

Das künstliche Hüftgelenk

Praxis für Orthopädische Chirurgie
und Traumatologie des Bewegungsapparates
Dr. med. Rolf F. Oetiker
Hünenbergerstrasse 8
6330 Cham, Schweiz



Verfasst von Dr. med. Rolf F. Oetiker
Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und
Traumatologie des Bewegungsapparates

3.Auflage, Dezember 2017



Autor: Dr. med. Rolf F. Oetiker
Praxis für Orthopädische Chirurgie
und Traumatologie des Bewegungsapparates
Hünenbergerstrasse 8, CH-6330 Cham
Tel 041-781 49 49, Fax 041-781 56 56
e-mail info@orthozentrum.ch
Internet www.orthozentrum.ch



Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung
2. Arthrose des Hüftgelenkes
3. Die Vorbereitung und die Zeit vor der Operation
4. Der Spitaleintritt
5. Die Hüftgelenks-Totalprothese
6. Die Narkose und die Operation
7. Narkose- und Operationsrisiken
8. Die ersten Tage nach der Operation
9. Spitalaustritt und Nachbehandlungsphase
10. Prognose und Langzeitverlauf
11. Minimal invasive Hüftchirurgie MIS
12. Checkliste
13. Medizinische Fachausdrücke
14. Fragen an den Arzt

Das künstliche Hüftgelenk

Eine detaillierte Patienteninformation

1. Einleitung

Liebe Leserin, lieber Leser,
Liebe Patientin, lieber Patient

Leben ist Bewegung, bedeutet Mobilität und Lebensqualität. Wer weiss das wohl besser als Sie, deren Beweglichkeit durch eine Hüftgelenksarthrose eingeschränkt ist.

Hüftgelenksarthrose ist eine Verschleisserkrankung, die bisweilen auch starke Schmerzen, sowohl in Ruhestellung als auch unter Belastung, verursachen können. Wir sprechen von Coxarthrose und meinen damit die Arthrose des Hüftgelenkes, welche einer Verschleisserscheinung mit Knorpelabnützung des Gelenkes entspricht. Ihr Hausarzt oder Ihr Spezialarzt hat sich nun entschlossen, Sie zu uns zur Beratung und eventuell auch Operation zu überweisen. Nachdem andere Ursachen eines Leidens ausgeschlossen werden konnten, haben wir Ihnen die Operation mit Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenkes (Hüftgelenks-Totalendoprothese oder auch TP) empfohlen.

Ziel ist es, dass Sie nach dieser Operation wieder eine bessere Lebensqualität haben und Ihr künstliches Hüftgelenk möglichst viele Jahre, falls möglich, bis zu Ihrem Lebensende einwandfrei funktionieren wird.

Diese Informationsbroschüre soll dazu beitragen, Ihre Hüftgelenkserkrankung besser zu verstehen, Ängste abzubauen und Ihnen, im Falle einer Operation, den Spitalaufenthalt in jeder Art und Weise zu erleichtern. Die Ihnen hier abgegebene Broschüre soll das Aufklärungsgespräch mit Ihrem Arzt und auch die weiteren Informationsgespräche mit Ihrem betreuenden Team im Spital nicht ersetzen, sondern Sie im Gegenteil ermutigen Fragen zu stellen, damit Sie auch in der Nachbehandlung aktiv und erfolgreich zum Genesungsverlauf beitragen können. Notieren Sie sich allfällige Fragen die aus der Lektüre dieser Broschüre entstehen und nehmen Sie diese Broschüre jeweils zur Aufklärung und Besprechung mit Ihrem Arzt sowie bei Ihrem Klinikeintritt mit.

Zum besseren Verständnis haben wir im Anhang dieser Informationsbroschüre eine

ergänzende Liste mit häufig verwendeten medizinischen Fachausdrücken im Zusammenhang mit einer Hüftoperation angefügt.

Künstliche Hüftgelenke werden seit 1960 weltweit zunehmend eingesetzt. Einer der Väter des modernen künstlichen Hüftgelenkes, der weltweit die Erfolgsserie der modernen Hüftgelenksprothetik in Gang brachte, war der Engländer Sir John Charnley. Nebst ihm haben auch verschiedene Schweizer Ärzte mit ihren Weiterentwicklungen den Erfolg der modernen Hüftgelenksendoprothetik weltweit nachhaltig beeinflusst. Zu ihnen gehören unter anderen die Schweizer Professoren Prof. Maurice E. Müller aus Bern, Prof. Erwin Morscher aus Basel und Prof. A. Huggler aus Chur, um nur einige der Schweizer Experten auf diesem Fachgebiet aufzuführen. Zahlreiche weitere Orthopädische Chirurgen haben in Zusammenarbeit mit der medizinaltechnischen Industrie eine wachsende Palette von wertvollen Implantaten entwickelt.

Weltweit werden jährlich mehrere hunderttausend Kunstgelenke an Hüften eingesetzt und verhelfen zahllosen Menschen zu einer verbesserten Beweglichkeit, Gehfähigkeit, Schmerzfreiheit und dadurch auch wieder zu Lebensqualität.

Um einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten werden wir Sie, zusammen mit Ihrem Hausarzt und anderen Spezialärzten (Narkosearzt, Internist, Rehabilitationsarzt etc.), vor und nach der Operation begleiten und uns um Ihr Wohl kümmern. Während Ihres Spitalaufenthaltes befindet sich rund um die Uhr ein Arzt in der Klinik, der die lückenlose 24-stündige ärztliche Betreuung gewährleistet. Auf der intensiveren Überwachungsstation (Intermediate Care oder IMC) stehen Betten zur Verfügung die eine engmaschige Überwachung mit elektronischen Geräten erlauben und so Ihre Sicherheit während und nach der Operation zusätzlich erhöhen. Komplikationen können damit weitgehend vermieden oder frühzeitig erkannt und kompetent behandelt werden.

2. Die Arthrose des Hüftgelenkes

Die Arthrose ist eine Gelenkerkrankung, welche durch Abnützung des Knorpelüberzuges charakterisiert ist. Ist eine Arthrose ohne erkennbare Ursache entstanden, so sprechen wir von einer primären Arthrose. Ebenso kann die Arthrose aus dem rheumatischen Formenkreis, Stoffwechselkrankheiten, angeborenen und anlagebedingten Formveränderungen des Hüftgelenkes, familiäre Veranlagung, Folgen eines Beckenbruches mit Beteiligung der Hüftgelenkspfanne und anderen Unfällen entstehen. Wir sprechen dann von einer sekundären Coxarthrose.

Durch den krankhaften Knorpelverschleiss bewegt sich schlussendlich Knochen auf Knochen. Da die normale Gleitschicht, eben der Knorpel, abgewetzt wurde, entsteht ein äusserst schmerzhafter Zustand. Die Arthrose des Hüftgelenkes (Coxarthrose) ist die häufigste Hüfterkrankung überhaupt. Mit der zunehmend steigenden Lebenserwartung und vermehrten Beanspruchung der Gelenke durch steigende Freizeitaktivitäten sind Gelenkerkrankungen in den letzten Jahrzehnten häufiger geworden.

Coxarthrosebeschwerden beginnen meist in der Leiste mit entsprechenden Schmerzen, teils jedoch auch im Bereiche der seitlichen Hüftgelenkspartie, des Gesässes und/oder des Oberschenkels mit Ausstrahlungen ins Kniegelenk und bis in die Schienbeinvorderkante. Anfänglich treten nur Schmerzen nach stärkeren körperlichen Belastungen auf, später auch Ruheschmerzen. Ganz typisch ist der so genannte Anlaufschmerz, das heisst die ersten

Schritte am Morgen sind mühsam und schmerzhaft, weil das Gelenk wie eingerostet zu sein scheint. Nach kurzer Gehstrecke kommt es dann zur Schmerzlinderung. Im weiteren Krankheitsverlauf nimmt die Gehleistung, insbesondere die schmerzfreie und hinkfreie Gehstrecke, zunehmend ab. Die Beweglichkeit wird stets schlechter, die Innendrehung und die Abspreizfähigkeit des Beines werden zunehmend eingeschränkt. Patienten können dann kaum mehr Schuhe oder Strümpfe anziehen. Durch die erfolgte Einsteifung mit Knorpelschwund erscheint das Bein oft etwas kürzer. Zusätzlich können aufgrund der immer wieder auftretenden Hüftgelenksentzündungen auch störende Nachtschmerzen hinzukommen. Ein auffälliges Schonhinken entsteht.

Eine Arthrose kann leider bis heute nicht geheilt werden.

Hingegen können Schmerzen durch Physiotherapie, mittels Heilgymnastik, Muskelaufbau, Dehnungsübungen, oder auch durch Bäder, Wärme und Elektrotherapie gelindert werden. So gelingt es oft, die Beschwerden zu reduzieren und das Fortschreiten eines Hüftarthroseleidens zu verlangsamen.

Zusätzlich können gegen Schmerzen spezielle Medikamente, sogenannte Antirheumatika (das sind entzündungshemmende Medikamente wie Voltaren, Ecofenac, Brufen, Optifen etc.) eingesetzt werden. Weiche Fersenpolster oder Pufferabsätze können Schläge dämpfen. Auch der in jüngerer Zeit bekannte MBT-Schuh hat einen günstigen Einfluss auf Arthroseleiden der Hüfte. Mit einem Stock, getragen auf der gesunden Seite, kann ohne Einnahme von allzu vielen Schmerzmitteln ebenfalls sehr gute Schmerzlinderung und Entlastung des erkrankten Hüftgelenkes erzielt werden.

Weitere medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten bestehen in der Abgabe von so genannten Chondroprotektiva (das sind Knorpelschutzpräparate wie Chondroitinsulfat [Condrosulf, Structum] oder auch Fischknorpelextrakte) wie ebenso zahlreiche weitere, auf natürlicher, pflanzlicher oder tierischer Basis bestehende Mittel wie entzündungshemmende Grünlippmuschelextrakte, Teufelskralle etc. Zusätzlich haben auch Glucosamin und Vitaminpräparate einen günstigen Einfluss auf das erkrankte Gelenk.

Wenn konservative Behandlungsmöglichkeiten nicht mehr ausreichend Hilfe und Linderung bringen, ist nur noch die Operation, d.h. die Hüftgelenks-Totalprothesenimplantation erfolgversprechend und schmerzbefreiender. Sie gilt heute als die beste Methode um ein Arthroseleiden wirkungsvoll und nachhaltig zu behandeln.

Die früher durchgeführten Umstellungsoperationen mit Stellungsveränderungen des Hüftgelenkkopfes oder auch die Versteifungsoperation des Hüftgelenkes (Arthrodese) werden heute nur noch in speziellen Ausnahmesituationen durchgeführt.

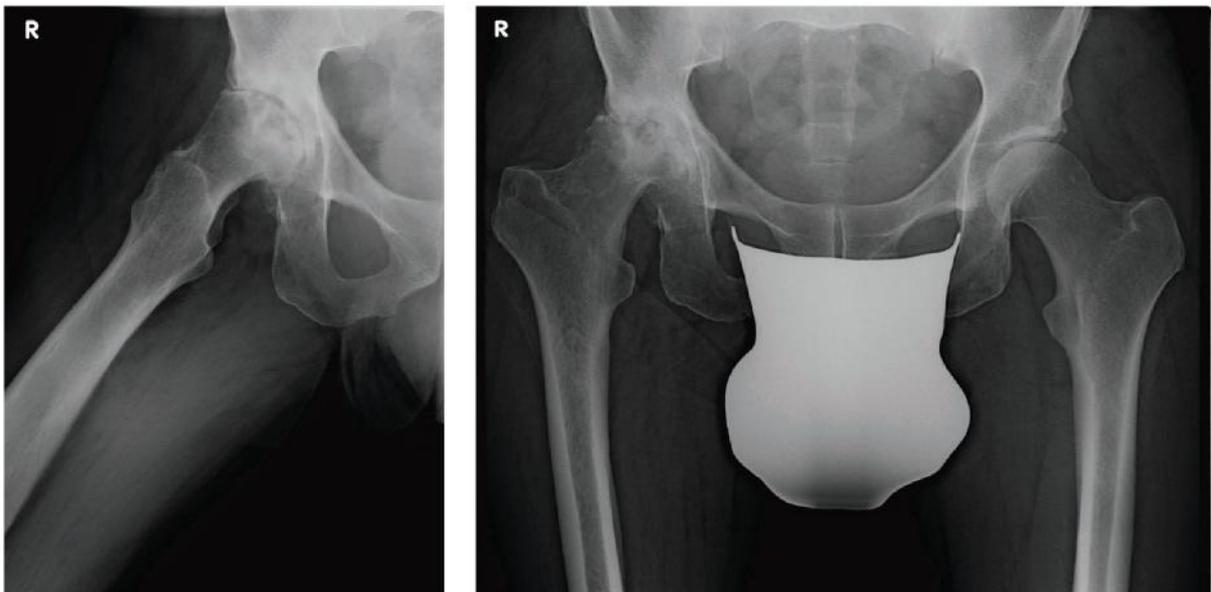
In jüngerer Zeit werden neue Verfahren in bestimmten Situationen möglich. So kann bei geeigneten, jüngeren Patienten statt einem üblichen Kunstgelenk ein so genannter Oberflächenersatz oder **Hip Resurfacing** mit Aufsetzen einer Hüftkopfkappe auf das erkrankte Gelenk in Betracht gezogen werden. Zudem können heute mit kleineren Hautschnitten, unter Schonung auch der inneren Weichteile wie Muskeln und Sehnen, mit Hilfe von Spezialinstrumenten (so genannte **minimal Invasive Operation**) bei geeigneten Personen gute Resultate mit rascher Heilung erzielt werden. Vergleiche auch hierzu Kapitel 11. Die Vorteile in Bezug auf die Langzeitresultate dieser neuen Methoden sind im Vergleich zu den herkömmlichen, bewährten Techniken jedoch noch nicht wissenschaftlich gesichert.

