



Management der Flexionskontraktur und des Genu recurvatum

Georg Matziolis

Flexionskontraktur

Ursachen

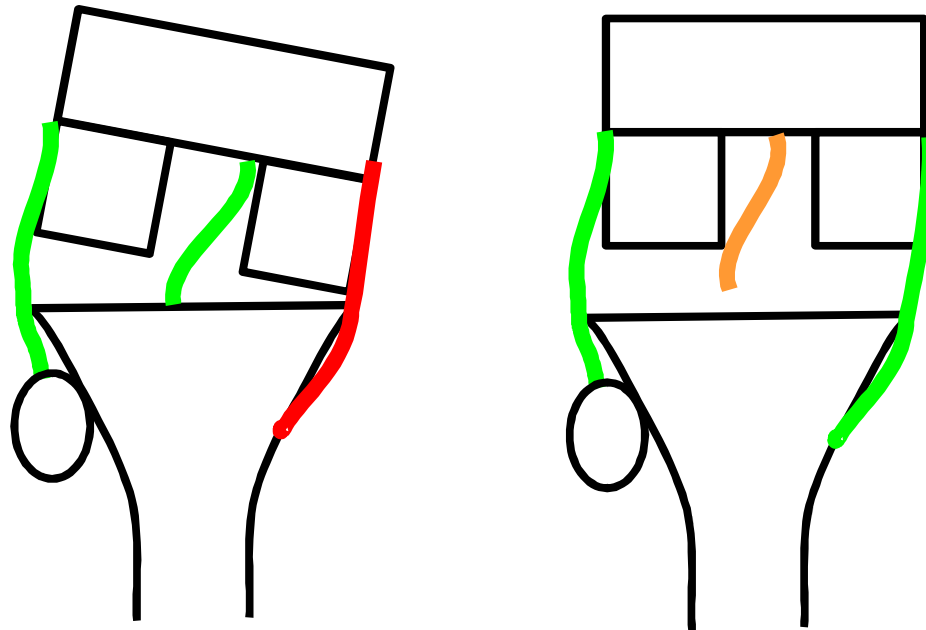
- posteriore Osteophyten
- HKB - Kontraktur
- Kapselkontraktur
- Beckenschiefstand / Beinlängendifferenz
- muskuläre Dysbalance (Beuger / Strecker)
- idiopathische Arthrofibrose
- psychisch / psychosomatisch

Posteriore Osteophyten

- vollständige Entfernung
- Abschlagen am Probeteil
- Hyperflexion am hängenden Bein
- DD Fabella => kann verbleiben

