

VERHALTENSEMPFEHLUNGEN NACH KNIE-TOTALENDOPROTHESE (TEP)

Sehr geehrte Patient:innen,

das Kniegelenk ist ein Drehgleitgelenk mit komplizierter Bändersicherung und eigentlich 3 Gelenkkomponenten, welches seit Jahrzehnten erfolgreich durch einen endoprothetischen Ersatz (teilweise oder komplett) in seiner Funktion nachgeahmt werden kann. Einen normalen Heilverlauf vorausgesetzt, gibt es mittel- bzw. langfristig hinsichtlich der alltäglichen Aktivitäten nahezu keine Einschränkungen. Etwaige grundsätzliche Einschränkungen in den ersten Wochen und Monaten bzw. langfristige Probleme ergeben sich aus dem grundsätzlich zu erwartenden Abrieb der Gleitpaarung, der öfter limitierten Kniescheibenführung, der Weichteil-Kapselreizung, der Bandsicherung und dem Knochenbruchrisiko in Nähe der eingebrachten Implantate bei Spitzenbelastungen.

Risiko Protheseneinstauchung/Knochenbruch um die Prothese:

Da i.d.R. eine Zementunterfütterung vorliegt, ist dieses Komplikationsrisiko eigentlich nur bei sehr schlechter Knochenqualität oder komplizierten Wechselsituationen bzw. Knochenaufbauplastik gegeben. Durch zu große Krafteinwirkung (z. B. unvorsichtiger Abruptauftritt, Stolpern, Sprung) kann die Prothese ihre Lage im Knochen bis schlimmstenfalls zum umgebenden Knochenbruch bzw. Abkippen mit Einstauchung ändern. Vermeiden Sie in jedem Fall heftige Stoßbewegungen, unsicheres Gelände und Sturzrisiken für zumindest 3 Monate. Falls Sie noch eine Entlastungsvorgabe haben, sollten Sie Ihr Bein ggf. teilunterstützen.

Schlafposition:

In den ersten 4 Wochen ist eher die Rücken- oder Seitlage (ggf. Handtuch/ Kissenpolster zwischen Knien) zu bevorzugen. Die Bauchlage kann noch zu Weichteilreizungen führen. Unterlagern Sie Ihr Knie während der Nacht bitte nicht mit einer Knierolle oder dickem Kissen (Verkürzung der Beugemuskulatur!).

Sitzen:

Bei längerem Sitzen sollte die Kniebeugung möglichst nicht über 90 Grad liegen. In Abhängigkeit von den häuslichen Sitzgelegenheiten sollten entsprechende Sitzkissen (nicht verordnungsfähig) untergelegt werden. Beim Aufstehen aus tieferer Sitzposition sollten Sie sich ggf. abstützen. Gleichlautend ist eine tieferhockende belastete Körperposition >30 Grad innerhalb der ersten 3 Monate nicht erwünscht. Tiefer Fersensitz sollte dauerhaft unterlassen werden. Längeres Sitzen >1 Stunde sollte in den ersten 6 Wochen vermieden werden (Schwellneigung). Eine Toilettensitzerhöhung ist i.d.R. nicht erforderlich.

Autofahren:

Um keine akute Gefahrensituation im Verkehr zu provozieren und eine ausreichende Brems- und Kupplungskraft sowie Reaktionsfähigkeit sicherzustellen, sollten Sie ein Auto frühestens nach 6 Wochen selbst führen (dies gilt auch bei Automatikgetriebe). Als Mitfahrer:in können Sie jedoch frühzeitig das Auto bei nicht zu tiefer Sitzposition benutzen. Generell gilt, dass Sie sich bei Kupplungsgetriebe und

linksseitiger, speziell komplizierter Prothesenverankerung bzw. Weichteilreizung ggf. einen zeitlichen „Aufschlag“ von 4 Wochen bis zur besseren muskulären Gelenksicherung gönnen sollten. Sollten Sie die Gehhilfe nur noch auf längerer Gehstrecke benötigen, sind Sie selbst für die globale Sicherheitsbeurteilung und realistische Einschätzung des schmerzfreien Reaktionsvermögens bei der Pedalnutzung mitverantwortlich. Der Autositz sollte bzgl. Sitzhöhe und Pedalabstand so eingestellt werden, dass Ihr Knie nicht über 60 Grad gebeugt wird.