Der **Zeitpunkt einer Hüftgelenkoperation** hängt vor allem von Ihrem Leidensdruck ab. Dieser ist gekommen, wenn schmerzbedingt die Lebensqualität stark eingeschränkt ist, zunehmend mehr Schmerzmittel benötigt werden, Ihre Gehstrecke spürbar abnimmt und wenn Sie dadurch nicht mehr in der Lage sind, Ihren Alltag in Beruf und Privatleben auf eine für Sie wünschenswerte Art zu bewältigen.

Sie sollten allerdings nicht zuwarten bis das abgenutzte Gelenk kaum mehr beweglich ist und sich so stark deformiert hat, dass eine Operation technisch anspruchsvoll wird. Zuwarten kann bedeuten, dass sich die Muskulatur aufgrund der Schonung des Gelenkes zunehmend verkürzt bzw., zurückbildet und dadurch ihre wertvolle Funktion verliert.

Bei beidseitig fortgeschrittener Coxarthrose werden wir nach Absprache mit Ihnen, wie in den meisten Fällen, die Hüftgelenks-Totalprothesenoperation zweizeitig durchführen. Es besteht jedoch auch die Möglichkeit, beide Eingriffe in einer Sitzung durchzuführen.

Die Hüftgelenksarthrose ist ein sehr häufiges Leiden, sodass zahlreiche betroffene Patienten auf ihre Operation mit einer entsprechend langen Wartezeit rechnen müssen. Während in vielen Ländern, wie beispielsweise England, heute mit einer



Röntgenbild in 2 Ebenen: Schwere rechtsseitige Hüftgelenksarthrose mit Hüftkopfeinbruch bei einem jüngeren 49-jährigen Mann.

Wartezeit von über zwei Jahren gerechnet werden muss, beträgt bei uns die durchschnittliche Wartezeit rund 6 - 8 Wochen. In Ihrem Interesse bemühen wir uns die Wartezeit möglichst kurz zu halten.

3. Die Vorbereitung und die Zeit vor der Operation

Es ist wichtig und wünschenswert, dass Sie selbst aktiv daran mitarbeiten, dass die Operation unter besten Umständen und Voraussetzungen durchgeführt werden kann. In der verbleibenden Wartezeit bis zum Spitaleintritt können Sie bestmögliche Voraussetzungen schaffen, indem Sie ihren allgemeinen Gesundheitszustand verbessern: Reduzieren Sie

das Rauchen weitmöglichst, bauen Sie vorhandenes Übergewicht ab und versuchen Sie, Ihre hüftgelenksnahe Muskulatur durch Übungen, beispielsweise auch durch Physiotherapie, zu erhalten und zu kräftigen.

Präoperative Abklärung und Konsultation bei Ihrem Hausarzt

Wichtig ist auch eine Untersuchung in der Sprechstunde Ihres Hausarztes. Er wird anhand eines von uns zugesandten Merkblattes die präoperativen Abklärungen durchführen, insbesondere wird er mit Ihnen die Einnahme von bereits verordneten oder neuen Medikamenten regeln. Gewisse Schmerzmittel können die Blutgerinnung stark beeinflussen. **Deshalb sollten Sie zwei Wochen vor Spitaleintritt solche Medikamente wie beispielsweise Aspirin, Alcacyl, Treupel, Plavix etc. nicht mehr einnehmen. Schmerzmittel, die bis zur Operation eingenommen werden dürfen sind beispielsweise Panadol, Voltaren, Ecofenac oder Brufen. Diese hemmen die Blutgerinnung deutlich weniger.**

Falls Sie bereits vor der Operation aus medizinischen Gründen antikoaguliert, d.h. blutverdünnt werden, muss Ihr Hausarzt mit Ihnen ein spezielles Behandlungsschema mit Reduktion der Blutverdünnung (Weglassen von Sintrom oder Marcoumar) und Ersatz mittels Blutverdünnungsspritzen (Fraxiparin, Clexane etc.) festlegen. Von unseren Narkoseärzten erhalten Sie diesbezüglich ein entsprechendes Merkblatt.

Eine **Eigenblutspende** wird bei uns aufgrund der neuesten Erkenntnisse in der Regel nicht mehr durchgeführt. Stattdessen wird das Blut bei den Patienten während dem Eingriff gesammelt (Cell Saver, Retransfusionssystem) und kann nach der Operation zu einem hohen Prozentsatz wieder an Sie zurückgegeben werden, ohne dass Fremdblut eingesetzt werden muss. In einzelnen Fällen ist es dennoch möglich, dass wir - je nach postoperativem Verlauf und nach Rücksprache mit Ihnen - bei tiefem Hämoglobinwert empfehlen, ein bis zwei Fremdbluttransfusionen durchzuführen, damit Sie sich vom Eingriff schneller erholen. Dies ist jedoch nur selten und meistens eher bei älteren Patienten mit Kreislaufproblemen der Fall. **Falls Sie Zeuge Jehovas sind, bitten wir Sie uns dies rechtzeitig vor dem Spitaleintritt zu melden, damit wir entsprechende Informationen zu Händen unseres Anästhesieteams weiterleiten können und eine Fremdblutgabe strikte vermieden wird.**

Falls Sie vor einer geplanten Hüft-Totalprothesenoperation an **Infektionen** wie beispielsweise Harnwegsinfekt, Atemwegsinfekt, Zahninfektion etc. leiden, sollten diese vor dem Spitaleintritt behoben werden. Es besteht dadurch nämlich ein erhöhtes Risiko, dass sich während oder nach der Operation Bakterien über den Blutweg ins Operationsgebiet ausbreiten und zu einer Frühinfektion des neu eingesetzten Hüftgelenks führen können. Insbesondere Zahnprobleme, jedoch auch Hautprobleme im betroffenen Hüftbereich, müssen unbedingt vor einer solchen Operation angegangen werden.

Kuraufenthalt und Rehabilitation

In der Regel beträgt Ihr Spitalaufenthalt ca. 8-10 Tage. Falls Sie jung und gesund sind, kann sich dieser Aufenthalt auch verkürzen. Nach Ihrem Spitalaufenthalt wird je nach Situation ein ergänzender Nachbehandlungsaufenthalt in einer Kur- oder Rehabilitationsklinik empfohlen, da zahlreiche Patienten mit den verschiedensten Operationen auf ein Akutspitalbett warten und Ihr Aufenthalt an unserer Klinik deswegen nicht beliebig verlängert werden kann. Zudem ist dies auch aus Kostengründen nicht möglich. Ältere, kranke oder alleinstehende Patienten können aufgrund ihrer eingeschränkten Selbständigkeit zum Zeitpunkt des Spitalaustrittes noch nicht in ihre eigene Umgebung zurückkehren. In diesem Falle kann ein Kur- oder

Rehabilitationsaufenthalt sinnvoll sein. Wir werden diesen mit Ihnen im Rahmen der präoperativen Planung und Besprechung anmelden. Ebenso werden wir für Sie eine entsprechende ärztliche Verordnung ausstellen. Es muss zwischen einer ärztlich verordneten Kur und einer klinisch stationären Rehabilitation in einer anerkannten Rehabilitationsklinik (z.B. Adelheid in Unterägeri, Bad Schinznach, Zurzach etc.) unterschieden werden. Eine ärztlich verordnete Kur kann in jedem Kurhaus durchgeführt werden. Die Versicherung übernimmt hier nur die Therapiekosten, jedoch nicht die Kosten des Aufenthaltes. Bei einer stationären Rehabilitation werden die Aufenthaltskosten mit Ausnahme des Selbstbehaltes von der Krankenkasse übernommen.

Wichtig ist zu wissen, dass es besondere Gründe braucht (Begleiterkrankungen bei höherem Alter, Hüftprothesenwechsel etc.), damit die Krankenkasse einen Rehabilitationsaufenthalt akzeptiert und die Kosten übernimmt.

Eine unkomplizierte Hüftoperation bei einem gesunden Patienten rechtfertigt selten eine Rehabilitationsbehandlung. Viel wichtiger ist hier die tägliche Beanspruchung in Ihrer natürlichen Umgebung, evtl. unterstützt durch ein ambulantes Physiotherapieprogramm. In manchen Fällen kann durch eine spitalexterne Krankenpflege (Spitex) eine Kur umgangen werden. Fragen Sie uns oder Ihren Hausarzt ebenfalls nach dieser Möglichkeit, falls Sie wieder möglichst rasch nach Hause zurückkehren möchten.

4. Der Spitaleintritt

Konsultieren Sie vor dem Spitaleintritt die in dieser Patienteninformation aufgeführte Checkliste: Bringen Sie alle Ihre Medikamente sowie persönliche Hilfsmittel wie Gehstöcke, langer Schuhlöffel etc. ins Spital mit. Vergessen Sie auch Ihre Impf- oder Blutgruppenkarte nicht. Bringen Sie nebst Ihren persönlichen Utensilien bitte einen Bademantel oder einen Trainingsanzug mit, ebenso leicht anzulegende Turnschuhe oder gute Halbschuhe mit Gummibesohlung. Falls Sie bereits darüber verfügen, bringen Sie auch einen entsprechenden Keilsitz und einen Toilettenhochsitz mit.

Die Eintrittsuntersuchungen

In der Regel hat Sie Ihr Hausarzt aufgrund unseres Schreibens bereits vor dem Spitaleintritt zur Durchführung der präoperativen Aufklärungen aufgeboten und entsprechende Untersuchungen wie Blutentnahmen, Herzstromkurve (EKG) und Lungen-Röntgenbild durchgeführt. Je nach aktueller Situation werden wir am Eintrittstag zusätzliche Untersuchungen wie beispielsweise eine erneute Blutentnahme, ein EKG oder eine spezialärztliche Abklärung durchführen. Alle diese Untersuchungen sind schmerzfrei.

Ihre Ärzte

Auf ärztlicher Seite werden Sie in der Regel vom Operateur persönlich und während des gesamten Spitalaufenthaltes vollumfassend betreut. Dies ist einer der grossen Vorteile der Belegarztambulanz. Sie werden von Ihrem eigenen Spezialarzt weiter betreut. Dadurch entsteht kein Informationsverlust aufgrund der Betreuung durch mehrere Ärzte. In Ergänzung werden Sie, je nach Bedarf, durch meinen ärztlichen Stellvertreter oder die Stellvertreterin (ebenfalls Fachärzte für Orthopädische Chirurgie) betreut. Zusätzlich werden Sie während des Spitalaufenthaltes von ärztlicher Seite durch das ganze Team der Narkoseärzte vollumfänglich versorgt, insbesondere im Hinblick auf die Narkose und die anschliessende Schmerzbehandlung. Als Operateur werde ich Sie in der Regel am Vorabend der Operation besuchen und mit Ihnen allenfalls neu aufgetretene oder offene Fragen in aller Ruhe

nochmals durchgehen. Während Ihres Spitalaufenthaltes werden Sie mindestens einmal täglich von uns besucht. Wir beobachten den Heilungsverlauf, nehmen die entsprechenden Verbandwechsel vor und geben Anweisungen an das Pflege- und Physiotherapiepersonal. **Der Zeitpunkt unserer täglichen Arztvisite kann sich gelegentlich gegen Abend verschieben. Ursache hierfür sind die im Arztalltag üblichen Termindispositionen wie unvorhergesehene Notfälle, länger dauernde Operationen etc. Wenn Ihnen deswegen die Wartezeit auf den Arzt manchmal zu lange erscheint bitten wir Sie hier ausdrücklich um Geduld und Verständnis.** Selbstverständlich werden wir an Ihrem Austrittstag versuchen, wenn immer möglich, Sie rechtzeitig zu verabschieden, damit Sie nicht unnötig durch den noch nicht erfolgten Arztbesuch aufgehalten werden.

