

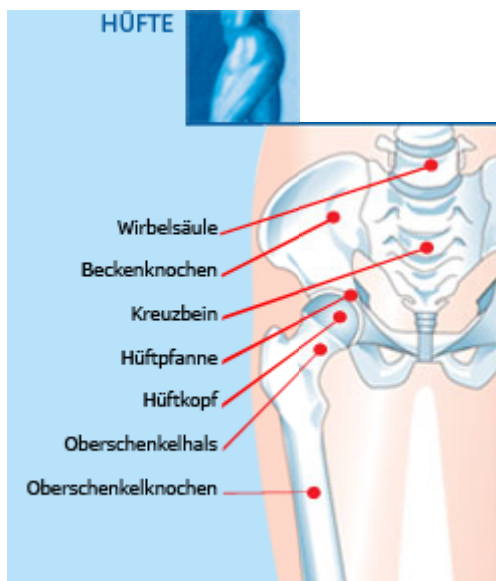
Hüftarthrose (= Verschleiß des Hüftgelenkes)

Beschwerden

Anfangs treten Schmerzen bei längerer oder stärkerer Belastung auf, z.B. bei längerem Gehen oder beim Treppensteigen. Die Schmerzen werden an unterschiedlichen Stellen empfunden, meist in der Hüfte selbst, also der Leistenregion, können aber auch in der Pobacke, dem Oberschenkel und sogar ausschließlich im Knie gespürt werden. Im weiteren Verlauf treten Schmerzen immer häufiger und früher auf und es kommt zum „Anlaufschmerz“, d. h. nach längeren Sitzen schmerzen die ersten Schritte besonders stark, man muss sich erst einlaufen. Geführte Bewegungen, wie Radfahren und die Kraulschwimmbewegung sind angenehm, Drehbewegungen meist unangenehm.

Wie entsteht eine Hüftarthrose?

Ursache ist meist ein Missverhältnis zwischen der Belastbarkeit und Belastung des Gelenkkorpels, der die Gelenkflächen überzieht. Der Gelenkknorpel wird dünner und zunehmend zerstört. Häufig bildet sich der Verschleiß im Verlauf des natürlichen Alterungsprozesses. Sekundär kann eine Arthrose nach angeborener zu kleiner Hüftpfanne (Hüftdysplasie), nach Hüftbrüchen (Schenkelhalsfraktur), Absterben des Hüftkopfes (Hüftkopfnekrose) oder bei entzündlichem Rheuma (Polyarthritiden) auftreten.



Anatomie der Hüfte aus www.linkh.de mit freundlicher Genehmigung



www.wikipedia.org

Links: Normales Röntgenbild einer linken Hüfte., rechts: Arthrose einer rechten Hüfte (bei angeborener Dysplasie)

Wie wird eine Hüftarthrose festgestellt?

Befragung (Anamnese), körperliche Untersuchung und Röntgenuntersuchung, evtl. auch Ultraschalldiagnostik. Nur selten sind eine Kernspintomographie (MRT) oder Röntgenschnittbilder (CT) sinnvoll.

Behandlungsmöglichkeiten

Zunächst versuchen wir immer eine konservative Therapie mit hüftgerechtem Verhalten nach dem Motto: Bewegung ohne Belastung. Hierzu zählen: Radfahren, Kraulschwimmen, täglicher Spaziergang, gymnastische Dehnungen. Schuhe mit weichen Sohlen/Absätzen. Krankengymnastik, Medikamente, Elektrotherapie, Magnetfeldtherapie (PMT), Bewegungsbad.

Operative Therapien

In Deutschland werden jährlich etwa 180.000 künstliche Hüften eingesetzt. Es handelt sich somit um eine sehr häufige Operation, die an sehr vielen Kliniken ein Routineverfahren ist. Manchmal kann auch eine gelenkerhaltende OP helfen, z. B. Umstellungsoperationen zur Verbesserung der Gelenkstellung oder Entfernung überschießender Knochenwucherungen zur Verbesserung der Beweglichkeit. Bei fortgeschrittenem Verschleiß ist der künstliche Gelenkersatz sinnvoll, die Endoprothese oder Totalendoprothese (TEP).

Wann sollte eine künstliche Hüfte eingesetzt werden?