HKB Kontraktur

- fast immer relativ zu kurz
- keine echte Kontraktur



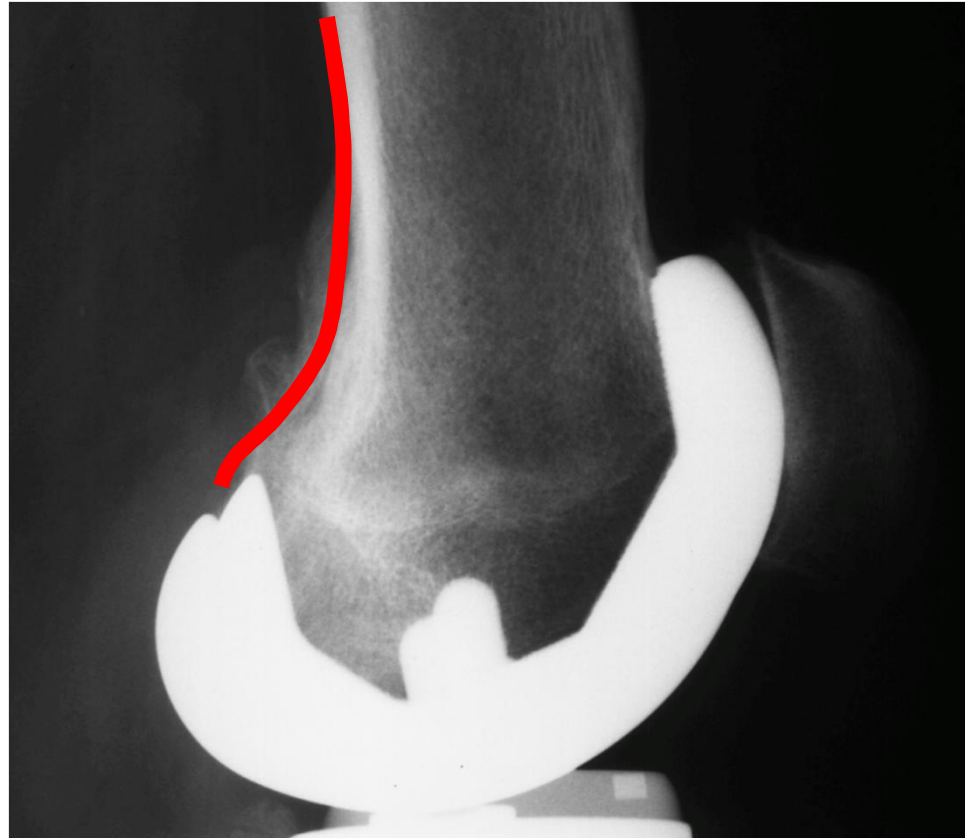
HKB Kontraktur

- zu geringe tibiale Resektion (Bsp. 8mm bei 10mm Inlay)
- Änderung des tibialen Slopes (Bsp. $10^\circ \Rightarrow 3^\circ$)
- mediales Release bis zur Spaltensymmetrie bei lateraler Instabilität