Ihr Pflegepersonal

Melden Sie Ihre Wünsche, Sorgen oder Unzufriedenheiten Ihrer zuständigen Pflegefachfrau (vormals Krankenschwester) oder Ihrem Pflegefachmann (vormals Krankenpfleger). Viele kleine Probleme können meistens rasch und umgehend erledigt werden. Wir sind alle sehr besorgt, Sie rund um die Uhr gut zu überwachen und aufmerksam zu betreuen. **Wenn es gelegentlich nicht gelingt Sie sofort aufgrund Ihrer Anfrage zu betreuen, bitten wir Sie um Verständnis. Da es in einem Akutspital oft etwas hektisch zu und her gehen kann und manchmal der Andrang von Notfallpatienten sehr hoch ist, was zu zeitweilig sehr hoher Auslastung des Pflegepersonals führt, kann es zu Verzögerungen kommen.**

Die Narkosevorbereitung

Wie bereits erwähnt wird Sie der Narkosearzt am Vorabend der Operation besuchen und mit Ihnen zusammen das für Sie am besten geeignete Narkoseverfahren festlegen. Ebenso wird er mit Ihnen den zeitlichen Ablauf der Operation im Laufe des Operationstages besprechen. Prinzipiell ist bei Hüftgelenks-Totalprothesenoperationen eine Teil- oder Vollnarkose möglich. Bei der Teilnarkose wird durch eine rückenmarksnahe Betäubungsspritze nur die untere Körperhälfte unempfindlich gemacht. Bei einer allgemeinen Narkose (Vollnarkose) schlafen Sie jedoch ganz. Beide Anästhesiearten haben Vor- und Nachteile. Fragen Sie hierzu Ihren Narkosearzt, der Ihnen darüber kompetente Auskunft erteilen kann. Aufgrund der Organisation des Anästhesieteams kann es sein, dass Sie nicht vom gleichen Narkosearzt, der am Abend vor der Operation das Gespräch führte, narkotisiert werden. Ihr Narkosearzt wird Ihnen dies selbstverständlich mitteilen.

Die Physiotherapie

In der Regel beginnen wir am ersten Tag nach der Operation mit der Mobilisation. Sie können das erste Mal aus dem Bett aufstehen. Damit diese Mobilisation fachlich korrekt und erfolgreich durchgeführt werden kann, ist bereits ab diesem Zeitpunkt physiotherapeutisches Fachpersonal erforderlich. Der Physiotherapeut oder die Physiotherapeutin und eine Mitarbeiterin des Pflegepersonals werden Sie beim erstmaligen Aufstehen aus dem Bett begleiten. In der Regel wird am Tag nach der Operation nur ein einfaches Stehen oder einige wenige Schritte an Krücken geübt. Seien Sie nicht erschrocken oder deprimiert, wenn Ihnen diese ersten Schritte oder auch bereits das Stehen an Stöcken noch Schwierigkeiten, Schmerzen und/oder Unwohlsein bis Schwindel bereitet. Aufgrund der Operation und des langen Liegens nach der Operation kann es zu Kreislaufdysregulationen kommen, welche beim Aufstehen ein entsprechendes Schwindelgefühl auslösen können. Dies wird sich in den Folgetagen nach der Operation sehr schnell zurückbilden. Sie werden mindestens ein- bis zweimal täglich von Ihrem Physiotherapeuten, bzw. Ihrer Physiotherapeutin besucht.

Sie erlernen so den sicheren Umgang im Gehen an Stöcken unter Teilbelastung des operierten Beines.

Falls Sie nach 1 - 2 Tagen sicher genug in der Handhabung des Gehens an Stöcken mit Teilbelastung sind, wird Sie Ihr Physiotherapeut schrittweise auch mit dem Treppensteigen mit Stöcken vertraut machen. Ziel der Physiotherapie ist sowohl die Erlernung der Gehsicherheit an Stöcken auf ebenem/ unebenem Gelände, auf der Treppe wie auch der korrekte und sichere Umgang mit dem operierten Hüftgelenk im Rahmen des Alltags wie Toilettengang, Duschen, Auf- und Absitzen etc.



Erfolgreich durchgeführter Kunstgelenksersatz am rechten Hüftgelenk bei einem 49-jährigen Patienten mit einem zementfrei eingebrachten Kunstgelenk der modernsten Generation

5. Die Hüftgelenks-Totalprothese (Hüft-TP)

Heute existieren auf dem internationalen Markt die verschiedensten Modelle künstlicher Hüftgelenke. **Lassen Sie sich bitte durch Informationen über Neuartigkeiten oder angeblich sensationelle Resultate von Innovationen aus der Boulevardpresse nicht verunsichern.** Sie dürfen versichert sein, dass wir nur Hüftgelenksprothesenmodelle verwenden die in mehrjähriger Forschung durch renommierte Firmen entwickelt, intensiv geprüft, dokumentiert und zertifiziert wurden. Welches Modell für Sie am besten geeignet ist, hängt nebst dem Röntgenbefund auch vom Alter, Geschlecht, Körpergewicht und weiteren Faktoren ab. Eine Hüftgelenkstotalprothese ist ein technologisches Meisterwerk aus hochwertigsten Materialien wie Titan, Medizinalstahl, Keramik, hochabriebfesten Kunststoffmaterialien etc. In Aufbau und Funktion ist eine Hüftgelenkstotalprothese dem natürlichen Hüftgelenk nachempfunden. Wesentlich ist, dass die Prothese aus körperverträglichen Materialien hergestellt wird und dass sie aus den Bestandteilen Prothesenschaft, Prothesenkopf und Prothesenpfanne besteht. Die Prothesenpfanne ersetzt die natürliche Hüftpfanne im Becken, der Schaft wird nach Entfernung des ursprünglichen Hüftkopfes in die Markhöhle des Oberschenkelknochens eingesetzt und der Prothesenkopf verbindet diese beiden Elemente als Kunstgelenk.

Prinzipiell gibt es zwei verschiedene Verankerungsmodelle: Die **vollständig zementierte Prothese**. Bei diesem Prothesentyp werden sowohl die Pfanne als auch der Prothesenschaft mittels Zement im Knochen verankert. Die **vollständig zementfrei fixierte Prothese**. Bei diesem Prothesentyp wird sowohl die Pfanne als auch der Schaft zementlos befestigt, wobei die Befestigung in der Regel durch Verklebung oder Eindrehen in den Knochen erfolgt und die langfristige Fixierung durch Einwachsen von neu gebildetem Knochen an die Prothesenoberfläche entsteht. Eine dritte Variante sind die so genannten **Hybridprothesen**. Bei diesen wird die Pfanne zementlos und der Prothesenschaft mit Zement im Knochen verankert. Alle drei Systeme zementiert, zementfrei oder Hybrid haben ihre Vor- und Nachteile. Welches für Sie persönlich das beste Modell ist, entscheidet Ihr Arzt anhand seiner Untersuchungsbefunde. Wichtig zu wissen ist, dass Metall- oder Zementallergien extrem selten sind. Sollten bei Ihnen Allergien, insbesondere auf Antibiotika oder andere Wirkstoffe bekannt sein, bitten wir Sie um entsprechende Mitteilung. Wir können dann Materialien mit maximaler Gewebeverträglichkeit benutzen.

Die **Planung der Operation**. Mittels Schablonen oder neuerdings direkt am Computer wird anhand des Röntgenbildes die Operation massstabgetreu durch den Operateur geplant. Es entsteht also eine Skizze ähnlich einem Bauplan. Hierbei wird versucht in der vorbereitenden Operationsplanung eine allfällige Beinlängendifferenz möglichst auszugleichen und die Prothese entsprechend den anatomischen Gegebenheiten und Erfordernissen möglichst optimal zu platzieren.



Hüftprothesenimplantationsplanung am Computer



Verschiedene Kunstgelenke der neuesten Generation

Nicht in jedem Fall ist der Beinlängenausgleich durchführbar. Das primäre Ziel der Operation ist die Erreichung der Schmerzfreiheit, eines optimalen Prothesensitzes und einer guten Stabilität des Hüftgelenkes. Dies ist jedoch nicht immer mit gleichzeitiger Wiederherstellung der Beinlänge möglich, kann aber später mittels entsprechenden Schuhanpassungen oder im Rahmen der Operation der gegenseitigen Hüfte auskorrigiert werden.

Was dürfen Sie von der Operation erwarten? Die vor der Operation im Vordergrund stehenden Schmerzen werden mit höchster Wahrscheinlichkeit auf einen Bruchteil reduziert oder verschwinden zumeist vollständig. Eine schlechte Beweglichkeit des Hüftgelenkes ist etwas schwieriger zu beeinflussen. Sie kann jedoch meist wohl dosiert nach der Operation mit unterstützender Physiotherapie erreicht werden. Der Bewegungsumfang ist in der Regel nach der Operation wesentlich grösser. Die Rechtwinkelstellung im Hüftgelenk (90° Flexion), wie sie für ein bequemes Sitzen notwendig ist, wird meist problemlos erreicht. Auch die Gehfähigkeit unter Vollbelastung nimmt gegenüber dem Vorzustand deutlich zu. Ganz allgemein dürfen Sie eine wesentlich verbesserte Arbeits- und Sportfähigkeit nach entsprechendem Nachbehandlungsprogramm und Aufbautraining innert 3 bis 9 Monaten erwarten.

6. Die Narkose und die Operation

Am Nachmittag oder frühen Abend vor der Operation werden Sie vom Arzt unseres Narkoseteams besucht. Der Anästhesiearzt wird erneut ein kurzes Gespräch mit Ihnen führen und aufgrund Ihres aktuellen Gesundheitszustandes, Ihrer Wünsche und Bedürfnisse das bestmögliche Anästhesieverfahren auswählen. In den meisten Fällen kann ein Kunstgelenk problemlos und absolut schmerzfrei mittels einer Spinalanästhesie, also einer Rückenmarksnarkose eingesetzt werden. Bei diesem Verfahren wird durch eine feine Kanüle ein langwirkendes Lokalanästhetikum in den unteren Bereich des Spinalkanales eingespritzt, wodurch die untere Körperhälfte bis etwa zum Bauchnabel unempfindlich gemacht wird. Vorteil dieses Anästhesieverfahrens ist die über zirka 6 - 10 Stunden anhaltende Wirkung auch nach der Operation und entsprechender Schmerzfreiheit im operierten Bereich. Aufgrund dieses Verfahrens kann manchmal eine vorübergehende Lähmung der Harnblasenmuskulatur auftreten, was in einzelnen Fällen das Einlegen eines Harnblasenkatheters über eine Nacht erfordert. Weitere Anästhesiemöglichkeiten sind bei Einsetzen eines Kunstgelenkes auch die Vollnarkose, wo Sie vollständig schlafen. Bei diesem Anästhesieverfahren werden Sie jedoch nach Erwachen aus der Narkose unmittelbar den Wund- und Operationsschmerz verspüren. Auch hier besteht die Möglichkeit mit geeigneten stark wirkenden Schmerzmitteln Linderung zu bieten. **Unser Narkosearzt wird im Rahmen des so genannten Prämedikationsgespräches sämtliche Vor- und Nachteile der verschiedenen Anästhesieverfahren eingehend besprechen und mit Ihnen zusammen die Wahl der Methode treffen.**

Die Operation ist immer eine Teamarbeit. Es sind drei Operateure, eine Instrumentierschwester, eine zudienende Schwester, ein Narkosearzt und eine Narkoseschwester sowie weitere Hilfspersonen notwendig. **Für die Operation treffen wir die grösstmöglichen Sicherheitsvorkehrungen.** Insbesondere achten wir speziell auf eine korrekte Asepsis (Keimfreiheit), um nicht einen Wundinfekt zu riskieren. Deshalb erfolgt der Eingriff in einem Saal mit spezieller Belüftung (Laminar flow), welche dauernd Luft zu- und abführt und dadurch auch das Aufwirbeln von Staub und Keimen reduziert. Zusätzlich wird die Operation routinemässig unter Antibiotikaschutz durchgeführt.

Es gibt zwei prinzipielle Operationsarten, nämlich die **Operation in Rückenlage durch einen seitlichen Zugang zum Hüftgelenk** oder die **Operation in Seitenlage mit einem hinteren Zugang zum Hüftgelenk**. Bei geeigneten Patientinnen und Patienten ist auch die so genannte **Minimal Invasive Operation** möglich. Bei diesem Verfahren wird vorne, im Bereich zwischen Beckenkamm und grossem Rollhügel, ein kleiner Hautschnitt von ca. 8 - 10 cm Länge angelegt. Dieser minimal invasive Zugangsweg hat wie sämtliche anderen Zugangsmöglichkeiten zum Hüftgelenk seine Vor- und Nachteile und wird vom Operateur bei hierfür geeigneten Personen empfohlen.