Entscheidend sind Schmerz und Einschränkung der Lebensqualität, nicht der Untersuchungsbefund und nicht das Röntgenbild! Wenn man also trotz konservativer Therapie nicht ausreichend schmerzarm ist und seine Lebensqualität hinsichtlich, Beweglichkeit und Gehleistung verbessern will, dann ist der Zeitpunkt zur OP gekommen. Die meisten Menschen haben anschließend eine sehr viel bessere Lebensqualität in Schmerzfreiheit oder mit nur sehr geringen Beschwerden. Künstliche Gelenke halten meist 10 bis 15 Jahre und können dann gewechselt werden. Auch mehrfache Wechseloperationen sind heute keine Seltenheit mehr.

Oberflächenersatz- oder Kappenendoprothesen

Hier werden lediglich die geschädigten Gelenkoberflächen durch das Implantat ersetzt. Dadurch kann viel Knochen erhalten werden. Spätere Wechseloperationen können hierdurch erleichtert sein. Außerdem erlauben diese Prothesen einen großen Bewegungsumfang. Sie können aber nur bei

bestimmten anatomischen Voraussetzungen eingesetzt werden, nicht bei sehr krummem Schenkelhals (Coxa vara) und nicht bei größerer Hüftkopfnekrose.



Im Bild eine McMinn-Prothese. Die Pfanne ist aus Metall und wird passgerecht in das Becken eingesetzt. Die Kappe für den Oberschenkelkopf ist ebenfalls aus Metall und hat einen kurzen Dorn und wird meist mit Knochenzement befestigt.

Kurzschafthprothesen

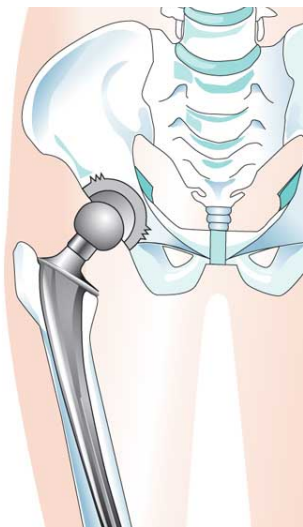
Auch dieser Prothesentyp kann knochensparend eingesetzt werden. Zudem eignet er sich besonders für so genannte minimalinvasive, d. h. gewebeschonende operative Zugänge. Hierbei sind die Hautschnitte klein und es werden nur sehr wenige Muskelansätze abgelöst oder durchtrennt. Das erleichtert die Nachbehandlung.



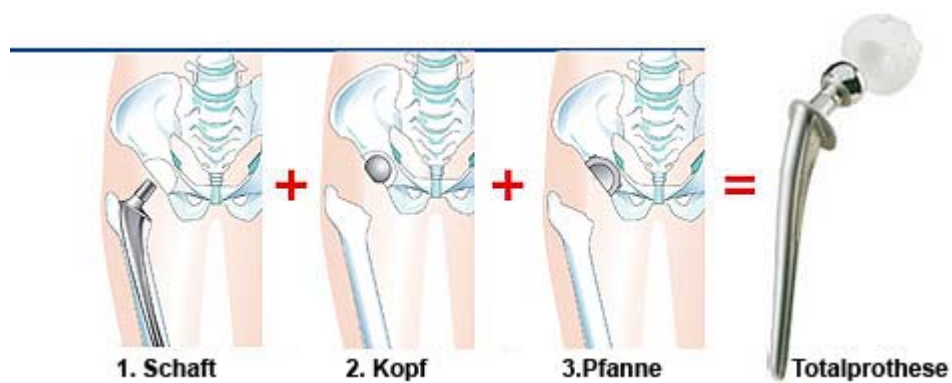
Im Bild die Kurzschaftprothese der Firma Link, www.linkh.de.

