

Der große Z-Gelenkersatz-Ratgeber zum Münchner Chirurgen-Kongress: Alle Infos über den richtigen Zeitpunkt der OP, den Eingriff selbst sowie die Vor- und Nachteile der Prothesentypen

Die Ursachen

1. Was sind die häufigsten Gründe für eine neue Hüfte?

„In den allermeisten Fällen leiden die Patienten an Arthrose, die an der Hüfte Coxarthrose genannt wird“, erklärt Professor Volkmar Jansson. Dabei nutzt sich der Knorpel zunehmend ab, und der Gelenkspalt verringert sich immer mehr – so lange, bis Knochen auf Knochen reibt. Im fortgeschrittenen Stadium der Coxarthrose bilden sich knöcherne Anbauten bzw. Höckerchen, sogenannte Osteophyten. Im Gelenk entsteht ein dauerhafter Reizzustand. Dieser mechanische Entzündungsprozess verursacht immer größere Schmerzen.

In manchen Fällen hat die Hüfte auch durch einen Unfall Schaden genommen – beispielsweise durch einen Sturz. Dabei kommt es häufig zu Brüchen des Oberschenkelhalsknochens – gerade bei älteren Patienten jenseits der 60, die an Osteoporose (Knochenschwund) leiden. Sie werden häufig mit einem künstlichen Hüftgelenk versorgt. Auch Knochentumoren können eine Hüftendoprothese erforderlich machen.

Vorbereitung

5. Wie ist eine künstliche Hüfte aufgebaut?

Prinzipiell besteht sie aus vier Teilen: einer Pfanne, einem Inlay (Einlage), einem Kopf und einem Schaft.

6. Welche unterschiedlichen Modelltypen gibt es?

Die Pfannen werden entweder in den Knochen geschraubt, darin verankert (Fachbegriff Press-Fit-Verfahren) oder ein- oder zweifach in den Knochen verankert. Die Inlays bestehen aus einem Kunststoff namens Polyethylen, aus Keramik oder Metall, der Kopf aus Keramik oder aus Metall. Den Schaft gibt's in verschiedenen Längen und Stärken, er wird entweder im Oberschenkelknochen verankert, sodass er stabil einwachsen kann, oder mit Knochenzement verankert.

7. Welches Modell eignet sich für welche Patienten?

Die Entscheidung hängt unter anderem von der Knochenqualität und vom Alter ab. „Sie muss für jeden Patienten individuell getroffen werden. Entscheidend ist das biologische Alter, nicht die Jahreszahl, die im Ausweis steht“, betont der Großhaderner Cheforthopäde.

Es gibt allerdings einige Faustregeln: Jüngere Patienten unter 60 Jahren werden eher mit Kurzschafprothesen versorgt, ältere Patienten zwischen 60 und 70 mit zementfreien Prothesen und über 70-Jährige mit zementierten Prothesen. Knochenzement sorgt für ein Höchstmaß an Stabilität. Andererseits erhöht diese Technik den Aufwand bei späteren Wechseloperationen.

Die Diagnose

2. Warum sprechen die Ärzte eigentlich von Endoprothesen?

Als Endoprothesen bezeichnet man Implantate (künstliche Ersatzteile), die dauerhaft im Körper verbleiben, die Endung „endo“ kommt aus dem Griechischen und bedeutet so viel wie „innen“.

3. Welche Untersuchungen sind nötig, um das Ausmaß der Arthrose festzustellen?

Der Arzt befragt den Patienten ausführlich zu seinen Beschwerden, untersucht ihn dann mit seinen Händen – der Fachbegriff dafür lautet klinische Untersuchung. Dabei prüft er unter anderem, wie beweglich und stabil das Hüftgelenk noch ist, und bei welchen Bewegungsmustern Schmerzen auftreten. Auch das sogenannte Gangbild – eine Art Schaulaufen im Untersuchungsraum – erlaubt Rückschlüsse über das Ausmaß der Einschränkungen. Grundsätzlich wird ein Röntgenbild gemacht, manchmal auch ergänzend eine Kernspinn- oder Computertomografie sinnvoll sein.