In vielen Fällen wählen wir den seitlichen Zugangsweg. Durch einen zirka 15 cm langen, geraden Hautschnitt werden die Muskelansätze vom grossen Rollhügel (Trochanter major) des Oberschenkelknochens sorgfältig abgelöst um das in der Tiefe liegende Hüftgelenk darzustellen. Die Hüftgelenkscapsel wird eröffnet und teilweise entfernt und anschliessend wird der Hüftkopf mit dem Schenkelhals aus dem Gelenk herausgehoben. Danach wird er abgesägt und entfernt. Nun ist genügend Platz zur Darstellung der Hüftgelenkspfanne vorhanden. Diese wird nun schrittweise anhand der vorher durchgeführten Planung ausgeraspelt und aufgefräst, sodass eine passende künstliche Gelenkspfanne eingesetzt werden kann. Danach wird die Markhöhle des Oberschenkelknochens ebenfalls mit Knochenraspeln in geeigneter Stellung des Oberschenkels bearbeitet und der Prothesenschaft entsprechend der Vorplanung und Grösse in den Röhrenknochen eingesetzt. Anschliessend wird auf den Schaft der künstliche Kopf aufgesetzt. Bei guter Stabilität und Beweglichkeit des Gelenkes werden abschliessend die abgelösten Muskelansätze wieder sorgfältig vernäht und die Wunde schichtweise verschlossen. Zur Drainage des Blutergusses werden kleine Kunststoffschläuche, so genannte Redons, in die verschiedenen Wundschichten (in der Regel zwei bis drei Schläuche) eingelegt. Die Redons werden an Vakuumflaschen angeschlossen oder auch ans Retransfusionssystem. Durch den Sog wird das sich in der Wunde ansammelnde Blut abgesogen. Dieses wird mittels des Retransfusionssystems bei genügender Blutungstendenz abgezogen, gefiltert und kann bei Bedarf anschliessend über eine gewisse Zeitperiode wieder rücktransfundiert werden. Bereits am zweiten Tag nach der Operation werden die Drainagen wieder entfernt. Immer häufiger verwenden wir auch die **Minimal Invasive Operationstechnik**.

Unser Narkoseteam betreut Sie während und unmittelbar nach der Operation intensiv und eingehend. Während des Eingriffes werden Ihnen die notwendigen Infusionen und Medikamente verabreicht. Die Operationsdauer beträgt je nach individueller Hüftgelenkssituation zwischen 1 - 2 Stunden; manchmal auch etwas länger. Am Schluss der Operation wird ein Hüftkompressionsverband angelegt und das operierte Bein schützend in einer Schaumstoffschiene gelagert.

Anschliessend werden Sie in den Aufwachsraum gebracht, wo Sie über eine Dauer von 2 - 5 Stunden überwacht werden. In dieser Zeit wird auch allfällig abgesogenes Blut wieder retransfundiert. In der Regel verbringen Sie die erste Nacht auf dem IMC (Intermediate Care), wo Sie weiterhin intensiv überwacht und von den Narkoseärzten mitbetreut werden. Bei einer Teilnarkose (Spinalanästhesie) kehrt innert Stunden das Gefühl in den Beinen wieder zurück; Wundschmerzen werden empfunden. Bitte melden Sie sich bei der pflegenden Krankenschwester (auch Pflegefachfrau genannt) frühzeitig, wenn Sie Schmerzen verspüren. Während der ganzen Zeit Ihres Spitalaufenthaltes ist Tag und Nacht ein für Sie zuständiger diensthabender Narkosearzt im Hause und wird Sie, zusammen mit dem Operateur, betreuen.

7. Narkose- und Operationsrisiken

Obwohl das Einsetzen eines Kunstgelenkes in der Hüfte heute als Routineoperation und nicht als übermässig gefährlicher Eingriff gilt, beinhaltet er doch verschiedene Risiken. Insbesondere sind Patienten mit schweren internistischen Leiden sowie fortgeschrittenen anatomischen Veränderungen am Hüftgelenk, stark übergewichtige Patienten wie auch Patienten, die sich nicht ideal an die ärztlichen Empfehlungen halten, speziell für Risiken und Komplikationen gefährdet. Doch lassen Sie sich bitte durch die folgenden Hinweise auf mögliche Komplikationen nicht verunsichern. Im Rahmen der heutzutage geforderten routinemässigen Aufklärung müssen diese erwähnt werden und gehören zur sorgfältigen Patienteninformation.

Narkoserisiken

Zahlreiche Patienten fürchten sich vor einer Narkose. Die moderne Anästhesie hat heute einen sehr hohen Sicherheitsgrad erreicht und nur ein minimales Restrisiko (eine schwere Anästhesiekomplikation auf ca. 1'000'000 Eingriffe) bleibt bestehen. Ihr Narkosearzt wird Sie darüber im Rahmen der Prämedikationsbesprechung ausgiebig informieren.

Nachblutung und Hämatom

Wo kleine Blutgefässe durchtrennt werden müssen, besteht immer die Möglichkeit, dass sich später ein Bluterguss (Hämatom) oder auch eine Nachblutung bildet. In der Regel verhindern die erwähnten Wunddrainagen, dass sich ein solcher Bluterguss im Gewebe ansammeln kann. In sehr seltenen Fällen muss jedoch bei der Bildung eines grossen Hämatoms die Naht nochmals geöffnet und dieser Bluterguss operativ ausgeräumt und eine ergänzende Blutstillung durchgeführt werden.

Thrombose- und Lungenembolie

Unter Thrombose verstehen wir die Bildung eines Blutcoagels in den Beinvenen, bedingt durch die während der Operation lange Liegedauer sowie auch aufgrund von vorbestehenden Risikofaktoren. Falls sich ein solches Blutcoagel aus dem Venensystemen ablöst und zur Lunge geschwemmt wird und dort die Lungenstrombahn blockiert, sprechen wir von einer Lungenembolie. Um diese Risiken zu verhindern, wird bei Ihnen eine so genannte Thromboembolieprophylaxe durchgeführt. Diese besteht aus verschiedenen Massnahmen. Am wirksamsten kann einer Thrombose durch **frühzeitige Mobilisation** und regelmässiges **Bewegen der Füsse** entgegengewirkt werden. Diese Fussgymnastik sollen Sie regelmässig, am besten tagsüber stündlich durchführen. Auch die Abgabe von **Kompressionsstrümpfen**, welche Sie unmittelbar während der Operation am nicht erkrankten Bein und anschliessend an beiden Beinen tragen, senken die Thrombosegefahr. Die Strümpfe werden in der Regel vor dem Aufstehen angezogen und dürfen nachts entfernt werden. Wichtig ist, dass diese Strümpfe an ihrem oberen Rand nicht einengen. Als hauptsächliche Thromboseprophylaxe wird jedoch heute die **prophylaktische Gabe von blutgerinnungshemmenden** Medikamenten durchgeführt. Hierfür werden Antithrombose-spritzen 1 x täglich unter die Haut appliziert (beispielsweise Fraxiparine oder ähnliche Medikamente). Eine Alternative hierfür ist, gerade bei übergewichtigen Patienten und Patientinnen mit erhöhten Risiken, die Abgabe von Tabletten (Sintrom, Marcoumar). Ihr Operateur wird mit Ihnen die Wahl der für Sie am besten geeigneten Methode besprechen. Seien Sie nicht allzu sehr besorgt. Gefährliche Lungenembolien ereignen sich bei weniger als 1% aller Patienten. Venenthrombosen sind hingegen etwas häufiger, können jedoch nach ihrem Erkennen gut behandelt werden (ebenfalls mit einer Antikoagulation während

meistens sechs Monaten mittels Sintrom oder Marcoumar). In der Regel ist nach Spitalentlassung eine Blutverdünnung für die Dauer von sechs Wochen mittels Spritzen oder Tabletten erforderlich. Dies entspricht den heutigen international geforderten Standards. Falls Sie vom Operateur eine Blutverdünnung mit Spritzen empfohlen erhalten haben, werden wir Sie bis zum Spitalaustritt in der Handhabung und Technik dieser Injektionen zum selbst durchführen unterrichten. Falls Sie von uns Blutverdünnungstabletten erhalten, werden wir Ihnen vor Ihrer Entlassung einen entsprechenden Blutverdünnungsausweis, eine so genannte Quick-Karte, abgeben.

Hüfttotalprothesenluxation

Ein Kunstgelenk hat, im Gegensatz zu einem normalen Hüftgelenk, ein erhöhtes Risiko auszurennen. Verschiedene Gründe ermöglichen dieses Risiko: Stellung der Prothesenkomponenten zueinander, Weichteilspannung, Fehlverhalten des Patienten etc. Das Ausrenken eines Hüftkunstgelenkes ist selten und tritt bei rund einem von zweihundert Patienten auf. Es geschieht meistens bei speziellen, falsch durchgeführten Bewegungen oder einem Sturz. Ihr Physiotherapeut wird Ihnen in den ersten Tagen nach der Operation deswegen genau zeigen was erlaubt ist und was nicht. Innerhalb von 3 - 4 Monaten nach der Operation hat sich in der Regel eine neue Gelenkkapsel gebildet und die Luxationsgefahr ist dann deutlich geringer. Allerdings wird bei wiederholten Luxationsereignissen oder Fehlstellung der Hüftgelenks-Totalprothese in zirka 20% der Fälle eine Reoperation notwendig. Zur Vorbeugung einer Hüftprothesen-Luxation wird deswegen Ihr operiertes Bein unmittelbar nach der Operation in einer schützenden Schaumstoffschiene leicht abgespreizt und (beim seitlichen Zugang) einwärts gedreht, gelagert. Diese Lagerung verhindert ein plötzliches Ausrenken der Prothese, was vor allem beim Überkreuzen der Beine vorkommen kann. **Es ist also wichtig, dass die Beine während drei Monaten nie überkreuzt werden sollten. Ebenso ist auch ein starkes nach Aussen drehen des Beines bei einem seitlich durchgeführten Zugang zu unterlassen, da dies zum Ausrenken des Kunstgelenkes führen kann.**

Infektion

Die Infektion des Kunstgelenkes ist glücklicherweise ein sehr seltenes Risiko. Statistisch gesehen liegt es zwischen 0,5 und 1%. Eine Infektion eines künstlichen Gelenkes ist für den Patienten und den Operateur sehr unangenehm und macht in der Regel eine oder mehrere Folgeoperationen notwendig. Deshalb wird bereits vor und während der Operation auf eine sorgfältigste Sterilität und Keimfreiheit während des Eingriffes geachtet. Zusätzlich wird prophylaktisch vor und nach der Operation allen Patienten ein Antibiotikum abgegeben. Die in den letzten Jahren erzielten Fortschritte auf dem Gebiet der Protheseninfektionen führen heute zu einer fachgerechten Stufenbehandlung, die es ermöglicht, im Falle einer auftretenden Infektion, eine spezielle antibiotische Behandlung durchzuführen. In einzelnen Fällen wird es jedoch unumgänglich sein, die Hüftprothese auszubauen und zu einem späteren Zeitpunkt, nach Sanierung des Infektes, wieder einzubauen. Infektionserreger können nicht nur anlässlich der Operation von der Haut in die Wunde, sondern auch über den Blutweg von irgendeinem im Körper versteckten Eiterherd zur Hüftprothese gelangen. **Deswegen ist es ausserordentlich wichtig, dass Infektionen oder Eiterherde bei einem Patienten mit einem Kunstgelenk besonders ernst genommen werden müssen (Angina, Harnwegsinfekt, Zahngranulom etc.).** Sie bedürfen der hausärztlichen Behandlung mit Antibiotika. Zusätzlich sollten Sie, wie bereits früher erwähnt, **allfällige derartige Infektionsherde vor dem Einsetzen eines Kunstgelenkes sanieren** lassen. Ganz wesentlich ist auch, dass Ihr Zahnarzt Sie vor einer Wurzelbehandlung mit einem Antibiotikum schützt. Bitte machen Sie Ihren Zahnarzt in jedem Fall bei solchen Eingriffen auf das Vorhandensein eines Kunstgelenks aufmerksam.

Weichteilverkalkung

In einigen Fällen können nach der Operation unerwünschte Verkalkungen oder Verknöcherungen im Weichteilgewebe entstehen. Wir sprechen von periartikulären Ossifikationen. Diese können eine eingeschränkte Beweglichkeit hervorrufen. Die Neigung solche Verkalkungen und Verknöcherungen zu erleiden ist individuell sehr unterschiedlich. Mit sorgfältiger Operationstechnik und einer entsprechenden medikamentösen Verkalkungsprophylaxe mit Medikamenten wie Brufen, Ponstan, Voltaren etc. kann dieser Komplikation vorgebeugt werden. Nur ganz selten ist später eine operative Kalkentfernung zur Förderung der Beweglichkeit im Hüftgelenk erforderlich.

Nervenverletzungen

In 2 - 3% der Fälle können auch Nerven, welche in der Nähe des Operationsgebietes durchlaufen, beim Eingriff verletzt und insbesondere überdehnt werden. Daraus resultieren meist Gefühlsstörungen in gewissen Hautarealen sowie möglicherweise auch eine Lähmung einzelner Muskelgruppen am Bein, die das Gehen beeinträchtigen. Glücklicherweise erholen sich in den meisten Fällen solche Muskelschwächen wieder innert wenigen Monaten. Leichte Gefühlsstörungen können jedoch bestehen bleiben.

Gefässverletzungen

In sehr seltenen Fällen kann bei der Operation mit Einsetzen eines Hüftgelenkes, insbesondere im Hüftpfannen-Bereich, eine grosse Oberschenkelader oder Vene im Leistenbereich oder im kleinen Becken verletzt werden. Diese Verletzung ist eine ernstzunehmende Komplikation. Es erfordert den Einsatz eines Gefässchirurgen um das verletzte Gefäss wieder zu nähen, da sonst schwerwiegende Blutverluste auftreten können. Gott sei Dank ist diese Komplikationsmöglichkeit sehr, sehr selten.