Standardschaftendoprothesen

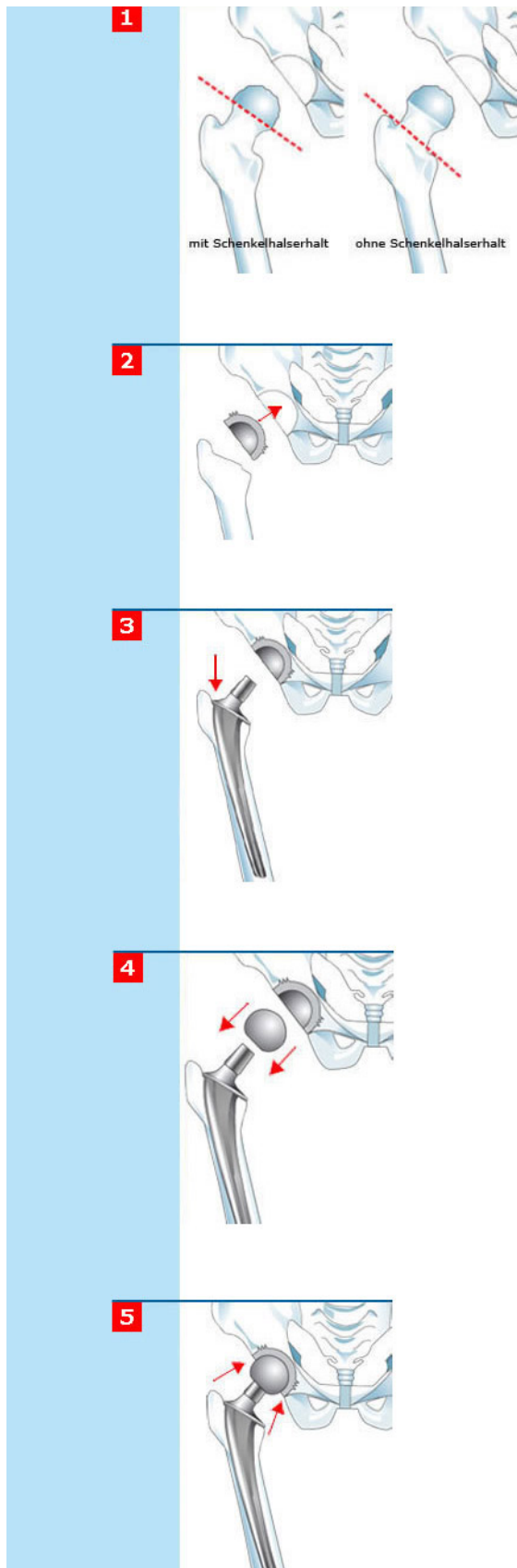
Auch diese können gewebeschonend eingesetzt werden. Diesen Endprothesentyp gibt es am längsten und die Erfahrungen hiermit sind langfristig.



aus www.linkh.de mit freundlicher Genehmigung



Operationsschritte bei Totalendoprothese:



1. Entfernung de Hüftkopfes mit oder ohne Schenkelhals.

2. Einsetzen der Hüftpfanne.

3. Einsetzten des Prothesenstiels in den Oberschenkelknochen

4. Aufsetzen des Hüftkopfes

5. Alle Komponenten werden zusammengeführt.

(aus www.linkh.de)



Ansichten verschiedener Hüfteendorprothesen; ganz rechts im Röntgenbild aus www.wikipedia.de und www.linkh.de

Mit oder ohne Zement?

Die längsten Erfahrungen bestehen bei Endoprothesen, die mit einem Knochenzement eingeklebt werden. Vorteil ist die sofortige voll Belastbarkeit nach der OP. Schwierigkeiten ergeben sich manchmal, wenn später die Endoprothese gewechselt werden muss. Zementfreie Prothesen dürfen manchmal erst sechs Wochen nach OP voll belastet werden, man muss also an zwei Unterarmstützen in dieser Zeit gehen. Eine Wechseloperation ist hier meist leichter.

Allergieprobleme?

Standardprothesen werden meist mit einem Gemisch aus Chrom, Kobalt und Molybdän hergestellt, früher auch mit Nickel, in den letzten Jahren alternativ auch aus Titan. Im Zweifel kann vor der OP ein Allergietest erfolgen. Der Hüftkopf besteht aus Metall oder Keramik. Alle Materialien sind hinsichtlich Belastbarkeit und Haltbarkeit vergleichbar.