Anziehen:

Das Anziehen der Schuhe bzw. Strümpfe kann zunächst etwas Probleme bereiten. Hier kann Ihnen ein langer Schuhlöffel bzw. eine Strumpfanziehhilfe weiterhelfen. Ggf. können Sie die Schuhschnürung lockerer halten oder Schuhe mit Klettverschluss nutzen.

Schuhe:

Benutzen Sie insbesondere in den ersten Wochen festes Schuhwerk mit gedämpfter Sohle. Hohe und insbesondere schmale Absätze sollten wegen der Unsicherheit beim Gehen und Überlastung des Streckapparates eher reduziert werden. Ein ggf. zu verordnendes Fersenkissen oder eine Schuhänderung wird bei relevanten Beinlängendifferenzen (i.d.R. > 1cm) durch den:die Arzt:in verordnet. Mitunter können sich relative Beinlängenunterschiede bei muskulärer Verspannung oder Beckenverwringung noch ausgleichen. Ältere schiefe Einlagen- oder Sohlenzurichtungen sind meistens auf plane Flächen zu korrigieren.

Hilfsmittel:

Jede:r Patient:in erhält nach der Operation für die ersten Wochen bis ca. 2 Monate entsprechende Gehhilfsmittel. Bei ausreichender Gangsicherheit würde es sich am ehesten um Unterarmgehstützen zur muskulären Balancesicherung handeln (ggf. ab der 4. Woche Nordic Walking Stöcke). Bei entsprechender vorbestehender Gangunsicherheit, u. a. auch aufgrund anderer Erkrankungen (Hüfte, Knie der Gegenseite, Wirbelsäule), sind andere Gehhilfsmittel wie der Rollator oder der Unterarmgehwagen angezeigt. Andere Hilfsmittel wie Toilettensitzerhöhung, Sitzkissen, Strumpfanziehhilfe oder eine neue Schuhzurichtung sind eher selten erforderlich.

Gehstützen:

Innerhäuslich ist auf Zimmerebene bei kontrolliertem Schritt ab Wundheilung freies Gehen erlaubt. Bei überwiegend vorliegender Zementunterfütterung der Prothesenkomponenten können die Gehhilfen abhängig von Gangsymmetrie, Muskelkraft und Schmerz- bzw. Reizzustand (ergussfreies Gelenk, zentrierte Kniescheibe) ab der 2.-4. postoperativen Woche langsam entwöhnt werden. Innerhäuslich ist dann meistens zwischen 50-100 m nur 1 Gehstütze auf der Gegenseite erforderlich. Außerhause kann ab der 4. Woche mit 1 Gehstütze von 250 - ca. 500 m am Stück belastet werden (nur bei ausreichender Beinstabilität ohne Ausweichhaltung). Darüber hinaus ist eine komplette Gehstützenentwöhnung dann möglich, wenn die knieumgreifende Oberschenkelmuskulatur entsprechend aufgebaut ist, ein ruhiger Einbeinstand möglich ist und Sie ein flüssiges-harmonisches Gangbild zeigen (dies ist bei Knietotalendoprothesen oft nach 4-6 Wochen der Fall; bei Schlittenprothese bereits nach 4 Wochen). Fragen Sie gegebenenfalls Ihre:n Operateur:in oder nachbehandelnde:n Arzt:in.