Zeitpunkt der OP

4. Woran merkt der Patient, dass der Zeitpunkt für eine neue Hüfte gekommen ist?

Je später man sich ein künstliches Gelenk einsetzen lässt, umso besser – es sei denn, der Knochen nimmt bereits massiv Schaden. „In solchen Fällen kann langes Zuwarten die Voraussetzungen fürs Einsetzen einer Endoprothese verschlechtern“, sagt Jansson. Das wichtigste Entscheidungsmerkmal – Ärzte sprechen von einer Hauptindikation – ist der Schmerz. „Wenn der Patient auf Dauer größere Mengen an Schmerzmitteln braucht, um die Beschwerden auszuhalten, dann sollte er über eine Endoprothese nachdenken“, sagt Jansson.

Bei fortgeschrittener Hüftarthrose können viele Patienten vor Schmerzen kaum noch laufen, die noch zu bewältigenden Gehstrecken werden immer kürzer. Durch die eingeschränkte Bewegungsfähigkeit gibt's auch im Alltag Probleme, etwa beim Duschen oder beim Ankleiden. Oft haben die Patienten sogar im Ruhezustand Beschwerden, vor allem nachts.

Operation

8. Worauf kommt es bei der Operationstechnik an?

Heutzutage werden Muskeln und Nerven wesentlich schonender behandelt, der Blutverlust ist in der Regel gering. Unterschieden wird zwischen sogenannten Zugängen – also den Bereichen für die Hautschnitte, durch die der Arzt die Implantate einbringt. Neben klassischen Zugängen haben sich in den vergangenen Jahren auch sogenannte minimalinvasive Zugänge etabliert – Vorgehensweisen, die kleinere Hautschnitte und einen noch

schonenderen Umgang mit dem Weichteilgewebe wie Muskeln und Sehnen sowie Nerven erlauben. Dazu zählt der Anteriore minimalinvasive Zugang (AMIS). „Er ermöglicht eine schnelle Reha und sorgt für eine hohe Patientenzufriedenheit“, sagt Jansson. Daneben gibt es aber auch eine Reihe von „alten“ Operationsverfahren abgeleitete Zugänge, die durchaus Vorteile bieten, beispielsweise eine bessere Kontrolle über die Implantatpositionierung. „Es ist immer eine individuelle Entscheidung, welcher Zugang gewählt werden sollte“, betont Jansson.

9. Wie lange dauert die Operation?

Etwa eine bis eineinhalb Stunden. Meistens wird der Eingriff in Vollnarkose vorgenommen. Es ist aber auch eine Spinalanästhesie möglich. Dabei sind die Patienten ansprechbar, aber unterhalb des Rumpfs betäubt.

11. Welche Komplikationen sind möglich?

Neben den allgemeinen Operationsrisiken ist ein Infekt besonders gefürchtet. Das große Problem dabei: Bestimmte Keime können sich auf den Oberflächen der Implantate ansiedeln und dort einen sogenannten Biofilm bilden, der sie unangreifbar für Antibiotika macht. Allerdings liegt dieses Risiko für ansonsten gesunde Patienten statistisch gesehen bei unter einem Prozent (siehe auch Artikel rechts unten). Es kann jedoch auf bis zu drei Prozent steigen, wenn bestimmte Grunderkrankungen wie Diabetes vorliegen. Infekte werden unter anderem mit Medikamenten und Gelenkspülungen behandelt. „Ganz wichtig ist es, dass man sie so früh wie möglich entdeckt“, erläutert der erfahrene Endoprothetiker. „Dann liegt die Chance, dass man das Problem wieder in den Griff bekommt, bei 90 bis 95 Prozent. Als grobe Richtschnur lässt sich sagen: Wenn die Behandlung des Infekts innerhalb von zwei Wochen beginnt, können die Implantate in der Regel im Körper verbleiben. Sind zwei Wochen überschritten, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass man die Prothese wieder ausbauen und durch eine keimfreie ersetzen muss, massiv an.“

