

Kreuzband Rehabilitation

Die von uns angewendeten OP-Techniken ermöglichen in der Regel eine sofortige Belastung oder Teilbelastung und freie Beweglichkeit des Kniegelenkes. Der Patient kann nach 2–3 Tagen die Klinik verlassen und ist bis auf den Wundschmerz wieder voll einsetzbar. Eine intensive Rehabilitationsphase sollte frühzeitig einsetzen, um den Muskel zeitnah wieder aufzubauen und die Beweglichkeit des Kniegelenkes herzustellen. Die sportlichen Aktivitäten beginnen früh, nach ca. 3 Monaten, wobei Kollisionssportarten wie Fußball, Handball oder ähnliches frühestens 9–12 Monate nach der Operation ausgeübt werden sollten.

Mit verschiedenen gesetzlichen Kostenträgern bestehen sogenannte integrierte Versorgungsverträge, welche die Heilbehandlung im Rahmen einer Physiotherapie ohne zusätzliche Kosten gewährleisten.



Dr. Holz



Dr. Lütten



Dr. Ilg



Prof. Dr. Hansen-
Algenstaedt

Hier finden Sie uns



Öffentliche Verkehrsmittel:

U-Bahn: U1 Hallerstraße
Bus: 115 Hallerstraße, 109 Sophienterrasse

**Praxis Dres. med. Carsten Lütten,
Johannes Holz, Ansgar Ilg und
Prof. Dr. med. Nils Hansen-Algenstaedt**
Hansastraße 1–3, 20149 Hamburg
Tel.: 040 - 44 36 39, Fax: 040 - 410 63 07
E-Mail: info@oc-h.de

Offizielles Medizinzentrum

OLYMPIASTÜTZPUNKT
HAMBURG/SCHLESWIG-HOLSTEIN



Park-Klinik Manhagen

Sieker Landstraße 19
22927 Großhansdorf
www.park-klinik-manhagen.de

Park-Klinik
MANHAGEN
— Die Klinik der Spezialisten

Weitere Informationen erhalten Sie unter:
www.orthocentrum-hamburg.de

PATIENTENINFORMATION MENISKUS & KREUZBAND



Hamburg
**Ortho
Centrum**

Dr. C. Lütten - Dr. J. Holz - Dr. A. Ilg,
Prof. Dr. N. Hansen-Algenstaedt

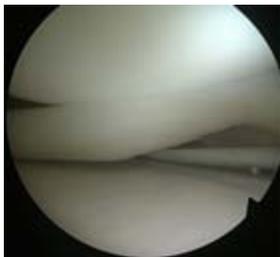
Orthopädie
Endoprothetik
Sporttraumatologie
Kompetenzzentrum Knorpelchirurgie
Wirbelsäulenchirurgie

Der Meniskus

Außen- und Innenmeniskus sind wichtige Bestandteile des Knieinnenraums. Sie harmonisieren das Zusammenspiel der runden Oberschenkelgelenkfläche mit der relativ flachen Gelenkfläche des Unterschenkels und verteilen hierbei die Kräfte ideal im Gelenk. Kommt es zur Schädigung des Meniskus kann es in Folge zur Gelenkflächenschädigung bis hin zu einer Arthrose (Gelenkverschleißkrankung) kommen. Meniskusverletzungen sollten daher in der Regel operativ, arthroskopisch versorgt werden. Dabei gilt: Je früher der Schaden behandelt wird, desto mehr kann vom eigenen Meniskus erhalten werden. Nachuntersuchungen zeigen, dass der Meniskuserhalt langfristig besser ist als eine Meniskusentfernung. Im Rahmen einer arthrotischen Begutachtung kann der operierende Arzt über die Möglichkeit der anzuwendenden Therapie entscheiden.

Meniskus Naht

Neue Meniskus-Fixationsmethoden (z.B.: Fast-Fix) stellen eine hochwertige und sichere Nahtverankerung dar, mit denen Meniskusrisse auch in schwer zugänglichen Bereichen des Kniegelenkes für den Patienten sehr schonend versorgt werden können. Der Faden wird dabei durch die beiden Risskanten gezogen und fest geknotet.



Ruptur Meniskus



Meniskusnaht

Meniskus Teilentfernung

In jenen Fällen, bei denen das Meniskusgewebe nicht refixiert oder erhalten werden kann (z.B. bei degenerierter Meniskussubstanz) werden Anteile des Meniskus sparsam entfernt. Dabei sollte so viel Meniskussubstanz erhalten werden wie möglich. Es müssen jedoch die Anteile entfernt werden, die die Gelenkfläche schädigen und eine frühzeitige Arthroseentwicklung begünstigen würden.

