absolute Schmerzfreiheit.

Wir bieten Ihnen diese Operation als ambulanten Eingriff an. Gibt es jedoch medizinische oder soziale Gründe, können wir Sie auch stationär behandeln.

Was ist ein Schnappfinger / Schnappdaumen?

Bei dieser sehr häufigen Handerkrankung kommt es zu einer Behinderung des Gleitens der Beugesehnen über dem Grundgelenk der Finger oder des Daumens. Diese Behinderung wird durch eine relative Enge des Ringbandes an dieser Stelle verursacht. Das Ringband umschließt die Beugesehnen wie ein kleiner Tunnel.

Die Folge ist ein schmerzhaftes Schnappen des betroffenen Fingers beim Bewegen. Später kommen oft Sehnenknoten hinzu, die das Bewegen noch weiter erschweren.

Konservative Methoden führen meist nicht zu anhaltenden Besserungen, so dass auch hier die Operation empfohlen werden kann. Dieser sehr kleine Eingriff wird in der Regel schmerzfrei in lokaler Betäubung durchgeführt und dauert weniger als 10 Minuten. Sofort kann der Finger wieder ungehindert bewegt werden.

Was ist eine Sehnenscheidenentzündung „de Quervain“?

Dies ist eine Sonderform der Entzündung der Strecksehnen der Hand. Hierbei kommt es zu einer entzündlichen Verdickung der Sehnen-Gleitschicht im ersten Strecksehnenfach. Dieses liegt Daumenseitig am Handgelenk.

Folge ist eine hoch schmerzhaft Behinderung der Handgelenksbeweglichkeit und insbesondere der Daumenbeweglichkeit.

Auch hier führt die konservative Therapie meist nicht zu dauerndem Erfolg, so dass mit dem kleinen, schmerzlosen Eingriff nicht zu lange gewartet werden sollte.

Unter örtlicher Betäubung der Haut wird das direkt unter der Haut liegende Sehnenfach längs gespalten. Die Schnittlänge beträgt um 1,5 cm.

Sofort können Hand und Daumen wieder schmerzfrei bewegt werden.

Was ist Morbus Dupuytren?

Aus noch ungeklärter Ursache kommt es bei einigen Menschen im Laufe der Zeit zu Verhärtungen und Knötchenbildungen im Bereich der hohlhandseitigen Sehnenplatte. Schreitet die Erkrankung voran, ziehen sich diese verhärteten Stränge zusammen und die Finger, meist der Kleinfinger und auch der Ringfinger, krümmen sich zusehend.

Diese Behinderungen stellen die Indikation zur operativen Therapie dar. Über einen Zick-Zack-artigen Schnitt in der Hohlhand werden die verhärteten Stränge schonend aus der Handfläche herauspräpariert. Dieser Eingriff wird mit einer Lupenbrille durchgeführt, um die Gefäße und Nerven zu den Fingern sicher zu schonen.

Die Wundheilung der Haut dauert zwei Wochen, die der Unterhaut etwas länger. Sie müssen nach solch einem Eingriff mit einer Rekonvaleszenz-Phase von etwa 3-4 Wochen rechnen.

Was ist Rhizarthrose?

Es handelt sich hierbei um eine schmerzhaft Abnutzung des Daumensattelgelenkes. Sie ist aufgrund der mechanisch wichtigen Rolle des Daumens häufig im mittleren bis höheren Lebensalter anzutreffen.

Konservative Maßnahmen werden meist durch den niedergelassenen Arzt durchgeführt und umfassen die Ruhigstellung in einer Bandage, die Injektion von Medikamenten oder die Bestrahlung.

Führen diese Maßnahmen nicht zum gewünschten Erfolg, kann eine kleine Operation Beschwerdefreiheit verschaffen.

Ein arthrotisch veränderter Handwurzelknochen wird bei dieser Operation entfernt und durch einen Sehnenplatzhalter ersetzt.

Für die Dauer von sechs Wochen muss eine Orthese getragen werden.

Dann kann die Hand wieder normal benutzt werden.





Sportorthopädie



Ganz wesentliche Behandlungsschwerpunkte der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie sind die Sportorthopädie und Sporttraumatologie, also die Behandlung von sportbedingten Überlastungsschäden und Sportverletzungen.