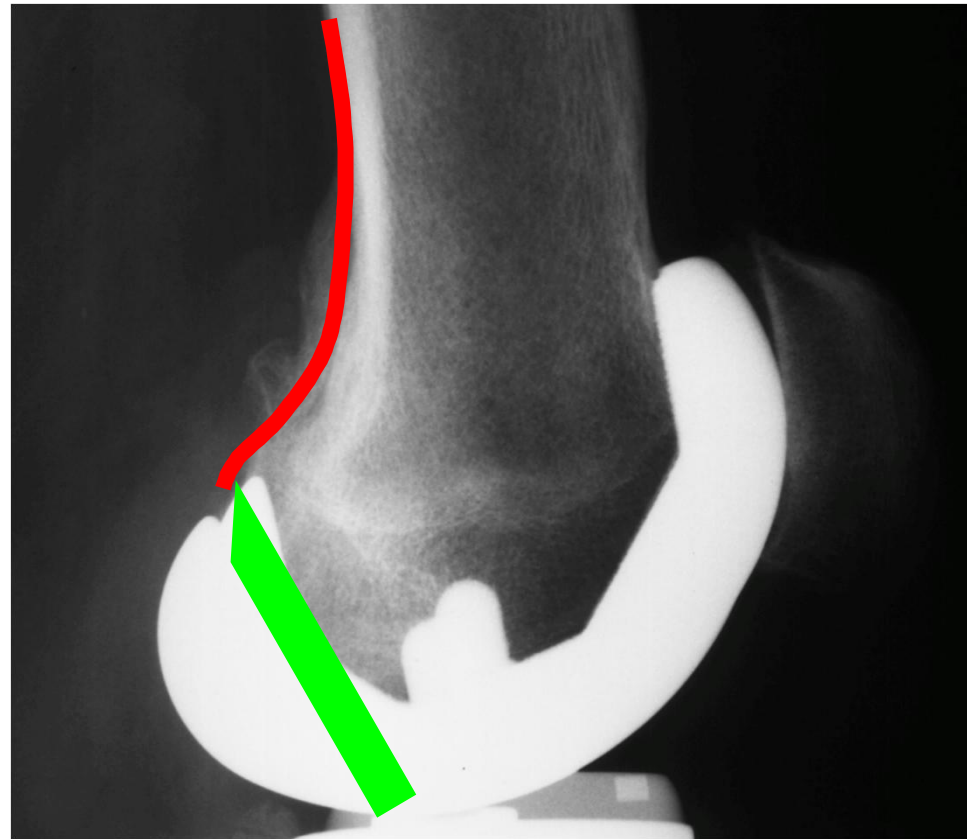
HKB Kontraktur

- Release
- Resektion + UCOR
- Resektion + PS

Posteriore Kapsel



Posteriore Kapsel



Posteriore Kapsel



Mm. Gastrocnemii

- wenn post. Kapselrelease nicht ausreichend Resektion der femoralen Ansätze der Mm. Gastrocnemii
- kein funktionelles Defizit

Muskuläre Dysbalance

- verschiedenste neurologische Grunderkrankungen
- M. Parkinson
- Multiple Sklerose
- Amyotrophe Lateralsklerose
- ...

Muskuläre Dysbalance

- großzügige Indikation zum Hinge
- Resektion der Seitenbänder und „lockere“ Implantation
- = vermehrte tibiale und femorale Resektion (je + 2mm)

„Idiopathische“ Arthrofibrose

- TEP nach Trauma oder vor-OP
- HTO
- Rekonstruktive OP (VKB, HKB, posterolaterale Stabilisierung, ...)
- TEP bei floridem M. Ahlbäck
- M. Sudeck

„Idiopathische“ Arthrofibrose

- Hands Off wenn irgend möglich
- bei klarer TEP Indikation scharfe Aufklärung und großzügige Indikation zur Kopplung
- oft frustran

Psychogen / Psychosomatisch

- Streckdefizit bereits prä-OP oft ohne relevante Arthrose
- aktives Anspannen bei Erreichen der Streckgrenze
- Schmerz \Leftrightarrow Bildgebung
- Schmerzreduktion \Leftrightarrow Analgetika

Psychogen / Psychosomatisch

- keine OP!



Genu Recurvatum

Ursachen

- Bindegewebschwäche (Bsp. Ehlers Danlos)
- Z.n. Poliomyelitis
- intra-OP Fehler
 - vermehrte femorale / tibiale Resektion
 - ant. tibialer Slope
 - extendiertes Femurteil
- extraartikulärer Fehler

Bindegewebschwäche

- Underresection sinnlos
- Indikation zur Koppelung
- Hinge

Z.n. Poliomyelitis

- Genu recurvatum belassen!
- wenn möglich kein Hinge
 - Überlastung des
Kopplungsmechanismus
 - Verhinderung der notwendigen
Überstreckbarkeit

Intra-OP Fehler

- Suchen und Korrigieren
- Aufeinanderstellen der tibialen und distalen femoralen Resektion sollte 5° Flexion ergeben (Antekurvatur + Slope)
- wenn Vollstreckung / Überstreckung entweder extendiertes Femur oder ant. tibialer Slope

Intra-OP Fehler

- Streckspalt zu groß => distale femorale Augmentation
- Koppelung kein Ersatz für Augmentation
 - Joint Line
 - Überlastung des Mechanismus

Extraartikulärer Fehler

- sollte prä-OP auffallen (Planung!)
- Z.n. Fraktur oder Korrekturosteotomie
- selten rekurviertes Fehlwachstum (Larsen Syndrom)
- Abwägung extraartikuläre Korrektur im CORA vs. Belassen vs. Koppelung

Zusammenfassung

- Streckdefizit regelhaft bei Arthrose
- Osteophytenentfernung und Kapselrelease meist ausreichend
- Hauptproblem: da häufig können andere Ursachen übersehen werden

Zusammenfassung

- Genu recurvatum fällt prä-OP auf, da selten
- Vorgehen je nach Ursache
- intra-OP entwickeltes Recurvatum kann und muss korrigiert werden, da immer OP-Fehler ursächlich ist

Vielen Dank !