Operationsrisiken

Die Implantation eines künstlichen Hüftgelenkes ist mit den allgemeinen Risiken eines größeren operativen Eingriffs verbunden. Dazu gehören die Bildung von Blutgerinnseln in den Venen der Beine (Thrombose) während oder nach der Operation. Meist wird dann die Wade dick und schmerzhaft. Reißt sich ein Blutgerinnsel (Thrombus) los, kann es in der Lunge ein Blutgefäß verschließen und zu einer Lungenembolie führen. Lungenembolien können tödlich sein. Deshalb erfolgt immer eine Vorbeugung gegen Thrombose: Stützstrümpfe, Beinbewegungen mit Muskelanspannungen, gerinnungshemmende Medikation (Heparin-Spritzen in das Fettgewebe der Bauchdecke, neuerdings gibt es auch dafür Tabletten). Weitere Risiken: Wundheilungsstörung (Infektionen), Bluterguss (Hämatom) und die Möglichkeit einer Verletzung von Nerven und Blutgefäßen. Gelegentlich kann während der Operation ein Blutverlust auftreten, der eine Bluttransfusion (Eigen- oder Fremdblut)

erfordert. Ein für den Eingriff spezifisches Risiko ist eine selten auftretende Absprengung von Knochen am Oberschenkel oder eine Fraktur, die dann einer zusätzlichen Stabilisierung durch Verdrahtung oder Schrauben bedarf. Bei circa 3% der Patienten kommt es im Laufe von 10 bis 15 Jahren zu einer Lockerung der Endoprothese, die mit Schmerzen und eventuell entzündlichen Veränderungen einhergeht und einem Wechsel der Endoprothese erforderlich machen kann. Ferner kann es in den ersten Monaten nach der Operation zu Verknöcherungen um das Gelenk kommen, die die Beweglichkeit dauerhaft einschränken können. Selten ist es erforderlich durch eine erneute OP diese Verknöcherungen zu entfernen, dann kann man durch vorbeugende Röntgen-Bestrahlung des umliegenden Gewebes und Gabe eines entzündungshemmenden Medikamentes (in der Regel Indometacin) das Risiko einer Verknöcherung vermindern.



Links Megaprothesen bei großen Knochenverlusten oder Tumoren, rechts Sattelprothese, wenn keine knöcherner Pfanne mehr besteht (nach www.linkh.de)

Rehabilitation

Bereits am Tag nach der Operation starten Mobilisation, Kreislauftraining und Thrombosevorbeugung, gefolgt von Gangschulung und zunehmender Belastung. Der Krankenhausaufenthalt dauert etwa 10 Tage, anschließend wird meist eine dreiwöchige Weiterbehandlung in einer Rehabilitationsklinik angeschlossen, sogen. Anschlussheilbehandlung (AHB). Die Nachbehandlung kann auch ambulant erfolgen

Was ist nach der OP zu beachten?

- Schlafen Sie möglichst auf dem Rücken.
- Bei Seitenlage dürfen Sie in den ersten 3 Monaten die Beine nicht kreuzen. Ein Kissen zwischen den Knien hilft, dies zu verhindern.
- Sitzen Sie nicht mit übereinander geschlagenen Beinen und sitzen Sie möglichst aufrecht.
- Meiden Sie sehr tiefe oder extra weiche Sessel.

- Bücken Sie sich nicht tief beim Anziehen der Schuhe, benutzen Sie lieber einen Schuhanzieher.
- Beugen Sie die Hüfte in den ersten 3 Monaten nie stärker als im 90°-Winkel und gehen nicht in die Hocke.

- Fahren Sie die ersten 3 Monate nicht selbst mit dem Auto.

Sport mit Endoprothese?

Ziele sind Schmerzfreiheit und gute Funktion. Die Sportfähigkeit ist nicht das oberste Ziel. Viele können auch wieder Sport treiben und machen dies auch. Entsprechend den Richtlinien des deutschen Sportärztebundes sollte erst 6 Monate nach OP mit Sport begonnen werden:

- Radfahren
- Wandern
- leichtes Joggen
- Schwimmen (ohne Scherschlag beim Brustschwimmen)
- leichtes Tennis
- Golf
- Ungeeignet sind generell Abfahrtski (wenn, dann frühestens nach 1 Jahr) und Skilanglauf wegen der Sturzgefahr sowie
- sämtliche Wettkampfsportarten mit direktem Gegnerkontakt.
- Das reine Krafttraining der Hüftmuskulatur ist nicht zu empfehlen. Das Tragen von Lasten sollte unterbleiben.
- Spaziergänge von 1-2 Stunden sind bedenkenlos, dazwischen sollten Ruhepausen eingelegt werden.