

das Treppensteigen wird vor Entlassung geübt. Über auferlegte Einschränkungen in den ersten Wochen zur Vermeidung von Komplikationen erhalten Sie ausreichend Hilfestellung und Hinweise im Sinne eines zusätzlichen Merkblattes. Nach dem Krankenhausaufenthalt schließt sich meist eine 3-wöchige Anschlußheilbehandlung (AHB/„Kur“) an.

Welche Komplikationen können auftreten?

Gelegentlich werden Blutergüsse (Hämatome) oder eine verzögerte Wundheilung beobachtet, ohne dass dies zwangsläufig zur erneuten Operation führt. Frühinfektionen sind unter routinemäßiger Antibiotika-Prophylaxe selten, bedürfen jedoch einer nochmaligen Spülung des Gelenkes und einer Antibiotikatherapie. Bleibende Nerven- und Gefäßschädigungen sind ebenfalls selten. Das an sich bedeutende Risiko einer gefährlichen tiefen Beinvenenthrombose oder Lungenarterienembolie wird nach der OP durch eine dosierte Blutverdünnung („Thrombosespritzen“, zunehmend auch durch Tabletten) deutlich auf ein geringes Restrisiko gesenkt. Nur in den ersten Wochen besteht ein Ausrenkungsrisiko der Prothese bei nicht erlaubten Extrembewegungen, da die das Gelenk stabilisierende Muskulatur OP-bedingt vorübergehend etwas geschwächt ist. Ein gemessener und gespürter Beinlängenunterschied muss gegebenenfalls durch Einlagen oder eine Schuhänderung ausgeglichen werden. Knochenbrüche in Prothesennähe, Frühlockerungen oder Fehllagen sind sehr selten.

Kontakt & Ansprechpartner

Chefarzt Dr. med. Tobias Schaaf

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
Spezielle Orthopädische Chirurgie
Chefarzt Orthopädie

Chefarzt Lars Schedler

Facharzt für Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie
Zusatzbezeichnung: Spezielle Unfallchirurgie
D-Arzt
Chefarzt Unfallchirurgie

Chefarztsekretariat Orthopädie: Monika Nowarre

Tel. +49 (0)3471 34-1200
Fax +49 (0)3471 34-2088
mnow.ortho@bernborg.ameos.de

Chefarztsekretariat Unfallchirurgie: Nancy Koch

Tel. +49 (0)3471 34-1380
Fax +49 (0)3471 34-2092
nkoc.uhw@bernborg.ameos.de



Krankheitsbild Koxarthrose

AMEOS Klinikum Bernburg

AMEOS Klinikum Bernburg
Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie
Kustrenaer Str. 98
06406 Bernburg
Tel. +49 (0)3471 34-0
info@bernborg.ameos.de

Die Hüftgelenktotalendoprothese

Krankheitsbild Koxarthrose

Was ist eine Koxarthrose?

Es handelt sich um einen fortschreitenden, nicht umkehrbaren Verschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes. Meist ist neben dem Altersfaktor keine konkrete Ursache festzustellen. Seltener gehen dem Verschleiß angeborene Hüftleiden mit Fehlbelastung infolge Fehlform des Gelenkes, eine eitrige Gelenkinfektion (Arthritis oder Koxitis), eine entzündliche Gelenkerkrankung (z.B. Rheuma), eine Durchblutungsstörung des Knochens (Hüftkopfnekrose) oder ein Unfall mit Verletzung des Gelenkes selbst oder in Gelenknähe (Becken, Oberschenkelknochen) voraus.

Welche Beschwerden sind typisch?

Zunächst bestehen Anlaufschmerzen, die sich mit der Belastung zunächst bessern können. Später treten auch Schmerzen bei oder nach Belastung auf – üblich in der Leiste, im Oberschenkel oder Knie, seltener auch im Gesäß und im unteren Lendenbereich. Die Beweglichkeit wird endgradig schmerzhaft eingeschränkt, so dass z. B. das Schuhanziehen, das Einsteigen ins Auto bzw. das Treppen-

steigen und andere Aktivitäten nur noch mit Schmerzen und Ausweichbewegungen möglich sind. Dann werden Schmerzmedikamente häufiger vom Betroffenen eingenommen. Mit dem Fortschreiten der Erkrankung verschmächtigt sich auch die Muskulatur, die Gehstrecke wird kürzer und es wird über Ruhe- oder Nachtschmerzen geklagt.

Welche Untersuchungen sind notwendig?

