



Die Arthrose des oberen Sprunggelenkes (OSG Arthrose)

Auch das obere Sprunggelenk (OSG) kann von Arthrose befallen sein. Wir kennen **verschiedene Ursachen** wie unfallbedingte Arthrose (posttraumatische Arthrose), abnutzungsbedingte Arthrose (primäre Arthrose) oder selten auch andere Ursache wie Stoffwechselerkrankungen, etc. Es gibt zudem verschiedene **Stadien der Arthrose**: Im Frühstadium der Arthrose schmerzen oft die umgebenden Weichteilstrukturen wie die Gelenkkapsel mit ihrer Schleimhaut (Synovia) die sich entzündet, Bänder und auch Knochen des OSG, danach, mit fortschreitender Knorpelschädigung nimmt die mechanische Belastung im Gelenk zu. Der Körper versucht, die Reibungszunahme durch eine Einschränkung der Gelenkbeweglichkeit zu kompensieren und lagert am Gelenkrand Knochenneubildungen (sogenannte Osteophyten) an. Auf dem Röntgenbild sind dies sichere Zeichen der Arthrose und verursachen Bewegungseinschränkungen wie auch Einklemm- phänomene mit der Gelenksschleimhaut. Wir sprechen von Impingement und meinen damit die unberechenbar auftretenden, oft stechend einschneidenden Einklemmungsschmerzen. Der Impingement-Schmerz ist intensiver als der eigentliche Gelenkschmerz. Später beginnt das Gelenk sich einzustEIFEN. Im Endstadium ist die Gelenkknorpelschicht aufgebraucht, es kommt zur direkten Reibung von Knochen auf Knochen und die Schmerzen nehmen stark zu.

Wir stellen die **Diagnose** mittels der Fussuntersuchung und einem Röntgenbild des OSG in 2 Ebenen. Im Frühstadium finden wir Druckschmerzen im oberen Sprunggelenkspalt, oft auch ein Knirschen bzw. Reibephänomene (Crepitatio) der chronisch verdickten Gelenksschleimhaut und eine im Vergleich mit der Gegenseite spürbare Einschränkung der Beweglichkeit. Im fortgeschrittenen Stadium stehen Schmerzen und Bewegungseinschränkung im Vordergrund. Das Röntgenbild zeigt eine Verschmälerung des Gelenkspaltes und Osteophyten.

Die **Behandlung der OSG Arthrose** besteht in nicht operativen und operativen Massnahmen: Neben **schmerz- und entzündungshemmenden Medikamenten** (sogenannte nicht-steroidale Antirheumatika NSAR) die in Tabletten oder Salbenform angewendet werden können, helfen in den frühen Stadien auch **Physiotherapie, Einlagerversorgungen** und **sogenannte Fuss-Sprunggelenksorthesen** die das OSG äusserlich fest umschliessen, stabilisieren und die Gelenkbeweglichkeit auf ein Minimum reduzieren. Natürlich ist auch eine **Entlastung, beispielsweise mit Stöcken** hilfreich. Wenn all diese Massnahmen nicht mehr helfen, muss eine **Operation** in Erwägung gezogen werden. **Drei Operationsmethoden** kommen bei der OSG-Arthrose in Betracht:

- Die **arthroskopische Gelenkstoilette (Spiegelung des oberen Sprunggelenkes)**
- Die **Versteifung des oberen Sprunggelenkes (OSG Arthrodes)**
- Das **Kunstgelenk des oberen Sprunggelenkes (OSG-Prothese)**

Die **arthroskopische Gelenkstoilette (Spiegelung des oberen Sprunggelenkes)** kommt im Frühstadium der Arthrose zur Anwendung. Es geht dabei darum, die zum Impingement führenden Exostosen zu beseitigen und die vernarbte Schleimhaut im Bereich des vorderen

oberen Sprunggelenkspaltes zu entfernen. Neben der Schmerzbefreiung kann so meist auch eine Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit erreicht werden.