Gehstrecke:

Eine grundsätzlich vorgeschriebene Gehstreckenlimitierung gibt es eigentlich nicht. Sie sollten stets Ihre Kondition und muskuläre Sicherheitsreserve realistisch einschätzen. Ebene Gehwege ggf. mit Unterbrechungsmöglichkeit zum Sitzen sind in den ersten 4 Wochen zu bevorzugen. Größere Steigbeanspruchung ist erst ab ca. 6 Wochen dosiert auszuprobieren. Mäßige Schrägen können ca. ab der 3.-4. Woche begangen werden. Als Faustregel empfehlen wir in den ersten 2 Wochen max. 100-250 m am Stück, ab der 2.-3. Woche max. 500-1000 m am Stück und dann bis zur 6. Woche max. 2-3 km am Stück mit (!) Gehhilfen. Das Gelände sollte stets ausreichend gesichert, nicht zu uneben oder rutschig sein. Schräg-abschüssiges Gelände sollte 2-3 Monate gemieden werden. Im Dunkeln sieht man naturgemäß schlechter und weniger! Darüber hinaus sollten Sie in der ersten Zeit auch längeres Stehen auf der Stelle (>15 min bis zur 6. Woche; >30 min bis zur 12. Woche) wegen Ermüdungstendenz der Muskulatur besser unterlassen.

Treppensteigen:

Beim Hinaufgehen sollte eine Hand das Geländer umgreifen, die andere den Gehstock. Das gute (nicht operierte) Bein steigt zuerst, dann das andere Bein und zum Schluss der Gehstock. Beim Hinuntergehen geht das schlechte Bein zusammen mit dem Gehstock zuerst, anschließend folgt das gute (nicht operierte) Bein. Gehen sie jeweils nur eine Stufe.

Merke: „Das gute Bein zum Himmel, das schlechte zur Hölle.“

Alternierendes Treppensteigen sollte zum Schutz des Streckapparates erst ab der 3.-4. postoperativen Woche erfolgen.

Knien/Beugebelastung:

Kurzzeitiges beidseitiges Aufknien ist ab der 4. Woche zum Transferwechsel i.d.R. möglich. Kurze Tätigkeiten mit wechselndem, nicht unterstütztem Auflagedruck (5-10 min) sind frühestens ab der 6., besser ab der 8.-12. Woche tolerabel. Stehen Sie in dieser Zeit bevorzugt mit Unterstützung (z. B. Hochdrücken am Stuhl) oder unter ausgestellter Abstützung an den Oberschenkeln über das gesündere Bein auf. Bei später längerem Aufknien sollten Sie ein Kniepolster unterlagern. Berufliche Arbeiten mit regelmäßigem Knien, Hocksitz, Tiefsitzen oder belasteter Beugebeanspruchung >60 Grad sind auf Dauer wegen Knie-scheibenüberlastung und Druckscherkräften auf die Prothese nicht geeignet.

Tragen von Lasten:

Langfristig gibt es hinsichtlich des Tragens von Lasten, die 20-30% des eigenen Körpergewichts nicht überschreiten, keine Einschränkungen. Die Lasten sollten entsprechend rumpfnah getragen werden. Verdrehbewegungen unter Last, insbesondere einbeinig, auf schrägem Gelände und über enge Steigen sollten nicht regelmäßig stattfinden. Beim aufrechten Heben und Tragen schwerer Lasten, was nicht grundsätzlich verboten ist, sollte aber eine entsprechende allgemeine Vorsicht gelten.

Baden und Duschen:

Sofern die Wunde ohne Probleme geheilt ist und Sie eine trockene und reizlose Narbe haben, ist anschließend zumindest das Duschen erlaubt. Ggf. Schutz durch wasserabweisendes Pflaster. Es sollte für eine entsprechende rutschfeste Unterlage gesorgt werden. Günstig ist eine ebenerdige Dusche mit niedrigem oder nicht vorhandenem Duschwannenrand. Gegebenenfalls sollte ein stabiler Kunststoffhocker in die Dusche gestellt werden und Sie sollten sich durch andere Personen beim Einsteigen in die Dusche helfen lassen. Beim Baden ist zu beachten, dass innerhalb der ersten 3 Monate Aufrichtprobleme aus tief sitzender Position auftreten können. Inwiefern hier ein Badesitz weiterhilft, muss vor Ort entschieden werden.