Meniskus Transplantat

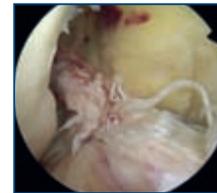
Das Kollagen-Meniskus-Implantat besteht aus einem schwammartigen hochgereinigten Kollagen und hat in etwa die gleiche Form wie der natürlich Meniskus. Bei der Operation wird das Implantat an den Rest des übrigen Meniskus genäht. Aus den noch vorhandenen Resten des eigenen Meniskus wachsen innerhalb der nächsten Wochen Knorpelzellen in das künstliche Kollagengerüst ein. Das Implantat wird nach und nach körperverträglich abgebaut, sodass am Ende der Körper wieder einen alltagsbelastbaren Meniskusersatz gebildet hat. Langzeitergebnisse liegen zum Meniskusersatz noch nicht vor, sodass lediglich beim weitgehend kompletten Verlust des Originalmeniskus bei erhaltenen Gelenkflächen diese als experimentell einzustufende Methode zum Einsatz kommt.

Kreuzband Transplantat

Als Transplantat verwenden wir das mittlere Patellarsehnedrittel mit Knochenanteil (BTB = Bone-Tendon-Bone) oder die gevierfachte Semitendinosusehne (ST-Sehne). Das Kreuzband selbst wird mit resorbierbaren Schrauben im Bohrkanaal fixiert, die sich nach der Operation vollständig auflösen, sodass sich eine erneute Operation zur Materialentfernung erübrigt.

Das Kreuzband

Sowohl das vordere als auch das hintere Kreuzband stellen den zentralen Stützfeiler des Kniegelenkes dar. Hierbei ist die Verletzung des vorderen Kreuzbandes viel häufiger als die des hinteren. Für die Stabilität des Kniegelenkes ist die Reparatur des vorderen Kreuzbandes unumgänglich. Die Reparatur des hinteren Kreuzbandes erfolgt in der Regel lediglich bei ausbleibendem konservativen Therapieerfolg, wenn also eine komplexe hintere Kniegelenkinstabilität bestehen bleibt. Beide Prozeduren führen wir endoskopisch durch.

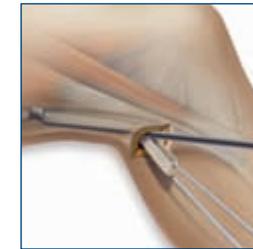


Ruptur vorderes Kreuzband



Transplantat vorderes Kreuzband

Das Knie



Semi-Entnahme: Entnahme der ST-Sehne über einen ca. 2–6 cm langen Hautschnitt unterhalb des Kniegelenks



BTB-Entnahmestelle: Die Entnahmestellen werden bei der BTB mit eigenen Knochenanteilen wieder aufgefüllt, sodass das Transplantatentnahmelager vollständig wieder hergestellt wird

Autologe vordere Kreuzbandplastik

Die Versorgung einer vorderen Kreuzbandruptur erfolgt entweder innerhalb der ersten Stunden nach dem Unfall oder ca. 3–6 Wochen später, wenn die unmittelbaren Unfallfolgen wie Schwellung und Bewegungseinschränkungen überwunden sind.

Zunächst wird über die Arthroskopiezugänge die exakte Position der Bohrkanaäle und damit des neuen Kreuzbandes im Ober- und Unterschenkelknochen geplant und mittels spezieller Fräsen gebohrt. Es wird dann das Transplantat (entweder Patella-Sehnedrittel oder ST-Sehne) in die Bohrkanaäle eingezogen und gelenknah mit einer komplett resorbierbaren Interferenzschraube verankert oder mit kleinen Titanstiften in einer All-Inside-Technik fest verankert.

Autologe hintere Kreuzbandplastik

Bei der hinteren Kreuzbandplastik (Transplantat: ST-Sehne) wird ebenfalls zunächst die anatomisch korrekte Lage des neuen hinteren Kreuzbandes bestimmt. Es werden dann die Bohrkanaäle angelegt und das anschließend eingezogene Transplantat mit resorbierbaren Schrauben im Bohrkanaal sicher fixiert.

Weiteres Informations-, Bild- und Videomaterial finden Sie auf unserer Homepage unter:

www.orthocentrum-hamburg.de