Nach einer ausführlichen Befragung über Symptome und einer körperlichen Untersuchung kann in aller Regel die Diagnose allein schon durch eine Röntgenaufnahme gesichert werden. Nur zur Abgrenzung anderer Erkrankungen mit hüftnahen Schmerzen sind weiterführende Untersuchungen (Laboruntersuchung, MRT-Untersuchung von Becken oder Lendenwirbelsäule, ggf. neurologische Untersuchung) nötig.

Welche nicht operativen Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

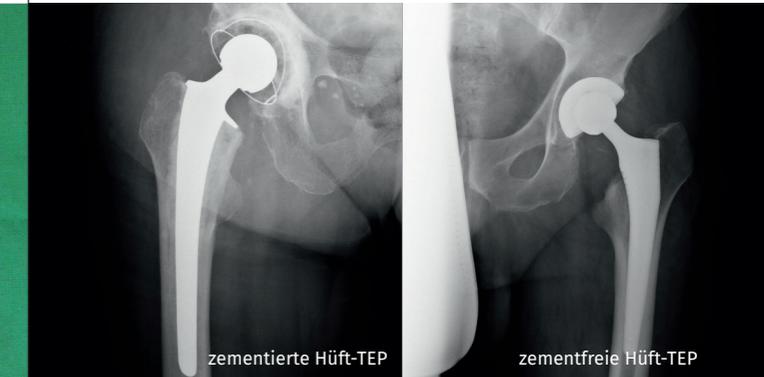
In einem frühen Stadium wird eine Schmerzreduktion und Erhaltung bzw. Verbesserung der allgemeinen Gelenkfunktion durch schmerz- und entzündungshemmende Medikamente, durch Krankengymnastik und manuelle Therapie bzw. durch Elektrotherapie und Ultraschallbehandlungen angestrebt. Der Verschleißgrad am Gelenk selbst kann damit nicht in seinem Ausmaß positiv beeinflusst werden.

Gelenkersatz durch eine Totalendoprothese – wann erforderlich?

Wenn die nichtoperativen Behandlungen nicht oder nicht mehr über längere Zeit zur Schmerzlinderung führen und



zementfreies Implantat



zementierte Hüft-TEP

zementfreie Hüft-TEP

der „Leidensdruck“ steigt, bleibt bei massiv gestörter Gelenkfunktion und röntgenologisch fortgeschrittenem Verschleiß lediglich der Ersatz der Hüfte mit einer Totalendoprothese (sog. TEP).

In einem gemeinsamen Gespräch mit dem Operateur wird unter Berücksichtigung der Begleitumstände (Knochenqualität, Patientenalter, Belastung in Beruf und Freizeit; Körpergewicht, Sturzrisiko) die individuell beste Wahl der Verankerungsmethode (zementfrei – Einpressen der Prothese und Anwachsen derselben im Knochen oder zementiert – Verankerung mit Knochenzement am Knochen) und der Oberflächengleitpaarung erörtert und die OP geplant.

Wie sind die Erfolgsaussichten einer Gelenkprothesenoperation?

Es handelt sich um einen bewährten, grundsätzlich seit vielen Jahrzehnten in großer Zahl und Häufigkeit und guten Ergebnissen durchgeführten Eingriff, welcher von einem routinierten Team die OP selbst, aber auch die Nachbehandlung betreffend, durchgeführt wird. Ziel ist

nach Heilung ein beschwerdefreies, sicheres Gehen mit freier Gelenkbeweglichkeit und – sofern nicht andere Einschränkungen dazu zwingen – ohne Gehhilfsmittel. Mit modernen Verankerungstechniken und abriebarmen Gleitpaarungen (übliche Werkstoffe: Keramik, hochvernetzter Polyethylen-Kunststoff, Metall) ist statistisch in Abhängigkeit von der Beanspruchung eine Standzeit von deutlich mehr als 10 Jahren sehr wahrscheinlich.

Wie ist der Ablauf vor und nach dem Eingriff?

Die OP erfolgt während eines stationären Aufenthaltes – meist in Vollnarkose oder seltener in rückenmarksnaher Betäubung – bei uns meist in Seitenlage. Die OP wird entsprechend am Röntgenbild maßstabsgetreu vorgeplant und während der OP durch ein Kontrollröntgen vor Einsetzen der Originalimplantate überprüft. Spätestens 2 Tage nach der OP sind erste Schritte unter Vollbelastung in physiotherapeutischer Begleitung mit Gehstützen möglich. Auch