Knochenbrüche um das Kunstgelenk (Periprothetische Frakturen)

Sie sind ebenfalls selten und ereignen sich entweder aufgrund nicht erkennbarer intraoperativer Fissuren (Knochenrissbildungen während dem Einsetzen des Hüftschaftees) oder aufgrund schlechter Knochenqualität, ungenügendem Einhalten des Nachbehandlungsprocedures wie verfrühte Vollbelastung mit Drehbewegungen oder unsachgemäss durchgeführte Physiotherapie.

Trotz dem aufgezeigten - seien Sie nicht zu sehr besorgt. Gesamthaft gesehen ist das Einsetzen eines Kunstgelenkes in der Hüfte ein standardisierter Eingriff, der mit höchster Wahrscheinlichkeit komplikationslos abläuft und ein gutes Resultat ergeben wird. Eine dementsprechend positive und optimistische Haltung Ihrerseits sowie der Wille an der Nachbehandlung aktiv mitzuarbeiten, trägt viel zum guten Gelingen bei.

8. Die ersten Tage nach der Operation

Die meisten Patienten fürchten und sorgen sich vor allem um die Operation und die damit verbundenen Schmerzen, jedoch nicht bezüglich der Tage nach der Operation. **Sie werden sehen, dass die Operation in den allermeisten Fällen dank der durchgeführten Spinalanästhesie als angenehm und schmerzlos empfunden wird. Die ersten Tage danach sind noch Schläuche im Oberschenkel eingelegt und eine beträchtliche Schwellung liegt vor. Naturgemäss drückt der Hüftverband. Sie sind aufgrund des Eingriffes noch stark immobilisiert.**

Das Bein ist in einer Schaumstoffschiene im Bett gelagert, sodass Sie konsequent auf dem Rücken liegen werden. Dies wird von vielen Patienten als die unangenehmste Zeit nach der Operation empfunden. Es gibt hier einige wichtige Dinge, auf die wir Sie gerne aufmerksam machen wollen.

Schmerzen: Jeder Patient leidet unter Schmerzen die nach einer Operation auftreten. Melden Sie solche Ihrer Pflegefachfrau sofort, dass die entsprechende Schmerzbehandlung angepasst werden kann. Es zeigt sich, dass meist innert 2 - 3 Tagen die anfänglichen Wundschmerzen deutlich zurückgehen. In vielen Fällen bietet der Narkosearzt eine Schmerzpumpe (PCA-Pumpe) nebst den zusätzlichen Schmerzmedikamenten an, welche in den ersten Tagen eine gute Hilfe ist. Falls Sie dennoch Schmerzen verspüren, sollten Sie frühzeitig Schmerzmittel verlangen und nicht zuwarten bis die Schmerzen noch stärker werden.

Blasenkatheter: Wie bereits früher erwähnt, haben einige Patienten unmittelbar nach der Operation wegen der Spinalanästhesie, aber auch nach einer Vollnarkose, Mühe im Bett liegend Wasser zu lösen. Dies kann Folge der Operation oder der Narkose sein und bei entsprechendem Harnverhalten muss deswegen ein Schlauch in die Harnblase eingeführt werden (Katheter). Nur selten ist es notwendig für mehrere Tage einen Blasenverweilkatheter einzulegen.

Frühmobilisation: Schon am ersten Tag nach der Operation werden wir Ihnen helfen das Bett erstmals zu verlassen. Diese Frühmobilisation ist wichtig, weil Sie das Risiko verschiedener Komplikationen senkt. Insbesondere werden die Lungen besser belüftet und die Gefahr von Thrombosen und Embolien reduziert. Die regelmässige Gymnastik, die Kompressionsstrümpfe sowie die Blutverdünnung dienen dem gleichen Zweck. Selbstverständlich werden Sie bei der Erstmobilisation, jedoch auch bei den anschliessenden täglichen Gehübungen mit Stöcken unter Teilbelastung, durch einen hierfür speziell ausgebildeten Physiotherapeuten begleitet.

Physiotherapie: Die Physiotherapeutin bzw. der Physiotherapeut ist für Sie eine wichtige Bezugsperson. Er/sie vermitteln Ihnen schon vor der Operation wichtige Verhaltensregeln sowie Übungen und, wie bereits erwähnt, ist die Physiotherapie auch bei der Erstmobilisation immer anwesend. Für das gute Gelingen der Operation ist die Kräftigung Ihrer Gesäss- und Oberschenkelmuskulatur entscheidend. Bei schlechter Muskulatur ist ein Hinken auch nach der Operation nicht zu verhindern. In der Physiotherapie werden Sie deswegen lernen Ihre Muskeln aufzutrainieren, wobei Sie dann diese Übungen regelmässig auch selbständig durchführen sollen; auch nach Ihrer Spitalentlassung. Im Rahmen der tolerierbaren Schmerzen wird der Physiotherapeut bereits am ersten Tag nach der Operation mit Ihnen das Kunstgelenk bewegen. In den nächsten Tagen nimmt die Gehschulung mehr Platz ein und der Physiotherapeut wird auch auf Ihre korrekte Haltung achten. Halten Sie die **verordnete Teilbelastung** des operierten Beines unbedingt ein. **Zementfreie wie auch zementierte Hüft-Totalprothesen dürfen in den ersten sechs Wochen bei den herkömmlichen Operationstechniken mit maximal 20 kg belastet werden.** Bei Eingriffen in MIS Technik darf etwas höher belastet werden. Wenn Sie das operierte Bein auf eine Personenwaage stellen, können Sie die erforderliche Teilbelastung ablesen und sich entsprechend anpassen. Merken Sie sich, dass Sie beim Stehen und Gehen das operierte Hüftgelenk vollständig durchstrecken, ansonsten sich mit der Zeit durch die Vernarbungen eine eingeschränkte Hüftstreckung ergeben kann. Aus demselben Grund sollten Sie zu Hause beim Schlafen keine Kissen unter die Kniekehle legen. Sitzen Sie nicht zu lange auf einem Stuhl. Stehen sie spätestens nach 30 Minuten auf und gehen

sie vermehrt umher. Benutzen Sie keine tiefen Polstersessel. Ideal ist ein Lehnstuhl mit Armlehnen. Denken Sie daran **beim Sitzen die Beine leicht abgespreizt** und beim seitlichen Zugang einwärts gedreht zu halten. **Auf keinen Fall dürfen die Beine in den ersten Wochen übereinander geschlagen werden. Das künstliche Hüftgelenk könnte dabei ausrenken!** Nach wenigen Tagen wird der Physiotherapeut mit Ihnen das Treppengehen an den Gehstöcken üben.

9. Spitalaustritt und Nachbehandlungsphase

Wenn Sie sicher mit Stöcken unter Teilbelastung Treppen steigen können, kann die Spitalentlassung ins Auge gefasst werden. Der durchschnittliche Aufenthalt beträgt in der Regel 8-10 Tage.

Austrittsuntersuchung und Austrittsgespräch: Vor Ihrem Austritt wird der Operateur oder sein Vertreter sich nochmals die Operationswunde ansehen, die Beweglichkeit des operierten Hüftgelenkes kontrollieren, die Beinlänge sowie den Gang mit den Gehstöcken prüfen. Benutzen Sie die Austrittsuntersuchung auch um sämtliche Unklarheiten, Fragen und Probleme mit uns zu besprechen. Bei guter Wundheilung können zwei Wochen nach dem Eingriff die Hautfäden problemlos entfernt werden. Falls Sie früher entlassen würden, kann dies entweder Ihr Hausarzt oder auch unser Team in der Praxis vornehmen. Vor dem Austritt erhalten Sie alle notwendigen Dokumente wie Termin für die erste Nachkontrolle beim Operateur (in der Regel sechs Wochen postoperativ mit Röntgen), die Medikamente oder das entsprechende Rezept, Physiotherapieverordnung etc.

Kuraufenthalt oder Rehabilitation: Ihr Spitalaufenthalt beträgt in der Regel etwa 8-10 Tage. Falls Sie jung und gesund sind, kann sich dieser Aufenthalt verkürzen. Nach Ihrem Spitalaufenthalt wird je nach Situation ein ergänzender Nachbehandlungsaufenthalt in einer Kur- oder Rehabilitationsklinik empfohlen. Ältere, kranke oder alleinstehende Patienten können aufgrund ihrer eingeschränkten Selbstständigkeit zum Zeitpunkt des Spitalaustrittes noch nicht in ihre eigene Umgebung zurückkehren. In diesem Falle kann ein Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt sinnvoll sein. Es muss zwischen einer ärztlich verordneten Kur und einer klinisch stationären Rehabilitation in einer anerkannten Rehabilitationsklinik (z.B. Adelheid in Unterägeri, Bad Schinznach, Zurzach etc.) unterschieden werden. Eine ärztlich verordnete Kur kann in jedem Kurhaus durchgeführt werden. Die Versicherung übernimmt hier nur die Therapiekosten, jedoch nicht die Kosten des Aufenthalts. Bei einer klinisch stationären Rehabilitation werden die Aufenthaltskosten von der Krankenkasse, mit Ausnahme des Selbstbehaltes, übernommen. **Wichtig ist zu wissen, dass es besondere Gründe braucht (Begleiterkrankungen bei höherem Alter, Hüftprothesenwechsel etc.), damit die Krankenkasse eine Rehabilitation akzeptiert und die Kosten übernimmt. Eine unkomplizierte Hüftoperation rechtfertigt bei einem gesunden Patienten selten eine Rehabilitationsbehandlung.** Viel wichtiger ist hier die tägliche Beanspruchung des Gelenkes in Ihrer natürlichen Umgebung, evtl. unterstützt durch ein ambulantes Physiotherapieprogramm.

Ambulante Physiotherapie: Eine Physiotherapie sollte mindestens während sechs Wochen 2 x wöchentlich ambulant, ggf. auch noch länger durchgeführt werden. Sprechen Sie darüber mit Ihrem Physiotherapeuten während des Spitalaufenthaltes. Die Physiotherapie-Verordnung wird Ihnen vom Arzt beim Austritt mitgegeben.

Spitex: Auf die spitalexterne Krankenpflege (Gemeindeschwester, Mahlzeitendienst, Haushalthilfe etc.) haben wir Sie bereits aufmerksam gemacht. Bei Bedarf ist es über unseren Sozial- und Beratungsdienst möglich, Ihnen bei der Organisation zu helfen.

Röntgenkontrollen: Die erste Röntgenkontrolle Ihres eingesetzten Hüft-Kunstgelenkes findet normalerweise 3 - 4 Tage nach der Operation statt. Weitere Röntgenkontrollen folgen dann jeweils entsprechend den Routine-Nachkontrollen, erstmals nach sechs Wochen, sowie nach 3 Monaten, 6 Monaten, 12- und 24 Monaten sowie nach 5 und 10 Jahren. Bis zur ersten Nachkontrolle nach 6 Wochen gehen Sie an Stöcken und sollten das operierte Bein, wie im Spital erlernt, bis zu dem von Operateur erlaubten Gewicht teilbelasten. Obwohl es übertrieben scheint so viele Röntgennachkontrollen nach der Operation durchzuführen, sind diese sehr wichtig, weil sie dazu dienen, eine Qualitätskontrolle zu garantieren und eventuell auftretende Probleme wie eine Frühlockerung der Prothese rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln.

Folgende Verhaltensregeln sollten Sie auch nach Spitalaustritt über die ersten Wochen bis Monate nach der Operation einhalten:

Schlafen

Schlafen Sie möglichst in Rückenlage. Mit Erlaubnis des Operateurs dürfen Sie jedoch auch auf der nicht operierten Seite liegen, wobei Sie dann ein Kissen zwischen die Beine legen sollten. Vermeiden Sie Bauchlage. Drehen Sie sich bitte in den ersten Tagen nach der Operation nicht alleine. Das Pflegepersonal wird Ihnen bei der korrekten Lagerung behilflich sein.

Sitzen

Sitzen Sie aufrecht in einem Stuhl mit Rückenlehne und idealerweise auch Armlehnen. Halten Sie Ihre Beine leicht abgespreizt und während den ersten drei Monaten niemals überkreuzt. Meiden Sie weiche und tiefe Polstersessel oder Sofas, sowie auch zu tiefe Toilettensitze (diese nur mit Toilettensitzhilfe gebrauchen). Aus diesen können Sie nur schlecht aufstehen. Es besteht dabei die Gefahr einer Prothesenluxation. Die Sitzfläche Ihrer Toilette sollte über Knieniveau sein. Besorgen Sie sich deshalb allenfalls in einem Sanitätsgeschäft für die ersten sechs Wochen einen etwa 15 cm hohen Toilettenaufsatzring. Beugen Sie sich nicht zu stark nach vorne und lassen Sie sich Ihre Schuhe anfänglich binden. Benutzen Sie auch Hilfsmittel wie einen langen Schuhlöffel oder einen Sockenhalter.



Verschiedene Sitzhilfen die Ihnen in den ersten Wochen nach Operation helfen, gefährliche Bewegungen zu vermeiden. Sie erhalten solche im Spital, Sanitätshaus oder auch durch uns.

