

Endoprothetischer Ersatz des Hüftgelenkes

Einleitung:

Die individuelle Versorgung des Hüftgelenkes mit künstlichem Gelenkersatz (Endoprothese) hat im letzten Jahrzehnt zunehmend an Bedeutung gewonnen. Dies ist auf 3 wesentliche Faktoren zurückzuführen:

- Die Entwicklung von neuen „knochensparenden“ Hüftgelenkprothesen
- Instrumentarien, welche helfen, die anatomischen und mechanischen Gegebenheiten des komplexen Gelenkes exakt wiederherstellen zu können.
- Die kontinuierliche Optimierung des Behandlungsablaufes vom Tag der Erstvorstellung bis zur Entlassung

Grund zum Hüftgelenkersatz ?

Häufigster Anlass einen künstlichen Gelenkersatz zu empfehlen, ist der fortgeschrittene Verschleiß des Gelenkknorpels (Arthrose) durch eine natürliche altersbedingte Abnutzung, nach einem Unfall oder einer Anlagestörung des Hüftgelenkes. Seltener liegt eine rheumatische Erkrankung vor. Beschwerden bestehen in einer schmerzhaften Einschränkung des Hüftgelenkes bei vermehrter Belastung wie beim Gehen. Zeichen sind ein Anlauf- und Ruheschmerz sowie eine Bewegungseinschränkung bei alltäglichen Dingen wie beispielsweise beim Anziehen von Schuhen. Oft ist durch die Einschränkungen ein unbemerkter Rückzug des Patienten aus seinem gewohnten sozialen Umfeld zu beobachten. Stets gilt, dass vor Implantation einer Endoprothese alle konservativen Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sein müssen. Lindern nur noch Schmerzmittel die Beschwerden, sollte eine solche Operation in Erwägung gezogen werden.

Welcher Patient kommt in Betracht?

Generell gibt es für den Hüftgelenkersatz beim Erwachsenen keine Altersgrenzen. So profitieren junge Patienten genauso wie ältere Patienten vom Hüftgelenkersatz. Ziel ist es, das jeweilige Aktivitätsniveau, welches vor dem Einsetzen der Hüftgelenkschmerzen bestand, wieder herzustellen.

Welches Implantat ist am besten geeignet?

Bevor eine Hüftendoprothese eingesetzt wird, sind die Erwartungen, welche Patient und Arzt mit der Operation verbinden, zu besprechen. Erst danach wird über das Implantat besprochen. Hierbei gilt der Grundsatz der individuellen Versorgung mit

einem Implantat, welches sich am Ausmaß der geschädigten Gelenkflächen, der Knochenqualität und der anatomischen Situation orientiert. Bei sicherem Prothesensitz ist möglichst viel eigene Knochensubstanz zu erhalten. Diese Anforderung wird im letzten Jahrzehnt durch die Weiterentwicklung der Endprothesensysteme wie dem Kurzschaftsystem verfolgt.

Wie unterscheidet sich ein Kurzschaft- vom einem Standardschaftsystem ?

Zunächst ist zu sagen, dass mit beiden zementfrei eingebrachten Schaftsystemen sehr gute Ergebnisse erreicht werden. Eine schmerzbezogene Vollbelastung ist mit beiden Systemen bereits ab dem 1. postoperativen Tag möglich. Dem Ziel, viel eigene Knochensubstanz zu erhalten, wird der Kurzschaft gerecht. Der kürzere Prothesenschaft ist insbesondere bei jüngeren Patienten von Bedeutung, als dass bei einer eventuellen späteren Wechseloperation im höheren Lebensalter die Möglichkeit der Implantation eines Standardschaftes besteht.

