

Patienteninformation

Behandlungsplan bei operativer Korrektur eines sekundären (neurologischen) strukturellen Klumpfusses

Liebe Familie

Bei Ihrem Kind besteht die Notwendigkeit einer Operation zur Korrektur einer ausgeprägten Fussdeformität. Da erfahrungsgemäss viele Fragen im Vorfeld der Operation bestehen, möchten wir Sie bestmöglich über den Behandlungsablauf während des stationären Aufenthaltes und die Nachbehandlung zur Hause informieren. Es handelt sich hierbei um einen grundsätzlichen Behandlungsplan, Ausnahmen im individuellen Einzelfall sind möglich und zu berücksichtigen.

Diagnose

Struktureller (fixierter) Klumpfuss

Therapie

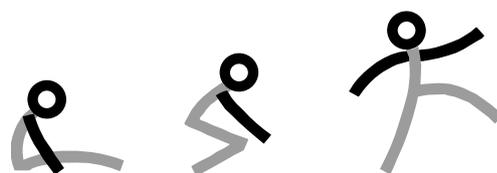
Operative Reposition in anatomische Fussform mit Stabilisierung im Fusswurzelbereich (Chopart-Arthrodese), ggf. Korrektur der Unterschenkeldrehung durch Durchtrennung des Schienbeins (supramalleoläre Derotations-Osteotomie), Fersenverschiebung zur Rückfusskorrektur, Sehnen-transfer zur Wiederherstellung des Muskelgleichgewichtes und Verbesserung der Fussheberkraft, Fixierung der Korrektur durch Kirschner-Drähte, ggf. Platte/Schrauben, Fadenanker. Anlage eines gespaltenen Unterschenkel-Liegegips.



Bild 1: Klinisches Beispiel-Bild eines ausgeprägten fixierten Klumpfusses links



Bild 2: Operativ knöcherner Korrektur des Klumpfusses links mit Stabilisierung der Fusswurzelgelenke, Korrektur des Fusslängsgewölbes und der Vorfussstellung; vorübergehende Fixierung der korrigierten anatomischen Fussstellung mittels Kirschnerdrähten



Behandlungsziele

- Korrektur der Fussdeformität,
- Wiederherstellung der anatomischen Fussform,
- Behebung belastungsabhängiger Fusschmerzen mit Schwielen- u. Blasenbildung,
- Ermöglichung stabilen Stehens / Gehens,
- Verbesserung der Gleichgewichtsfähigkeit, Muskelbalance
- Langfristige Abschulung der Orthesen und lediglich Verwendung von Schuh-Einlagen, Tragen von Konfektionsschuhen

Risiken, Komplikationen

Nachblutung, Bluterguss, Infektion, Wundheilungsstörung. Gefäßverletzung, Nervenverletzung mit Gefühlsstörung (Taubheitsgefühl) oder Bewegungseinschränkung, verzögerte/ keine Knochenheilung, Implantatversagen: Platten-/ Schraubenbruch, Kirschner-Draht Infekt, Kompartmentsyndrom Unterschenkel/Fuss, Druckstellen im Gips, Wiederauftreten der Fehlstellung (Rezidiv). Blutverlust → Gabe von Blutprodukten (Bluttransfusion).

Ablauf des stationären Aufenthaltes

Stationäre Aufnahme: am Tag vor der OP. Es erfolgt ein stationäres Aufnahmegespräch durch den Stationsarzt und die Pflege, sowie die detaillierte Schilderung der OP-Technik und der Nachbehandlung durch das Team der Kinderorthopädie. Vorstellung beim Narkose-Arzt zur OP-Vorbereitung, Klärung weiterer Fragen.

OP-Tag: Durchführung der Operation, im Anschluss Überwachung des Patienten im Überwachungsraum in den ersten Stunden nach der Operation, Verlegung auf die Normalstation bei regelrechtem postoperativem Verlauf, in Ausnahmefällen auf Intensiv-Pflegestation (IPS).

Nachbehandlung während des stationären Aufenthaltes

Lagerung des frisch operierten Fusses in einem gespaltenen Unterschenkel-Weissgips, welcher für acht Wochen getragen wird, Hochlagerung und Kühlung. Zur Schmerztherapie werden in den ersten 1-3 Tagen nach der Therapie Schmerzkatheter eingesetzt oder eine Schmerzmedikation durchgeführt (z.B. Morphinpumpe), die durch die Narkoseärzte gelegt und betreut werden.