Autofahren

Halten Sie sich auch hier an die aufgezeigten Regeln, wenn Sie im Auto mitfahren. Sitzen Sie immer auf dem Beifahrersitz. Dieser sollte ganz nach hinten geschoben werden, damit Sie genügend Platz für die Beine haben. Setzen Sie sich zuerst seitlich mit dem Gesäss auf den Sitz und nehmen Sie dann Ihre Beine nach, wobei das gesunde Bein das operierte unterstützen soll. In der Regel 6 - 8 Wochen nach der Operation, und nach Absprache mit Ihrem Operateur, dürfen Sie selber wieder ein Auto lenken. Fragen Sie bitte anlässlich der ersten Nachkontrolle danach.

Gute Gehkrücken mit gepolsterten Handgriffen, Gummipuffer - und im Winter Eiskralen -



sind eine wesentliche Grundlage für eine sichere Gehfähigkeit ohne gefährliche Stürz

Weitere tägliche Aktivitäten

Machen Sie täglich kurze Spaziergänge in geeignetem Gelände (flach und rutschticher) und tragen Sie dabei Schuhe mit Gummisolen, welche Ihnen einen sicheren Halt geben. Achten Sie speziell im Badezimmer darauf, dass Sie nicht ausrutschen. Baden Sie anfangs noch nicht in der Badewanne, das Gehbad ist hingegen erlaubt. Schwimmen sollten Sie erst nach der ersten Verlaufskontrolle und nur nach Absprache mit Ihrem Operateur. Sex und Geschlechtsverkehr nach einem Hüfteingriff sind nach der Heilungsphase problemlos möglich. Grundsätzlich gilt, dass drei Monate nach der Operation keinerlei Einschränkungen mehr notwendig sind. Zuvor gilt es die Gefahr der Prothesenluxation zu beachten. Besprechen Sie sich ohne Hemmungen mit Ihrem Operateur.

Blutverdünnung

Zur Verminderung des Thromboserisikos ist eine medikamentöse Blutverdünnung (Antikoagulation oder Thromboembolieprophylaxe) angezeigt. Je nachdem welche Art der Blutverdünnung Ihr Operateur vorgeschlagen hat, sind regelmässige Blutkontrollen notwendig. Nach der Spitalentlassung wird Ihr Hausarzt die entsprechenden Kontrollen (Quicktest, wo Blutverdünnung mit Sintrom oder Marcoumar bez. Thrombozytenkontrolle, wo Blutverdünnung durch niedermolekulare Heparine) durchführen. Bitte halten Sie sich hier strikte an die Verordnungen Ihres Arztes und nehmen Sie die Medikamente wie vorgeschrieben ein. Während der Blutverdünnungsphase, d.h. in den ersten sechs Wochen nach der Operation, müssen Eingriffe wie Zahnentfernungen und andere Eingriffe mit Blutungsgefahr verschoben werden.

Sport

Wir freuen uns, wenn Sie sich von der Operation gut erholt haben und wieder sportliche Aktivitäten aufnehmen. Wir befürworten ausdrücklich körperliche Aktivitäten bei Patienten mit einem künstlichen Hüftgelenk. **Sportarten mit allzu starker Belastung, insbesondere Schlägen, Erschütterungen und starken Drehkräften sind jedoch nicht geeignet.** Deshalb sollten Sie auf Kontaktsportarten wie Fussball, Handball, Basketball etc., Tennis, Squash, Snowboarden und auch Skifahren auf ungeeignetem Gelände verzichten. **Skilaufen** in angemessenem Tempo und bei guten, weichen Pistenverhältnissen ist hingegen erlaubt. Als **ideale Sportarten** empfehlen wir Ihnen **Radfahren, Langlauf, Schwimmen und Wanderungen** leichter Art. Bei Wanderungen empfehlen wir zudem den Gebrauch von Wanderstöcken. Auch **Golfspielen und Reiten** sind selbstverständlich erlaubt. Wir empfehlen Ihnen generell für die sportlichen Aktivitäten **Schuhe mit weichem, pufferndem Absatz** zu benutzen.

10. Prognose und Langzeitverlauf

Arbeitsfähigkeit: Ein beruflicher Wiedereinstieg nach der Operation ist abhängig von Ihrer beruflichen Tätigkeit. Bei vorwiegender Bürotätigkeit kann eine Arbeitsaufnahme durchaus nach 3-5 Wochen empfohlen werden. Bei beruflichen Tätigkeiten mit körperlichen Belastungen (Bauarbeiten, Aussendienst, längeres Autofahren etc.) empfehlen wir Ihnen die Arbeitsaufnahme frühestens nach 7-9 Wochen. Ihr Arzt wird mit Ihnen die Arbeitsfähigkeit entsprechend Ihrer individuellen Fortschritte und Ihrem Beruf besprechen und festlegen. In seltenen Fällen kann nach einem Kunstgelenkersatz auch ein **Berufswechsel** erforderlich werden. Generell gilt, dass Sie im Beruf extreme körperliche Belastungen, wie das Tragen und Heben von schweren Lasten, vermeiden sollen. Wie jeder Werkstoff und jedes Material

wird sich auch ein Kunstgelenk unter Belastung mit der Zeit abnutzen. **Denken Sie bitte daran: jedes Kunstgelenk besitzt eine eingeschränkte Funktionszeit und eine übermässige körperliche Beanspruchung kann zu einem vorzeitigen Verschleiss mit Lockerung des Kunstgelenkes führen.**

Schwedisches Hüftregister: In Schweden existiert ein so genanntes Hüftregister, wo mehrere hunderttausend Patienten mit Hüft-Totalprothesen bezüglich ihres Langzeitverhaltens seit Jahrzehnten untersucht werden. Aus diesen grossen Langzeitstudien geht hervor, dass die Revisionsrate (Wechseloperation eines Kunstgelenkes) für mehrere verschiedene Prothesentypen nach zehn Jahren weniger als 10% beträgt. Im Vordergrund steht die so genannte aseptische (nicht infektionsbedingte) Prothesenlockerung mit etwa 80%. Andere Ursachen, die zu einer Prothesenrevision führen, sind Infektion (ca. 10%), technische Fehler (ca. 6%), mehrmalige Luxationen (ca. 3%). Ein Kunstgelenk an der Hüfte kann also mindestens 10 - 15 Jahre lang, in Zukunft sogar weit länger, einwandfrei funktionieren. Aufgrund der neueren Materialien und Operationstechniken dürfen Sie heute sogar mit einer Lebensdauer von bis zu 20 und mehr Jahren rechnen. In einzelnen Fällen kann jedoch auch ein frühzeitiger Totalprothesenwechsel notwendig sein, weil sich die Prothesenverankerung im Knochenlager gelockert hat. Bei der aseptischen Lockerung entsteht nämlich durch die Reibung zwischen Prothesenkopf und Gelenkpfanne ein so genannter Abrieb, welcher mikroskopisch kleine Partikel freisetzt. Der Körper reagiert auf diese Fremdeile mit Resorption und entsprechenden Abbauphänomenen im Prothesenbereich. Über die Jahre hinweg kann dies dann zu einer Lockerung führen.



Schemazeichnung einer nichtinfektiösen Schaftlockerung (links) und Röntgenbild einer zementierten Pfannen- und Schaftlockerung (rechts).

Die Hüft-Totalprothesen-Lockerung

Die TP-Lockerung ist heute das grösste Langzeitproblem des künstlichen Hüftgelenkes. Wie erwähnt beträgt die Lockerungsrate aktuell durchschnittlich knapp 10% nach zehn Jahren, zirka 25% nach 15 Jahren und knapp 50% nach 20 Jahren. Diese Lockerungsrate ist leider umso höher, je jünger der Patient beim Einbau der Hüftprothese war. Männer schneiden dabei leicht schlechter ab als Frauen. Bei schmerzhafter Lockerung muss die Hüftprothese gewechselt werden. Die Verankerung im Knochen wird dabei mit jedem Wechsel schwieriger und trotzdem sind auch die Resultate nach Hüft-Totalprothesenwechsel-Operation recht gut. Die Auslockerungen der Kunstgelenke sind heute immer noch ein Hauptgrund, weshalb wir vor allem bei jungen Patienten nicht bedenkenlos eine Hüft-Totalprothese einsetzen dürfen, da spätere Wechsel unvermeidbar sein werden. **Seien Sie jedoch beruhigt. Aufgrund der zunehmend besseren Materialien und neuartigen Entwicklungen im Bereiche der Kunstgelenksforschung ist trotz den erwähnten Problemen eine Zunahme der Lebenserwartung eines künstlichen Hüftgelenkes zu erwarten.**

* * *

Unser Team wünscht Ihnen für den bevorstehenden Eingriff alles Gute und wir hoffen, dass Sie sich in unserer Klinik wohl fühlen. Wenn Sie weitere Fragen haben sollten, sind wir gerne für Sie da.

Bitte empfehlen Sie die Broschüre weiter! Sie kann auch auf dem Internet (www.orthozentrum.ch) heruntergeladen werden.

*Dr. med. Rolf F. Oetiker
Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und
Traumatologie des Bewegungsapparates
Hünenbergerstrasse 8
CH-6330 Cham
Tel 041 781 49 49
Fax 041 781 56 56
info@orthozentrum.ch*

Dezember 2017

Diese Informationsbroschüre ist eine Ergänzung zum Aufklärungsgespräch mit Ihrem Arzt. Sie dient auch der persönlichen Information und dem Festlegen des persönlichen Behandlungsplanes. Beachten Sie bitte auch weitere Hinweise zu Risiken und Komplikationen auf dem Aufklärungsformular, welches wir anlässlich der präoperativen Besprechung miteinander durchgehen und unterzeichnen.

Mit dieser Informationsbroschüre haben wir versucht, Ihnen einen umfassenden Überblick über die geplante Operation mit Einsetzen eines Kunstgelenkes am Hüftgelenk zu geben. Die Aktualität unserer Information entspricht dem Informationsstand des medizinischen Wissens aus dem Jahre 2007. Diese Broschüre wird je nach Bedarf und bei Vorliegen von neueren Erkenntnissen überarbeitet.

Text und Gestaltung: Dr. med. Rolf F. Oetiker
(nach Vorlage von vorbestehenden Operationsbroschüren aus dem Kantonsspital Chur, Dep. Chirurgie, Abt. für Orthopädie und der Schulthess Klinik, Zürich)

11. Minimal invasive Hüftchirurgie

Seit mehreren Monaten wenden wir die minimal invasive Operationstechnik (sogenannte minimal invasive Hüftoperation oder Englisch minimally invasive surgery MIS) mit gutem Erfolg an: Durch einen in der Regel kleineren Hautschnitt und einen muskelschonenden Zugang (muscle sparing approach) kann bei hierfür geeigneten Patienten das künstliche Hüftgelenk unter wesentlich kleinerer Muskelschädigung und mit anfänglich rascherer Erholungszeit eingesetzt werden.

Welche Vorteile bestehen durch die neue MIS Technik?

Obwohl die Erfolgsresultate von Person zu Person verschieden sein können (Übergewicht, Knochenstruktur, etc.) bietet die MIS Technik wesentliche Vorteile wie

- Kleinerer Hautschnitt (8-12cm statt 16-30cm)
- Weniger Weichteilablösung
- Kürzerer Spitalaufenthalt
- Schnellere Rehabilitation

Wie kann ich wissen, ob ich für die neue Operationstechnik geeignet bin?

Die neue Technik ist nicht für alle geeignet. Ihr Operateur, bzw. Spezialarzt wird Sie aufgrund seiner Abklärungen genauer informieren. Übergewicht, kürzlich erlittene Venenthrombose, erhöhte internistische Risiken wie Herz-Kreislauf- und Lungenerkrankungen, jedoch auch Voroperationen an der Hüfte können eine Gegenindikation darstellen.

Wir verwenden den durch Professor Röttinger weiterentwickelten sogenannten OCM Zugang (Orthopädische Chirurgie München): Durch einen Hautschnitt von 8-12 cm Länge gehen wir vorne zwischen grossem Rollhügel (Trochanter Major) und vorderem oberem Beckenkamm (Spina iliaca anterior) unter schonendem Beiseiteschieben der Muskeln (Tensor fasziae latae und Glutäus medius) zu Hüftgelenk zu. Um möglichst wenig Gewebeschaden zu verursachen, ist eine Vollnarkose erforderlich.



Kleinerer Hautschnitt bei MIS



Speziell geeignetes Implantat

Der durchschnittliche Spitalaufenthalt verkürzt sich bei regelrechtem Verlauf meistens um 5-7 Tage von 14 auf etwa 7 Tage. Die Patienten können schneller von den Gehstöcken loskommen und rascher zur Vollbelastung übergehen.