Neue Hüfte: Was Patienten wissen müssen

Die Hüfte gilt als der Klassiker beim Gelenkersatz: Rund 200 000 solcher Endoprothesen werden inzwischen jedes Jahr eingesetzt – auch dank der Fortschritte, die die moderne Spitzenmedizin zu verzeichnen hat. „Viele Operationen sind heute für die Patienten sicherer und schonender als früher“, sagt Prof. Tim Pöhlemann, der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH). Als Gastgeber des Jahreskongresses vom 21. bis 24. März in München diskutiert er mit rund 6000 Teilnehmern neue Entwicklungen in den Operationssälen (s. Kasten unten links). Was der moderne Gelenkersatz an der Hüfte leisten kann, erläutert der Großhaderner Cheforthopäde Prof. Volkmar Jansson heute im zweiten Teil unseres großen Reports zum Chirurgenkongress. Außerdem berichtet Patient Ludwig Fendt und sein Arzt Dr. Robert Kipping über ihre Erfahrungen.



Dieses Röntgenbild zeigt Coxarthrose im weit fortgeschrittenen Stadium. Coxarthrose ist der Fachbegriff für Arthrose im Hüftgelenk. Der Gelenkspalt ist praktisch nicht mehr vorhanden.



Auf ihrem langen Leidensweg verlieren die Patienten viel Lebensqualität: Wenn die Schmerzen unerträglich und die Bewegungseinschränkungen immer größer werden, dann hilft nur noch ein künstliches Hüftgelenk (Röntgenbild links). Fotos: Your Photo, Uniklinik, privat



Dauerschmerzen ausmerzen: Rund 200 000 Hüftpatienten lassen sich jedes Jahr eine Endoprothese einsetzen. Die allermeisten kommen damit prima zurecht. Foto: Science Photo Library

nach dem Eingriff. Anschließend sollte sich der Patient alle zwei Jahre zur Kontrolle beim Arzt vorstellen, ab dem zehnten Jahr wird dies besonders wichtig. „Dadurch kann man frühzeitig erkennen, wenn sich eine Lockerung der Prothese anbahnt, und das Problem mit vergleichsweise geringem Aufwand beheben“, erläutert Jansson.

Alltag

17. Worauf muss man im Alltag achten?

Grundsätzlich halten die Implantate genauso viel aus wie der gesunde Knochen. Das gilt auch beim Sturz, aber beim Sturz. „Allerdings sind dauerhaft hohe Belastungen zu vermeiden, da diese den Implantatverschleiß begünstigen. Patienten mit einem künstlichen Hüftgelenk sollten besonders darauf achten, dass sie solche dauerhaften Belastungen wie das

auch die Knochendichte bei älteren Patienten überprüft werden: Druckmessungen haben ergeben, dass zum Beispiel beim Stolpern das Neunfache des Körpergewichts auf die Prothese einwirkt. „Bei diesen Belastungen kann es insbesondere bei Patienten mit Osteoporose zu Brüchen um die Prothese kommen“, warnt Jansson.

18. Wann darf der Hüftpatient wieder Sport treiben?

Zunächst muss die Prothese in die Knochen einwachsen und die Luxationsgefahr (Ausknicken des Gelenks) so gering wie möglich gehalten werden. Deshalb braucht der Patient etwa drei bis sechs Monate Geduld. Die Dauer der Sportpause hängt auch von der Sportart und den Fortschritten beim Muskelaufbau ab. So ist leichtes Radeln auf dem Hometrainer oft schon in der Reha wieder möglich.

19. Welche Sportarten sind mit einer neuen Hüfte sinnvoll?

Allgemein gilt: „Trainieren Sie regelmäßig, aber in Maßen“, rät Jansson. Gut geeignet sind Schwimmen und Radfahren, am besten mit hochgestelltem Sattel, und Einheiten auf einem Crosstrainer, die Bewegungen wie beim Skilanglauf simulieren. Solide Crosstrainer gibt's ab circa 800 Euro. Auch beim Golf sind die Belastungen relativ gering. Fürs Wandern gilt: „Ja, aber möglichst nicht mehr als 300 bis 500 Höhenmeter pro Tag“, so Jansson. Wer vor seiner Hüft-OP bereits routiniert im Skifahren ist, der kann auch hinterher wieder die Brettl anschaulen. Allerdings sollte er moderat fahren, das heißt auf nicht zu steilen, wenig eisigen Pisten, mit weiten Schwüngen und mäßigem Tempo.