Neben dem Chefarzt der Klinik verfügt ein Oberarzt über die Zusatzqualifikation „Sportmedizin“, so dass eine hohe medizinische Kompetenz auf diesem Gebiet gegeben ist. Dies und die langjährige Erfahrung in der sportmedizinischen Betreuung auch von Spitzensportlern ist sicher ein wesentlicher Grund, warum mehrere Bundesligavereine die sportmedizinische Betreuung Ihrer Sportler in unsere Hände gegeben haben.



Diese sportmedizinische Expertise aus dem Profisportbereich steht auch Ihnen als Patient in der Akutsituation über unsere Ambulanz 24 Stunden täglich an 7 Tagen in der Woche zur Verfügung. Alternativ gibt es die Möglichkeit über unsere Sprechstunden Beratungstermine zu vereinbaren.

Sollte schließlich eine Operation notwendig werden, so behandeln wir jegliche Sportverletzung im Bereich der oberen und unteren Extremitäten.

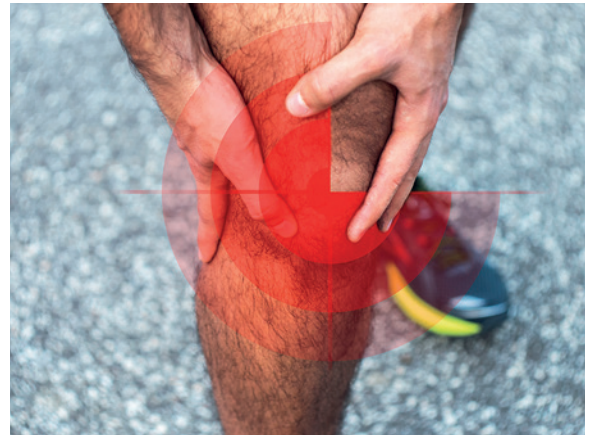
Während ausgewählte Sportverletzungen der oberen Extremität bereits unter dem Beitrag zur Schulterchirurgie besprochen wurden, finden Sie nachfolgend einige Beispiele für typische Sportverletzungen an der unteren Extremität. (Verletzungen der oberen Extremität werden im Kapitel Schulter behandelt.)

Riss des vorderen Kreuzbandes (VKB-Ruptur)

Als größtes Gelenk des Menschen ist das Kniegelenk ein sehr komplex aufgebautes Gelenk mit wichtigen Strukturen, die im Rahmen einer Sportverletzung Schaden nehmen können: der Innen- und der Außenmeniskus, das innere und das äußere Seitenband und die beiden Kreuzbänder. Hier gibt es ein vorderes und ein hinteres Kreuzband, beide Kreuzbänder ziehen durch den Gelenkspalt des Knies und verbinden somit Ober- und Unterschenkel. Im Verlauf kreuzen sich diese beiden Bänder etwa in der Mitte – daher die Bezeichnung „Kreuzbänder“.

Der wesentlich häufigere vordere Kreuzbandriss tritt entweder isoliert auf oder kommt im Zusammenhang mit komplexeren Verletzungen vor. Bei diesen Verletzungsformen können sowohl die Menisken als auch Innen- und Außenband in Mitleidenschaft gezogen werden.

Ein Riss des vorderen Kreuzbandes ist mit einer höheren Instabilität im Knie verbunden und kann erhebliche Schmerzen verursachen. In den meisten Fällen ist daher die Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes aus körpereigenen Sehnen angezeigt, um die Sportfähigkeit wieder herzustellen und langfristig zu erhalten. Hierzu entnehmen wir durch einen kleinen Schnitt am Kniegelenk Sehnen des Oberschenkels und befestigen diese an Oberschenkel und Unterschenkel zur Stabilisierung des Gelenkes. Nach einer konsequenten Rehabilitationsbehandlung ist die volle Sportfähigkeit zumeist nach 6 – 9 Monaten wieder gegeben.



Kniescheiben-Verrenkung (MPFL-Plastik bei Patellaluxationen)

Die vor dem Kniegelenk gelegene Kniescheibe (Patella) ist der wichtige Ansatzpunkt für die großen Sehnen des Beines (Quadrizepssehne und Patellarsehne) und außerordentlich beweglich. Kommt es im Rahmen einer Verletzung zur unfallbedingten Ausrenkung (Luxation) der Kniescheibe, zerreißen auch wichtige Strukturen Ihres Haltebandapparates. Dies hat in der Regel eine bleibende Instabilität der Patella mit wiederkehrenden Verrenkungen und einer entsprechend geminderten Sportfähigkeit zur Folge. In vielen Fällen gelingt es nicht durch konservative Verfahren (Physiotherapie, Bandagenversorgung) eine Stabilität der Knie zu erreichen, so dass eine Operation erforderlich wird. Durch ein minimalinvasives Operationsverfahren stabilisieren wir unter Verwendung einer körpereigenen Sehne die Kniescheibe und verhindern so zuverlässig erneute Verrenkungen.