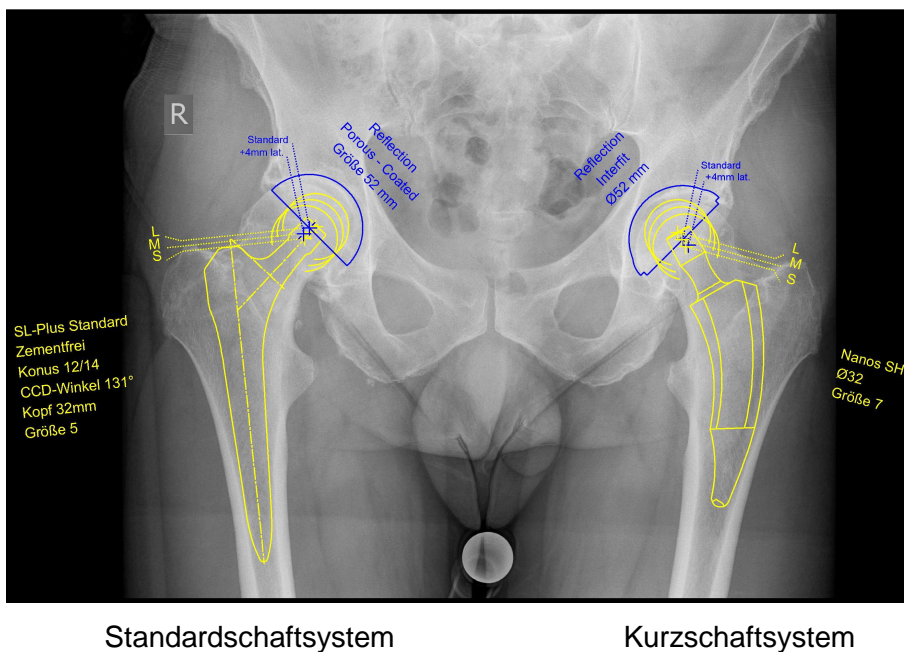


Abb. 1: Individuelle Prothesenplanung am Röntgenbild; Größenunterschied von Standard- und Kurzschaftsystem

Wie exakt kann der Kurzschaft eingesetzt werden?

Langzeituntersuchungen haben gezeigt, dass die Haltbarkeit (besser: Laufzeit) einer Prothese von deren exakten Implantation abhängt. Standardisierte Operationstechniken, digitale Planung des Schaftes vor der Operation und spezielle Instrumente erlauben die Schonung des gelenkumgebenden Weichgewebes (Muskel,

Sehnen, Bänder) und gleichermaßen einen an die anatomisch Voraussetzungen geknüpften korrekten Sitz der etablierten Standard- und Kurzschaftsysteme.

Wie sind die Ergebnisse mit Kurzschaftprothesen ?

Ergebnisse mit Kurzschaftsystemen liegen seit 10 Jahren vor. Sie sind denen, welche mit den Standardschäften erreicht werden, zu vergleichen. Aus dieser Erfahrung ist der Anteil der Patienten, bei welchen Kurzschäfte eingesetzt werden, in den letzten Jahren größer geworden. So werden auch zunehmend ältere Patienten mit geeigneter Knochenqualität und gegebenen anatomischen Voraussetzungen in unserer Klinik mit einem Kurzschaftsystem versorgt.



Abb. 2: Kurzschaftprothesen: Nanos[®] Fa. Smith & Nephew (re.) und Brexis[®] Fa. Stemcup (li.)

Wie kann das Funktionsergebnis nach Hüftgelenkersatz optimiert werden?

Ansatzpunkt ist der frühe Eintritt der Rehabilitation nach klar strukturiertem Organisationsmuster. Die individuelle Planung der Rehabilitation beginnt bereits am Tag der Erstvorstellung in der Klinik. Nach der Operation sind Eckpunkte der frühen postoperativen Mobilisation der gewebeschonende Eingriff, die Schmerztherapie, das Wundmanagement und die Bewegungsschulung. Ärzte, Pflege, Krankengymnasten, Ergotherapeuten und Sozialdienst arbeiten dabei fest in einem Team zusammen.

Ziel ist die kontinuierliche Optimierung des Behandlungsergebnisses inner- und außerhalb des Operationsaals. Dieser Leitgedanke wird durch die Zertifizierung der Klinik als Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung Jahr konsequent fortgesetzt.

Dr.med. Jochem Schunck

Dr.med. Nikolaus Szöke

Klinik für Allgemeine Orthopädie und Rheumatologie
EndoProthetikZentrum der Maximalversorgung
Sekretariat
Simone Averkamp
Lai-Ting Choi
Sarah Hennig
Astrid Holthausen
Marita Lauer
Heike Pirwitz-Nowakowski