Gips-Zirkularisierung am 1.-3. Tag nach der Operation. Ggf. erfolgt ein Gipswechsel in Kurznarkose innert 1 Woche nach der Operation.

Mobilisationsbeginn durch die Physiotherapeuten am Tag nach der Operation. Je nach operativer Korrektur darf der operierte Fuss für die Dauer von acht Wochen keine Gewichtsbelastung oder nur eine Teilbelastung (10-15 kg Körpergewicht) übernehmen.

Erlaubt ist eine Bewegungsschulung von Hüft- und Kniegelenk unter Anleitung der Physiotherapeuten (wenn möglich Verwendung von Gehstöcken oder Rollator). Atemgymnastik.

Evtl. Verwendung eines Rollstuhles mit Hochlagerung des operierten Beines auf einem Lagerungsbrett zur Verbesserung der Mobilität. Es erfolgt bei Bedarf während des Aufenthaltes eine Hilfsmittelkontrolle u.a. des Rollstuhls, des Stehständers etc. Thromboseprophylaxe in der Zeit der Teilbelastung (Anleitung durch die Pflege).

Dauer des stationären Aufenthaltes

Bei regelgerechtem postoperativem Verlauf ca. 5-7 Tage. Entlassung aus dem Spital bei sicherer Mobilisation an 2 Gehstöcken, sicherem Treppensteigen und guter Schmerzkontrolle.

Kinder mit schwerer körperlicher Behinderung bleiben in der Regel 1-2 Wochen in stationärer Behandlung. Anschliessend ist ggf. eine stationäre Rehabehandlung für 4-6 Wochen zu planen mit

Beginn Teilbelastung im Gips, die Kostengutsprache hierfür erfolgt im Vorfeld der OP. Alternativ ist die Pflege im Schulheim und/oder zu Hause mit SPITEX Unterstützung zu planen.

Transport nach Hause

Sitzender Transport mit Hochlagerung des operierten Beines, abhängig vom Allgemeinzustand des Kindes. Alternativ Liegendtransport im Krankenwagen bei noch bestehenden Problemen.

Nachbehandlung zu Hause

1-2x pro Woche ambulante physiotherapeutische Beübung zur Mobilisierung (z.B. Teilbelastung 10-15 kg Körpergewicht) und Bewegungsschulung der nicht-operierten Gelenke, geringe/keine Belastung des operierten Beines.

Zu Hause Unterstützung der Pflegesituation durch die SPITEX möglich.

Schulbesuch im Rollstuhl sitzend oder unter Verwendung von Gehstöcken auch bei vollständiger Entlastung des operierten Beines ist grundsätzlich möglich ca. 2-3 Wochen nach Operation. Dies sollte individuell entschieden werden.

Ambulante Wiedervorstellung in der Klinik

Diese erfolgt 8 Wochen nach der Operation zur klinischen und radiologischen Verlaufskontrolle im Rahmen eines ambulanten Eingriffs in Kurznarkose: Hier erfolgt eine intraoperative Röntgenkontrolle: bei fortgeschrittener knöcherner Heilung am korrigierten Fuss erfolgt die Entfernung der über die Haut ausgeleiteten Kirschner-Drähte, Anfertigung eines Gipsabdrucks für eine Unterschenkelorthese durch Orthopädietechniker sowie Anlage eines Unterschenkel-Gehgipses in Kurznarkose.

Belastungsbeginn unter physiotherapeutischer Anleitung im Unterschenkel-Gehgips.

Dieser wird für 4 Wochen getragen, Vollbelastung des operierten Beines erlaubt.

Transport in die Klinik: wenn möglich sitzender Transport, ansonsten liegend im Krankentransport bei noch bestehenden Problemen, abhängig vom Allgemeinzustand des Kindes.

Ambulante Verlaufskontrolle

Diese erfolgt 12 Wochen nach der Operation im Rahmen der Gipssprechstunde:

Gipsentfernung (ggf. in Sedierung bei unruhigem Patienten), klinische und radiologische Verlaufskontrolle sowie Anprobe/Auslieferung der Unterschenkel-Orthese (siehe Bild)



Weitere Verlaufskontrollen: 3 Monate nach Operation zur klinischen und radiologischen Kontrolle. Bei stabilen Fussverhältnissen Anfertigung einer dynamischen Fussorthese (DAFO) oder Schuhein-

lagen frühestens 6-12 Monate nach OP für den Tag, nachts noch Verwendung der Unterschenkel-orthese.

Weitere ambulante klinische und radiologische Kontrolle 1 Jahr nach Operation.