Meniskusschäden (Meniskusnaht, Teilentfernung, Meniskusersatz)

Innen- und Außenmeniskus als faserknorpelige Scheiben im Kniegelenk sind wesentliche Kraftüberträger, stellen die Formschlüssigkeit zwischen Ober- und Unterschenkelknochen sicher und sind daher wichtige Elemente, die zur lebenslangen Funktionsfähigkeit des Kniegelenkes beitragen. Kommt es nun durch Verschleiß oder ganz akut durch eine Verletzung zur Schädigung des Meniskus, so ist meist ein operatives Vorgehen angezeigt, da der Meniskus keine Selbstheilungstendenz besitzt.

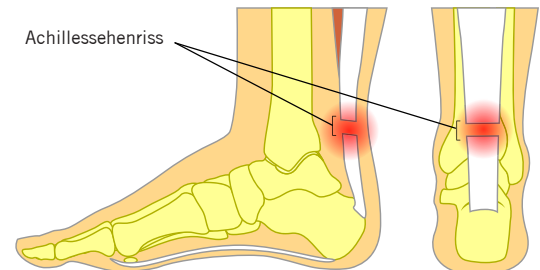
Gerade bei akuten unfallbedingten Meniskusschäden sollte baldmöglichst eine Gelenkspiegelung (Arthroskopie) erfolgen, um den gerissenen Meniskus möglicherweise nähen und damit im Original erhalten zu können. In manchen Fällen, vor allem bei verschleißbedingten Schäden, muss der Geschädigte Meniskusteil sparsam entfernt werden, um die Beschwerden zu beseitigen. Bei besonders schwerwiegenden Verletzungen des kompletten Meniskus ist auch ein kompletter Meniskusersatz möglich.

In jedem Fall besprechen wir mit Ihnen vor einem operativen Eingriff die genaue Durchführung und die für Sie individuell beste Lösung.

Achillessehnenriss (minimalinvasive Naht der Achillessehne mit nur winzigen Hautschnitten)

Die Achillessehne ist die stärkste Sehne des menschlichen Körpers und verbindet den Wadenmuskel „Musculus Triceps Surae“ mit dem Fersenbein. Der Wadenmuskel ermöglicht es uns, die Fußspitze nach unten zu senken (etwa beim Drücken des Gaspedals im Auto oder beim Gang auf den Zehenspitzen). Die Achillessehne hat eine Länge von zehn bis zwölf Zentimetern und wird in Maximalsituationen mit dem zehnfachen Körpergewicht belastet. Kommt es zu einer Verletzung der Sehne, so ist zumeist die Fähigkeit aufgehoben, den Fuß kraftvoll beim Laufen abzu- drücken oder sich auf die Zehenspitzen zu stellen. In den meisten Fällen zieht der Muskel die gerissenen Sehnenenden so weit auseinander, dass eine spontane Heilung unter konservativer Behandlung unmöglich ist. Dann muss die Sehne im Rahmen einer Operation genäht werden.

Hierzu wird in unserer Klinik, wann immer möglich, ein modernes minimalinvasives Verfahren eingesetzt und über nur einen winzigen Hautschnitt fernab des Sehnenrisses gearbeitet. Ein großer Hautschnitt im Fersenbereich wird so vermieden. Dies hat eine wesentlich geringere Schmerzhaftigkeit und Narbenbildung und eine wesentlich frühere Belastbarkeit der Sehne zur Folge.



Versorgung knöcherner Verletzungen

Selbstverständlich versorgen wir mit unserem hochspezialisierten Team auch sämtliche sportbedingten knöchernen Verletzungen im Rahmen unserer unfallchirurgischen Tätigkeit. Sollte eine Operation erforderlich sein, kommen in allen Fällen moderne Titanimplantate zum Einsatz, die eine hohe Gewebeerträglichkeit und kein Allergiepotehtial aufweisen.

Diese Implantate können grundsätzlich lebenslang im Körper verbleiben, es sei denn, der Patient wünscht die Entfernung.