Schwimmen:

Gehört allgemein zu den gut verträglichen Sportarten nach Knieprothesenimplantationen. Hinsichtlich der Schwimmsportarten sollte beachtet werden, dass die extreme Abspreizbewegung beim Brustschwimmen eine größere Belastung für die knieumgreifenden Bandstrukturen darstellt und insofern nach Möglichkeit für die ersten 6-8 Wochen nicht bevorzugt wird.

Andere Schwimmarten sind ab der 4. Woche bei Schmerzfreiheit möglich.

Sexualpraxis:

Hier gelten die in den ersten 6 Wochen leichten Einschränkungen der unterschiedlichen Bewegungsrichtungen. Geschlechtsverkehr in Seitenlage oder auf dem Rücken ist relativ frühzeitig (spätestens 4-6 Wochen nach dem Eingriff) möglich.stellungsabhängiger Kniescheibenpress- oder -scherdruck sollte bis zur schmerzfreien Aufkniefähigkeit vermieden werden.

Sport:

Wird nach nochmaliger Röntgenkontrolle frühestens 4-6 Monate nach dem Eingriff empfohlen. Allgemein sind Sportarten mit gleichförmiger Belastung, d. h. ohne entsprechende Spitzenbelastung oder erhöhtes Sturzrisiko zu bevorzugen. Hier ist vor allen Dingen Schwimmen, Radfahren, leichtes Jogging, Nordic Walking, gegebenenfalls Langlauf zu nennen. Auch die tägliche allgemeine Gymnastik ist empfehlenswert. Ballsportarten, Kontaktsportarten und Kampfsportarten bergen ein grundsätzlich höheres Unfallrisiko und führen theoretisch zu einem vorzeitigen Verschleiß bzw. einer möglichen Prothesenlockerung. Bei stattgehabtem Prothesenwechsel und schlechter Knochenqualität sollten allenfalls gedämpfte und knieentlastete, quasi gymnastische Bewegungsübungen, Wandern, Schwimmen oder Radfahren ohne Leistungsgedanken erfolgen. Auch der Besuch eines Fitnessstudios ist möglich. Das Training der Beinmuskulatur sollte jedoch in der sogenannten geschlossenen Kette (Beinpresse statt Kniestrecker) mit nicht zu hohen Gewichten erfolgen. Golf und Tennis sind bei entsprechender, auf die Reduktion der Drehkräfte im Kniegelenk abzielender Modifikation der Technik, möglich. Beim Kegeln sollte der Anlauf weggelassen werden und beim Skilanglauf sind starke Gefälle und Steigungen zu vermeiden. Alpinski ist nicht empfehlenswert.

Röntgenkontrollen:

Sind normalerweise nach ca. 3 Monaten empfohlen. Danach ist bei Beschwerdefreiheit eine Röntgenkontrolle nach 12 Monaten (nur bei Problemfällen zusätzlich nach 6 Monaten), dann bei beschwerdefreier Funktion bis zum 15. Lebensjahr der Prothese und unauffälliger Arztkontrolle ggf. erst alle 3-5 Jahre (unter Mitabwägung der Strahlenbelastung) zu empfehlen. Bei Wechseloperationen mit dem statistisch grundsätzlich erhöhten Ausrenkungs-, Knochenbruch- und Lockerungsrisiko sind die ausdrücklich vom Operateur festgelegten Vorgaben unbedingt einzuhalten und gegebenenfalls mit diesem Rücksprache zu nehmen.

Entzündungsvorbeugung:

Das Fremdkörpermaterial ist ein Ort höherer lokaler Infektionsgefährdung! Deshalb sollten Sie bei fieberhaften Allgemeininfekten, Eiterherden oder unklarer aber möglicher bakterieller Streuungsgefahr (auch blutige Zahneingriffe) eher eine antibiotische Abdeckung mit Ihrem behandelnden Arzt besprechen. Im Falle einer unvorhergesehenen Schwellung um die Narbe, Überwärmung oder gar Rötung sollten Sie zeitnah Kontakt zu Ihrem behandelnden Facharzt oder Operateur aufnehmen.

Motto: „Lieber einmal zu viel als zu spät!“

Ihr Orthopädie-Behandlungs-Team der m&i-Fachkliniken Hohenurach