

Workshop: Anatomy for German-English Translators

Text 2

I. Ausschnitt aus präoperativem Arztbericht

Diagnose: Pangenarthrose beidseits, links mehr als rechts
(rechts symptomatischer als links), Bakerzyste rechts.

Therapie: Implantation eines Oberflächenersatzes rechts

Anamnese:

Herr X. hat seit vielen Jahren Probleme mit beiden Kniegelenken. Neben einer Kreuzbandverletzung auf der rechten Seite sind verschiedene Meniskusoperationen an beiden Kniegelenken erfolgt, wobei Außen- und Innenmeniskusresektionen, teilweise offen, teilweise arthroskopisch durchgeführt werden mussten. Er hat nun belastungsabhängige Schmerzen in beiden Kniegelenken, hat aber derzeit mehr Beschwerden rechts, wobei hier vor allen Dingen auch der Druck in der Kniekehle hervorgerufen durch die Bakerzyste rechts Probleme bereitet. Er ist eingeschränkt in seinem Aktionsradius, war neulich 2 Stunden auf den Beinen und hat hierbei vor allen Dingen beim Bergab- und Treppab- und Bergauf- und Treppaufgehen starke Probleme gehabt. Ständig muss das Kniegelenk wegen Reizzuständen punktiert werden.

Befund:

Bei der klinischen Untersuchung zeigt sich eine valgische Beinachse beidseits. Die Beweglichkeit beider Kniegelenke ist eingeschränkt mit einer Flexion/Extension von 110/0/0° bds. Massives retropatellares Reiben bds., keine Bandinstabilität.

Die mitgebrachten Röntgenaufnahmen beider Kniegelenke in 2 Ebenen aus dem November dieses Jahres sowie Patellagleitlageraufnahmen zeigen eine Pangenarthrose bds., die radiologisch links fortgeschrittener ist als rechts. Der Gelenkspalt ist erheblich reduziert.

II. Ausschnitt aus OP-Bericht

Pangusgonarthrose rechts.

Oberflächenersatz rechtes Kniegelenk.

In Rückenlagerung in Oberschenkelblutsperre nach steriler Hautdesinfektion und steriler Abdeckung geringfügig lateral geschwungener Hautschnitt über dem rechten Kniegelenk. Durchtrennen des Subcutangewebes. Längsspalten der Verschiebeschicht. Abschieben nach medial und lateral. Großzügige mediale Arthrotomie und Absaugen des intraartikulären Ergusses unter partieller Ablösung des Kapselansatzes am medialen Schienbeinkopf. Umklappen der Patella. Anschließend erfolgt eine partielle Synovektomie des Kniegelenkes im proximalen Bereich, auch zur Darstellung der ventralen Kortikalis des distalen Femur. Aufstellen des Gelenkes auf 90°. Partielle Hoffa-Resektion und partielle Innen- und Außenmeniscusresektion. Resektion des vorderen Kreuzbandes. Dann Eröffnen des Markraums mit dem Pfriem. Einbringen des intramedullären Führungsstabes in das Femur.

...

Aufsetzen der tibialen Frässhablone und Ausraspeln. Die dorsalen Femurkondylen werden noch abgemeißelt. Dabei entleert sich massenhaft Flüssigkeit aus der Bakerzyste. Dann Beginn der Implantation mit dem Tibiateil, das einzementiert wird. Entfernen der

Zementreste. Dann Einzementieren der Femurkomponente, Entfernen der Zementreste. Einbringen des tibialen Polyethylen-Plateaus, Höhe 8 mm. Dann Reposition des Kniegelenkes. Entfernen der restlichen Zementanteile und Spülung des Gelenkes. Aushärten des Zementes in Streckstellung. Dann nochmalige Spülung des Gelenkes. Eröffnung der Blutsperre und sorgfältige Blutstillung. Einbringen zweier Redondrainagen. Naht der Gelenkkapsel. Subcutannaht. Hautverschluss durch fortlaufende Intracutannaht mit nicht-resorbierbarem Nahtmaterial. Aufbringen eines sterilen Kompressionsverbandes.

III. Ausschnitt aus postoperativem Arztbericht

Diagnose: Pangonarthrose beidseits, links mehr als rechts
Bakerzyste rechts.
Z.n. Implantation eines Oberflächenersatzes am 31.01.2006
rechtes Kniegelenk.

Therapie: Klinische Verlaufskontrolle nach 3 Monate post operationem.

Anamnese:

Herr X. kommt zur Verlaufskontrolle nach Knieendoprothesenimplantation Ende Januar 2006. Er hat noch leichte Restbeschwerden im Sinne einer Überwärmung des Kniegelenkes und einer gewissen Schwellneigung. Seine Beweglichkeit hält er noch nicht für gut genug, obwohl sie nach exakter Messung bei 110° Beugung ist. Er selbst benutzt noch außer Haus eine Gehstütze. Schmerzen hat er nicht.

Befund:

Bei der klinischen Untersuchung zeigt sich eine gerade Beinachse. Die Beweglichkeit des Kniegelenkes ist, wie schon erwähnt, sehr gut mit Flexion/Extension 110°/5/0°. Das Streckdefizit, das er hat, kann passiv überwunden werden. Eine Bandinstabilität besteht nicht.

Die mitgebrachten Röntgenaufnahmen aus der Fachklinik X zeigen einen reizlos einliegenden Kniegelenkersatz ohne Lockerungszeichen.