Anhang 1

Checkliste vor Spitaleintritt

- Besprechung mit dem Hausarzt betreffend
 - Medikamenteneinnahme
 - allfällige Vorabklärungen gemäss abgegebenen Merkblatt
 - Rehabilitationsaufenthalt, Kur oder Spitex
- Spitex (Haushalthilfe, Gemeindeschwester, Mahlzeitendienst) wenn möglich selbst, mit Hausarzt oder auch durch uns organisieren.
- Formular Versicherungen: Mit unserer Operationsanmeldung an die Klinik haben wir auch Ihren Versicherungsstatus zu Händen der Klinik bekannt gegeben. Es kann sein, dass die Klinik diesbezüglich bei Ihnen noch Rücksprache nimmt.
- Formular präoperative Abklärung: Bei Hüft-Totalprothesen-Operationen ist eine präoperative Abklärung notwendig. Den entsprechenden Fragebogen haben wir an Ihren Hausarzt gesandt und er wird uns diesen fristgerecht zur Operation einreichen.
- Sanierung von Infektionsherden: Überlegen Sie, ob allenfalls an Ihrem Körper irgendwo eine mögliche Infektionssituation wie beispielsweise eine ausstehende Zahnbehandlung etc. notwendig wird und nehmen sie eine solche vor dem Eingriff vor.
- Bestellung oder Reservation von Hilfsmitteln: Wir empfehlen Ihnen sich bereits vor der Operation Stöcke zu besorgen (auf Wunsch geben wir Ihnen gerne solche ab). Ebenso empfehlen wir Ihnen in einem Sanitätshaus einen Toilettenaufsatzring von 15 cm Höhe zu kaufen oder zu mieten, ebenfalls ein Keilkissen sowie weitere Utensilien wie langer Schuhlöffel etc.
- Gepäck für den Spitaleintritt: Die Klinik wird Ihnen eine entsprechende Liste für die Vorbereitung zusenden. Vergessen Sie insbesondere nicht, persönliche Medikamente, Hilfsmittel, Impf- und Blutgruppenkarte etc. mitzunehmen. Wir empfehlen Ihnen zudem Wertsachen wie Schmuck etc. wegen der in Spitälern überall bekannten Diebstahlgefahr zu Hause zu lassen.

Anhang 2

Verzeichnis medizinischer Fachausdrücke (ABC des künstlichen Hüftgelenkes)

Das Einsetzen eines Kunstgelenkes ist ein weltweit verbreiteter und sehr erfolgreicher Operationseingriff. Sie haben wohl häufig viel Gutes und selten nicht so Gutes darüber gehört. Da Sie jetzt selbst Patient sind und ein solches Gelenk benötigen hat sich Ihr Interesse hierfür vergrössert und Sie möchten mehr darüber wissen. Mit dem folgenden Glossar bieten wir Ihnen eine kurze alphabetische Wegleitung zu den häufigsten Fachausdrücken und Fragen.

Anästhesie

Die Anästhesie hat grössere Operationen erst möglich gemacht. Am Vorabend der Operation werden Sie vom Narkosearzt über die Narkose informiert und er legt mit Ihnen das Anästhesieverfahren fest. Sie sollten ihn über frühere Operationen, Ihren Gesundheitszustand und auch Ihre gegenwärtig einzunehmenden Medikamente sowie Allergien orientieren. Ebenso bitten wir Sie mit ihm über Ihre Ängste bezüglich Narkose und Operation zu sprechen.

Antikoagulation

Siehe auch unter Blutverdünnung.

Antithrombosestrümpfe

Diese sollen die Blutzirkulation in den Beinen verbessern und so mithilfe eine Thrombose oder gar eine Embolie zu verhindern. Die Strümpfe sollten während des Spitalaufenthaltes getragen werden. Zu Hause ist das Tragen ebenfalls empfehlenswert, falls sie weniger als 4 bis 5 Stunden pro Tag aktiv und mobil sind. Zum Schlafen sind sie nicht zwingend erforderlich.

Arthrodesse

Operation, bei der ein Gelenk versteift wird.

Arthrose

Schmerzhafte Verschleisserkrankung eines Gelenkes durch Abnützung des Knorpelüberzuges und in der Folge vollständigem Abbau des Knorpels und Reiben des Knochens auf Knochen. Typische Zeichen sind Schmerzen und Bewegungseinschränkung.

Aspirin

Aspirin ist nicht nur ein Mittel gegen Schmerzen und Fieber, es wird auch zur Prophylaxe von Gefässverschlüssen eingesetzt. Aspirin und andere Medikamente wie Plavix etc. hemmen die Blutgerinnung und können daher bei Operationen zu einem höheren Blutverlust oder zu postoperativen Blutergüssen führen. Diese Medikamente müssen mindestens 10 Tage vor der geplanten Operation abgesetzt werden.

Arthroplastik

Arthroplastik ist der wissenschaftliche Name für einen Kunstgelenksersatz.

Arbeitsunfähigkeit

Die Arbeitsunfähigkeit hängt von der körperlichen Belastung, d.h. von der beruflichen Tätigkeit ab. Eine sitzende Tätigkeit kann meistens nach 4 - 6 Wochen zumindest teilweise wieder

Aufgenommen werden. Für körperlich belastende Tätigkeiten beträgt die Arbeitsunfähigkeit hingegen etwa drei Monate.

Autofahren

Autofahren dürfen Sie nach 5 - 6 Wochen. Dies gilt sowohl für Fahrzeuge mit Gangschaltung als auch mit automatischem Getriebe. Als Beifahrer können Sie bereits nach der Entlassung aus dem Spital ein Auto benutzen. In den ersten Wochen ist es von Vorteil auf einem Kissen zu sitzen und die Beine etwas abgespreizt zu halten. Beim Ein- und Aussteigen sollten Sie das operierte Bein möglichst gestreckt halten, abrupte Bewegungen vermeiden und mit dem gesunden Bein unterstützen.

Beinlänge

Die Beinlänge hängt davon ab, wie tief der Schaft der Prothese in den Oberschenkelknochen eingesetzt wird. Angestrebt werden ausgeglichene Beinlängen. Dies ist aber nicht immer möglich. Die Arthrose führt durch Abnützung zu einer Beinverkürzung. Andererseits kann die Fehlstellung eines Gelenkes auch zu einer nur scheinbaren Verkürzung, seltener zu einer scheinbaren Verlängerung des Beines führen. Ihr Arzt wird sich bemühen die korrekte Länge zu finden. Kleinere Beinlängendifferenzen unter 1 cm sind üblich und können einige Monate nach der Operation mittels einer Schuhanpassung ausgeglichen werden.

Beinschwellung

Häufig liegt nach der Operation eine Schwellung von Knie und Unterschenkel vor. Die Ursache ist eine Abflussbehinderung von Gewebeflüssigkeit. Diese normalisiert sich nach einigen Wochen. Hilfreich sind hierfür Kompressionsstrümpfe evtl. auch Lymphdrainagen. Zudem empfehlen wir keine allzu stark einengende Unterwäsche zu tragen. Liegt eine schmerzhafte Schwellung im Unter- oder Oberschenkelbereich vor, muss eine Venenthrombose mit einer so genannten Duplexsonographie (Ultraschalluntersuchung der Gefässe) ausgeschlossen werden.

Beweglichkeit

Wenig erkrankte Hüftgelenke weisen vor der Operation noch eine weitgehend normale Beweglichkeit auf. Bei fortgeschrittener Arthrose ist die Beweglichkeit insbesondere für die Innendrehung des Beines und die Beugung eingeschränkt. Nach der Operation ist die Beweglichkeit nicht sofort normal. Obwohl das Kunstgelenk wieder eine normale Beweglichkeit erlaubt, sind Muskeln und Sehnen noch verkürzt und müssen sich erst anpassen. Durch den täglichen Gebrauch werden sie in den folgenden Monaten langsam wieder aufgedehnt. Ein gewaltsames Dehnen hat einen schädlichen Effekt. Wir empfehlen deswegen eine Physiotherapie, insbesondere falls vor der Operation eine Einschränkung der Beweglichkeit bestand oder sich eine Beweglichkeitseinschränkung nicht von selbst spontan genügend erholt.

Bluterguss

Ein Bluterguss entsteht durch eine grössere Blutansammlung im Operationsgebiet. Er führt zur Schwellung im Hüft- und Oberschenkelbereich. Bedingt durch die Schwerkraft kann solches Blut auch in den Unterschenkel fließen und dort eine Schwellung verursachen. Ein Bluterguss kann zu Beginn schmerzhaft sein, vor allem wenn er sich im Oberschenkel ausdehnt. Nach 1 - 2 Wochen kommt es zur typischen Verfärbung der Haut und der Bluterguss wird normalerweise in 1 - 2, maximal drei Monaten vom Körper vollständig aufgelöst. Ist ein Bluterguss nach Operation sehr gross, kann eine eventuelle Bluttransfusion notwendig werden. Es sollte dann auch erwogen werden die Wunde allenfalls im Operationssaal nochmals zu eröffnen um das geronnene Blut abzusaugen. Es werden dabei

meistens einige kleine blutende Gefässe gefunden und verschorft.

Bluttransfusion

Die Bereitstellung von eigenem Blut (Eigenblutspende in einem Blutspendezentrum) vor einer Kunstgelenkoperation ist heute nicht mehr erforderlich. Während der Operation wird das verloren gegangene Blut aufgefangen, filtriert und teilweise wieder zurückgegeben (Cell Saver, Retransfusionssystem). Da der Blutverlust in der Regel nicht mehr als 400 bis 800 ml beträgt, genügen diese Massnahmen meistens. Selten kommt es vor dass der Blutverlust dennoch höher ist. Dies führt dann zu einem Absinken des Blutvolumens im Körper, sodass ein Blutmangel entsteht, eventuell begleitet von Schwindel beim Aufstehen und/oder Müdigkeit. Es ist dann zu erwägen, ob eine Bluttransfusion (Fremdblut) erforderlich ist. Wir setzen jedoch Fremdbluttransfusionen sehr zurückhaltend ein. Eine Alternative zu Fremdblut ist die Gabe von Eisenpräparaten oder auch von Erythropoetin, welches die Bildung von roten Blutkörperchen stimuliert.

Blutverdünnung

Hüft- und Knieoperationen führen oft zu kleinen Thrombosen der Venen des Unterschenkels. Damit hier keine gefährlichen Lungenembolien entstehen, wird das Blut nach der Operation durch Medikamente verdünnt. Wie bereits früher erwähnt gibt es zwei Methoden:

1. Blutverdünnung mit Sintrom oder Marcoumar. Hier werden jeden Tag Tabletten eingenommen. Die Menge der Tabletten wird vom Arzt festgelegt und anhand des so genannten Quickwertes, welcher durch Blutentnahmen bestimmt wird, festgelegt. Der Quickwert wird in eine Karte eingetragen, ebenso die Anzahl der täglich einzunehmenden Tabletten. Normalerweise übernimmt der Hausarzt diese Aufgabe. Die Einstellung des korrekten Wertes ist nicht immer einfach. Diese Blutverdünnung (Antikoagulation) wird üblicherweise bis zur ersten Kontrolle nach 4 - 6 Wochen beibehalten. Wir bevorzugen sie insbesondere bei Patienten mit erhöhtem Thromboserisiko (übergewichtige Patienten, Patienten mit bereits erlittener Thrombose oder Embolie etc.)
2. Blutverdünnung mit Spritzen. Hier müssen Sie sich täglich eine Spritze mit einer blutverdünnenden Substanz in das Unterhautgewebe des Oberschenkels geben. Die Stationsschwester erklärt Ihnen die Technik und Sie werden hierfür angeleitet. Sie sollten die blutverdünnende Substanz während sechs Wochen spritzen. Eine Applikation dieser Blutverdünnungsspritzen ins Unterhautfettgewebe der Bauchhaut wird heute nicht mehr empfohlen, da die Resorption sehr variabel sein kann. Viel besser ist die Injektion in das Oberschenkelunterhautfettgewebe.

Coxarthrose

Unter Coxarthrose versteht man den krankhaften Knorpelverschleiss des Hüftgelenkes.

Duschen

Nach dem ersten Verbandwechsel wird die Wunde mit einer speziellen Folie (OP-Site, Comfeel) abgedeckt. Diese selbstklebende Folie ist wasserundurchlässig, sodass Duschen und wenn nötig Baden problemlos möglich ist. Die Folie wird bis zur Entfernung der Hautnähte belassen.

Eigenblutspende

Die vor der Operation durchgeführte Eigenblutspende durch Sammeln des eigenen Blutes in 1 bis 2 Sitzungen wird heute nicht mehr routinemässig durchgeführt.

Fadenentfernung

Wir verwenden in der Regel Fäden und nur ganz selten Hautklammern aus Metall. Die Fäden können nach zwei Wochen entfernt werden, entweder noch während des Aufenthaltes in der Klinik oder in der Rehabilitationsklinik, ambulant beim Hausarzt oder bei uns.

Hämatom

Siehe auch unter Bluterguss.

Implantatpass

Sie erhalten nach Ihrer Operation eine Karte, worauf die Art der Prothese und deren Komponenten sowie das Implantationsdatum vermerkt sind. Dieser Implantatpass kann allenfalls in einer Notfallsituation oder auch auf Flugreisen notwendig sein. Die Sicherheitskontrollen auf Flughäfen führen nur selten zu einem Alarm. In der Regel sind die Detektoren nicht derart fein eingestellt, dass sie die heutzutage verwendeten Implantate erkennen können.