Nachbehandlung

12. Wie läuft die Nachbehandlung ab?

Der Patient bekommt Schmerzmittel, manchmal auch einen Schmerzkatheter – das ist ein Schläuchlein, der Betäubungs- und Schmerzmittel direkt an die operierte Hüfte transportiert. Die Physiotherapie beginnt praktisch direkt nach der OP: Der Patient kann in der Regel bereits am Abend danach oder am nächsten Tag erste Schritte machen – mit Krücken oder einem Gehwagen und in Begleitung eines Physiotherapeuten.

13. Wie lange muss der Patient auf Krücken laufen?

„Theoretisch wären die Implantate sofort vollbelastbar“, berichtet Jansson. „Aber damit die Wunde gut heilen kann, geht der Patient zwei Wochen lang auf Gehstützen. Das Bein wird ungefähr mit dem halben Körpergewicht belastet.“

14. Wie lange muss der Patient im Krankenhaus bleiben?

Etwa sieben bis zehn Tage.

15. Wie geht es nach dem Klinikaufenthalt weiter?

„Wir empfehlen eine dreiwöchige stationäre Anschlussheilbehandlung“, sagt Jansson, der Volksmund spricht von einer Reha. In der Regel kann sich der Patient seine Rehaklinik selbst aussuchen, oftmals helfen Mitarbeiter der OP-Klinik, der sogenannten Sozialdienst, bei der Suche.

16. Welche Nachuntersuchungen sind erforderlich?

Die erste erfolgt direkt nach der OP, dann nach der Reha und ein Jahr

Herumtragen schwerer Gegenstände über lange Zeiträume vermeiden“, rät Jansson. Denn dabei wird die Hüfte mit dem vier- bis fünffachen Körpergewicht belastet. Küchen- und Gartenarbeit sind erlaubt, hier wirkt das dreifache Körpergewicht auf den Gelenkersatz ein. Allerdings sollte

„Ich konnte kaum noch schlafen“

Mit einer kaputten Hüfte wird der Alltag immer mehr zur Qual: „Bei mir strahlten die Schmerzen ins ganze Bein aus, jeder Schritt tat weh, ich konnte nicht mal mehr Autofahren und nachts kaum noch schlafen“, erinnert sich Ludwig Fendt aus Gräfelfing.



Schmerzfrei und sportlich auch nach 21 Jahren mit einer künstlichen Hüfte: Ludwig Fendt mit seinem Arzt Dr. Robert Kipping. Fotos: P. Gulland

Als sich der ehemalige Berufssoldat ein künstliches Hüftgelenk einsetzen ließ, war das für ihn der Startschuss in ein neues Leben: Er konnte wieder normal gehen, auch Bergtouren machen und Skifahren. „Die neue Hüfte hat sogar ein heftiges Zusammenstoß auf der Piste ausgehalten“, erzählt Fendt (79). Inzwischen lebt er bereits seit 21 Jahren problemlos mit der Ersatzteil-Kombi aus Metall, Keramik und Kunststoff.

„Die Lebensdauer der Implantate hat sich massiv verlängert. Gerade an der Hüfte sind sogenannte Standzeiten von 15 bis 20 Jahren heutzutage zu erwarten“, erläutert Fendts Arzt Dr. Robert Kipping. In den allermeisten Fällen müssen die künstlichen Gelenke ausgetauscht werden, weil sich Teile der Prothese verschleißbedingt aus dem Knochen gelockert haben. Auch ein Unfall, etwa ein Sturz, kann den Wechsel erforderlich machen. Eine weitere mögliche Ursache ist ein Infekt. Doch dieses Risiko ist sehr gering. „Es liegt in spezialisierten Zentren bei unter einem Prozent“, betont Dr. Kipping. Trotzdem nehmen gewissenhafte Experten das Thema Infektion sehr ernst – unter anderem durch sorgfältige Hygienemaßnahmen. „Für Implantate können Bakterien

20. Welche Sportarten sind ungeeignet? Skifahrer sollten Buckelpisten meiden und nicht zu intensiv carven, das Skifahren mit einer Hüftprothese erst zu lernen, macht wenig Sinn. Joggen sollte Tabu sein – vor allem wegen der hohen Stoßbelastung, die bei jedem Schritt das Fünffache des Körpergewichts betragen kann, bei Ballsportarten wie Tennis oder Squash sogar das Neunfache. Gleiches gilt für Mannschaftssportarten wie Fußball, Handball oder Basketball sowie für Kampfsportarten wie Karate oder Judo.