Durch die **Versteifung des oberen Sprunggelenkes (OSG Arthrodes)** wird die schmerzhafteste Beweglichkeit aufgehoben und so die Schmerzen dauerhaft beseitigt. Auch Achsenfehlstellungen oder Instabilitäten zusammen mit Arthrosen des OSG können behoben werden. Keine andere Operationsmethode vermag das veränderte OSG derart wirkungsvoll zu stabilisieren und die Schmerzen so sicher zu reduzieren wie die **Versteifung des oberen Sprunggelenkes (OSG Arthrodes)**. Den durch die Versteifung bedingten Verlust an Beweglichkeit vermögen die dem OSG benachbarten Gelenke zum Teil zu kompensieren. Der Rest kann durch kleine Schuhanpassungen korrigiert werden.

Beim **Kunstgelenkersatz des oberen Sprunggelenkes (OSG-Prothese)** kann eine Restbeweglichkeit beibehalten werden. Dies entlastet die benachbarten Gelenke und ermöglicht ein natürlicheres Gangbild als die Versteifungsoperation. Die Resultate der letzten Jahre betreffend Schmerzreduktion und Funktion der OSG-Prothesen sind günstig, so dass diese Operation bei speziell dafür geeigneten Patienten in Frage kommt. Der Nachteil gegenüber der Arthrodes ist die geringere Belastbarkeit und die unsichere Lebensdauer des Kunstgelenk mit später möglichen Ersatzoperationen. Ein **Kunstgelenk darf nicht eingesetzt werden bei** schlechter Restbeweglichkeit im arthrotisch veränderten OSG, Bandinstabilität im OSG, schlecht erhaltener Gelenkkontur, komplexen Rückfussfehlstellungen, belastender Tätigkeit, Diabetes mellitus, Durchblutungsstörungen der Beine, chronischen Schwellungen der Beine, stattgefundenen Infektion am OSG.

Die **Nachbehandlung** ist bei beiden Verfahren ähnlich. Nach gesicherter Wundheilung, d.h. nach drei bis vier Tagen, kann die definitive Stabilisierungshilfe (Innosteporthese oder Unterschenkelgips) angepasst werden. In der Regel folgt eine vierwöchige Phase ohne relevante Belastung des operierten Fusses. Bei gutem Heilungsverlauf kann das Gewicht nach Röntgenkontrolle gesteigert werden. Nach acht Wochen kann meisten mit dem Gehen stockfrei und unter Vollbelastung begonnen werden. Auch dieser Schritt braucht eine mehrwöchige Adaptationsphase, sodass etwa drei Monate nach der Operation ein flüssiges Abrollen möglich wird. Dann ist auch der Zeitpunkt für eventuelle Schuhanpassungen gekommen.

Risiken und Komplikationen wie Wundheilungsstörungen, anhaltende postoperative Schmerzen, Fehlverheilung, Prothesenlockerung oder Protheseninfekt kommen je nach Literaturangabe bei ca. 10% der Fälle vor.

Die **Arbeitsunfähigkeit** dauert für reine Bürotätigkeiten mindestens 2 bis 3 Wochen. In beruflich belastenderen Tätigkeiten wie häufiges Gehen und Stehen oder gar Tätigkeiten auf dem Bau ist mit einer längeren Arbeitsunfähigkeit bis gegen 4 Monate zu rechnen. Auf sportliche Aktivitäten muss nicht unbedingt verzichtet werden. Tätigkeiten wie Wandern, Skifahren, Radfahren, Schwimmen usw. sind fast immer möglich.

Für weitere Informationen wenden Sie sich an:

Dr.med. Rolf F. Oetiker

Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates

Hünenbergerstrasse 8

CH-6330 Cham / Zug

+41 41 781 49 49 Tel

+41 41 781 56 56 Fax

info@orthozentrum.ch