Lebensdauer

21. Wie lange hält die neue Hüfte?

„Die durchschnittliche Standzeit beträgt 15 Jahre“, sagt Jansson. Als Standzeit bezeichnen Mediziner die Lebensdauer des Implantats – genauer gesagt die Zeitspanne, bis sich die Ersatzteile aus ihrer Verankerung im Knochen zu lockern beginnen. Es gibt allerdings auch viele Patienten, die wesentlich länger als 15 Jahre mit ihrer neuen Hüfte zurechtkommen (siehe Artikel unten).

22. Wie kommt es zu einer Lockerung der Prothese?

Durch Verschleiß. Hauptursache ist der Abrieb des Kunststoffinlays in der Gelenkpfanne. „Bei einer älteren Polyethylenschale und einem Metallkopf werden pro Schritt bis zu einer halben Million winzige Polyethylenpartikel freigesetzt“, erklärt Jansson, der nicht nur Mediziner, sondern auch Diplomingenieur ist. „Diese Partikel führen durch eine Entzündungsreaktion zum Knochenschwund und zur Lockerung. Allerdings kommt aufgrund intensiver Forschung die Materialien in den letzten Jahren deutlich verbessert und verschleißfester gemacht werden.“

23. Wie geht der Arzt vor, wenn sich die Prothese gelockert hat?

„Oft ist entweder die Pfanne oder nur der Schaft gelockert. Nur der gelockerte Anteil wird ausgetauscht“, erklärt Jansson. Generell gilt: Je größer die Schäden am Knochen – Mediziner sprechen von Defekten –, desto aufwendiger der Wechsel.

26. Wie oft lässt sich eine Prothese austauschen?

„Die gewechselte Prothese hält zwar meist nicht mehr so lange wie die erste Prothese“, weiß Jansson. „Aber heutzutage sind auch mehrere Wechsels möglich, manchmal sogar mehr als fünf. Deswegen ist es wichtig, bei der ersten Implantation so knochenparend wie möglich zu verfahren. Es gibt aber bei sehr schlechter Knochenqualität auch die Möglichkeit, den betroffenen Bereich mit Fremdknochen wieder aufzubauen. Dabei handelt es sich um Knochen von Organpendlern, die hier in Großhadern beispielsweise in einer eigenen Knochenbank vorhalten. Fast immer können wir den Patienten ein Leben im Rollstuhl ersparen.“

Informationen für Patienten aus erster Hand

Treffen Sie Top-Ärzte und holen Sie sich Informationen aus erster Hand: Begleitend zu Ihrem großen Münchner Chirurgen-Kongress veranstaltet die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) im Pressehaus Bayerstraße 5 eine Patientenveranstaltung. Am Mittwoch, 15. März, ab 17 Uhr stehen mehrere renommierte Mediziner Rede und Antwort, darunter auch DGCH-Präsident Prof. Dr. Tim Pöhlemann sowie Prof. Dr. Volkmar Jansson zum Thema Gelenkersatz. Außerdem berichtet Prof. Dr. Jens Werner vom Uniklinikum Großhadern über minimalinvasive Bauchchirurgie, etwa bei Krebsleiden, und Privatdozent Dr. Knut Beitzel vom Uniklinikum rechts der Isar erklärt moderne Behandlungsmethoden bei Schultererkrankungen. Die Moderation übernimmt der Großhaderner Urologe und Gesundheitsexperte des Münchner Merkur, Prof. Dr. Christian Stief. 240 Leser haben die Chance, dabei zu sein. Und so bekommen Sie kostenlose Karten (je zwei pro Person): Rufen Sie einfach bis Montag, 6. März, 24 Uhr, unter der folgenden Telefonnummer an und nennen das Stichwort „Patiententag“: 043 78-80 66 38 (50 Cent/Anruf aus dem deutschen Festnetz/Mobilfunkpreise abweichend). Die Leser, die Karten bekommen, werden schriftlich benachrichtigt.