Infektion

Jede Operation trägt das Risiko einer Infektion. Bei einem Kunstgelenk ist eine Infektion eine ernsthafte Komplikation, weil sie im schlimmsten Fall dazu führen kann das Gelenk wieder entfernen zu müssen, bis die Infektion abgeheilt ist. Eine Infektion kann auch Jahre nach der Operation plötzlich auftreten. Anzeichen einer Infektion sind Fieber, Rötung der Wunde mit Schwellung und Schmerzen, wobei nicht alle Symptome vorhanden sein müssen. Bei Infektionsverdacht sollten Sie umgehend mit Ihrem Hausarzt oder Orthopäden Kontakt aufnehmen. Bei jedem Einsetzen eines Kunstgelenkes wird heute deswegen auch eine prophylaktische Antibiotikagabe durchgeführt.

Knochenzement

Unter Knochenzement verstehen wir eine Kunstharzmasse (Polymethylmetacrylat, wie Palacos®), welche aus zwei Komponenten (Pulver und Flüssigkeit) besteht. Nach Mischen der beiden Teile wird die Masse innerhalb von 12 bis 15 Minuten steinhart. Sie dient zur Festigung einer so genannten zementierten Prothese im Knochen.

Kur

Wir unterscheiden zwischen ärztlich verordneter Kur und einem klinisch-stationären Rehabilitationsaufenthalt wie beispielsweise in einer anerkannten Rheumaklinik (Zurzach, Schinznach, Klinik Adelheid etc.). Eine ärztlich verordnete Kur kann in jedem Kurhaus durchgeführt werden. Die Versicherung übernimmt hier nur die Therapiekosten, jedoch nicht die Kosten des Aufenthaltes. Bei einer klinisch-stationären Rehabilitation werden die Aufenthaltskosten ebenfalls übernommen (ausser dem Selbstbehalt). Für eine klinisch-stationäre Rehabilitation braucht es jedoch besondere Gründe wie beispielsweise zusätzliche Begleiterkrankungen, Voroperationen, hohes Alter etc. damit die Krankenkasse eine Rehabilitation akzeptiert und deren Kosten übernimmt. In der Regel ist eine unkomplizierte Hüftoperation bei jüngeren und ansonsten gesunden Patienten kein Grund zur Durchführung einer stationären Rehabilitationsbehandlung. Viel wichtiger ist, statt einer übermässigen Therapie, eine ungestörte Heilung der Wunde. Die tägliche Beanspruchung in Ihrer Umgebung, evt. auch unterstützt durch ein physiotherapeutisch erlerntes Heimübungsprogramm und ambulante Physiotherapie genügen in den allermeisten Fällen.

Laminar flow

Laminäre Strömung ist ein Belüftungssystem, bei welchem im Operationssaal über verschiedene Düsen dauernd Luft zu- und abgeführt wird. Damit können Luftwirbel reduziert werden und es wird im Operationssaal weniger Bakterien und Staub aufgewirbelt. Dieses System hilft mit, Infektionen zu verhüten.

Lungenembolie (LE)

Von Lungenembolie spricht man, wenn sich ein Blutgerinnsel aus den Becken- oder Beinvenen abgelöst hat und in die Lungen gespült wird und dort die Durchblutung eines Lungenanteils unterbricht. Es können ernsthafte, mitunter auch tödliche Atembeschwerden resultieren. Lungenembolien werden durch die so genannte Thromboembolieprophylaxe wirkungsvoll verhütet.

Luxation

Die Luxation ist das Herausspringen des Hüftkopfes aus der Hüftpfanne. Dieses Ereignis ist sehr schmerzhaft und führt zu sofortiger Gehunfähigkeit. Es erfordert eine Einweisung im Privatauto oder Ambulanz ins Spital. Durch das Röntgenbild kann eine Luxation bewiesen werden. Aufgrund der Schmerzen sind die Hüftmuskeln verspannt und ein Einrenken (Reposition des Gelenkes) ohne Narkose ist selten möglich. In Narkose lässt sich das Gelenk aber meistens einfach einrenken. Gründe für eine Luxation sind eine ungünstige (luxationsfördernde) Bewegung, eine schwache Hüftmuskulatur (z.B. nach mehreren Operationen) oder eine Fehlstellung von Hüftpfanne oder Schaft. Aus der Ursache heraus ergibt sich auch die auszuwählende Therapie. Luxationsfördernde Bewegungen müssen unbedingt vermieden werden. Bei einer schwachen Muskulatur muss eventuell ein Stützkorsett angepasst oder eine spezielle Hüftpfanne eingesetzt werden. Ist die Prothese nicht korrekt eingesetzt, kann eine zweite Operation helfen.

Luxationsfördernde Bewegungen: Diese sind abhängig vom Operationszugang. Beim seitlichen und minimal invasiven, vorderen Zugang sind dies die Aussendrehung des Hüftgelenkes mit gleichzeitiger Beugung und Übereinanderschlagen der Beine. Solche Bewegungen kommen unter anderem beim An- und Ausziehen von Schuhen und Strümpfen, bei der Pedicure, jedoch auch beim tiefen Sitzen vor. Beim hinteren und minimal invasiven hinteren Zugang sind es die Beugung des Hüftgelenkes mit gleichzeitiger Einwärtsdrehung des Kniegelenkes. Auch solche Bewegungen ereignen sich beim Übereinanderschlagen der Beine, beim An- und Ausziehen von Schuhen und Strümpfen sowie beim tiefen Sitzen oder beispielsweise beim Rasieren der Beine.

Luxationshemmende Bewegungen: Alle Bewegungen, die den beiden Mechanismen wie oben beschrieben entgegenwirken, sind luxationshemmende Bewegungen.

Muskelschwäche

Beim so genannten seitlichen Zugang wird der vordere Anteil des Hüftmuskels vom Knochen abgelöst und nach der Operation wieder angenäht. In wenigen Fällen heilt dieser Muskel nicht mehr richtig an. Es entwickelt sich zumeist eine schmerzhafte Muskelschwäche, welche die Gehdauer einschränken und zu einem leichten Hinken führen kann.

Nachkontrolle

Ihr Operateur legt die Termine zu den Nachkontrollen fest. Anlässlich dieser Kontrollen wird jeweils auch die operierte Hüfte geröntgt. Der Zustand und die Beweglichkeit der Hüfte wird untersucht und Probleme und offene Fragen werden jeweils besprochen sowie das weitere

Vorgehen festgelegt. In der Regel erfolgen routinemässige Nachkontrollen nach 6 Wochen, 3 Monaten, 6 Monaten, 1, 2, 3, 5 und zehn Jahre nach der Operation.

Narbe

Jedes heilende Gewebe beantwortet eine Verletzung mit der Bildung einer Narbe. Die Hautnarbe ist hierbei nur die oberflächlichste Narbe. Auch die tiefen Gewebe, insbesondere Gelenkkapsel, Sehnen und Gleitschichten heilen und bilden dabei Narbengewebe. Die Länge der Hautnarbe ist den Bedürfnissen der Operation und des Operateurs angepasst und hat nichts mit der Qualität der Operation zu tun. Je nach anatomischen Gegebenheiten ist ein längerer oder weniger langer Hautschnitt zur korrekten Durchführung der Hüftprothesenoperation notwendig. In den ersten Monaten nach der Operation ist die Narbe noch rot und etwas geschwollen. Sie entfärbt sich dann zusehends und wird nach einem halben Jahr weiss und strichförmig. Die Narbenbildung ist individuell und schwierig vorauszusagen. Falls Sie an Ihrem Körper an anderen Stellen Narben haben, dürfen Sie damit rechnen, dass sich die Narbe an der Hüfte in etwa gleicher Art entwickeln wird.

Ossifikation

Unter Ossifikation verstehen wir eine krankhafte Verknöcherung von Weichteilen. Sie ist eine mögliche Komplikation nach Hüft-Totalprothesenoperationen, welche in seltenen Fällen zu Schmerzen und eingeschränkter Beweglichkeit führen kann. Wir führen hierfür eine entsprechende Prophylaxe mit entzündungshemmenden, nicht steroidalern Medikamenten (Olfen, Ponstan, Ecofenac, Brufen etc.) durch. Sollten trotzdem Verkalkungen entstehen, welche die Beweglichkeit relevant einschränken, können diese nach Vorbestrahlung operativ entfernt werden.

Periduralanästhesie (PDA)

In der Umgangssprache Rückenmarksnarkose genannt. Eine der beiden Narkoseformen, bei der, durch Einspritzen eines Betäubungsmittels in die Nähe der Rückenmarksnerven, die untere Körperhälfte unempfindlich gemacht wird.

Physiotherapie

Behandlung von Krankheiten mit natürlichen Mitteln wie Heilgymnastik, Wasser, Wärme, Licht, Massage, Elektrotherapie usw. Mit Hilfe der Physiotherapie machen Sie die ersten Schritte nach der Operation, lernen sicher an Stöcken zu gehen und Treppen zu benutzen. Das Gelenk soll während den ersten 4 - 6 Wochen nicht zu stark durchbewegt werden. Einige Übungen zu Hause genügen meistens. Die Muskulatur erholt sich nach dem Weglegen der Stöcke rasch und tägliches Bewegen und Spaziergänge sind die beste Therapie zum Muskelaufbau. Zeigt die Kontrolle beim Operateur nach 4 - 6 Wochen, dass die Hüftgelenksbeweglichkeit ungenügend ist, wird eine entsprechende weiterführende Physiotherapie verordnet.

Prophylaxe

Unter Prophylaxe versteht man die Verhütung oder Vorbeugung von Krankheiten.

Quick

Der Quick ist ein Labortest der die Blutgerinnungszeit misst und in Prozent zur Normalgerinnung angibt. Anhand des Quickwertes werden durch den Arzt die Medikamente, welche die Blutgerinnung verzögern, dosiert. Der Idealwert beträgt in der Regel zwischen 20 - 30% für die therapeutische Blutverdünnung.

Redon

Nach Verschluss der Wunde wird es aus kleinen Blutgefässen noch 1 - 2 Tage nachbluten. Dieses Blut wird mit 1 - 2 dünnen Schläuchen aus der Wunde abgesaugt und in Flaschen aufgefangen. Diese Schläuche werden nach zwei Tagen aus der Wunde gezogen. Aus den Austrittsstellen kann noch einige Tage gelbes Sekret nachfliessen.

Rehabilitation

Unter Rehabilitation verstehen wir die Nachbehandlung und Wiedereingliederung nach Operationen mittels eines speziellen Nachbehandlungsaufenthalts (vgl. auch Kur).

Reisen

Nach etwa 2 - 3 Monaten können Sie wieder grössere Reisen unternehmen. Bei längeren Flugreisen in den ersten drei Monaten nach der Operation sollten Sie nicht während Stunden mit gebeugten Kniegelenken sitzen, sondern die Beine regelmässig etwas durchbewegen.

Röntgen

Unter Röntgen versteht man die bildgebende Abbildung des Knochens mit seinen entsprechenden Veränderungen oder auch nach durchgeführten Operationen mit Darstellung des eingesetzten Kunstgelenkes. Sowohl vor der Operation wie auch nach der Operation werden Röntgenaufnahmen gemacht. Die Röntgenaufnahme nach der Operation dient dazu die korrekte Lage der Prothese zu kontrollieren. Weitere Röntgenkontrollen erfolgen im Rahmen der Routinenachkontrollen beim Operateur.

Schlafen

Im Spital sollten Sie vorzugsweise auf dem Rücken schlafen. Schlafen in Seitenlage ist jedoch mit einem speziellen Kissen möglich. Zu Hause können Sie dann wieder Ihre bevorzugte Schlafstellung einnehmen, in Seitenlage jedoch unter Benützung eines Kissens zwischen den Knien. Auf der Narbe liegen führt in den ersten Monaten meist zu Beschwerden, welche den Schlaf stören.

Schmerzen

Nach der Operation steht der Wundschmerz im Vordergrund, während dem der Arthroseschmerz vollständig verschwunden ist. Die postoperativen Schmerzen erfordern in den ersten Tagen Schmerzspritzen oder auch eine so genannte Morphinpumpe sowie ergänzend Tabletten. Nach 2 - 3 Tagen sind die Schmerzen mehr oder weniger verschwunden und es sind nur noch gelegentlich Schmerzmittel erforderlich. Neu auftretende Schmerzen, stärkere oder dauernde Schmerzen, sind nach einer Hüft-Totalprothese nicht üblich und müssen dem behandelnden Arzt mitgeteilt werden. Ungewöhnlich sind ebenso über Tage zunehmende Schmerzen begleitet von einer Schwellung oder Rötung der Wunde; auch sich wiederholende Schmerzen nach kleineren Anstrengungen.

Schmerzmittel

Wir empfehlen sie so wenig wie möglich und so viel wie nötig einzunehmen. Während der ersten Phase der Wundheilung können immer wieder Schmerzen auftreten und sind kein Grund zur Sorge.

Seitenlage

Bis zur ersten Kontrolle beim Operateur ist es in Seitenlage vorteilhaft ein Kissen zwischen

die Knie zu legen. Dies verhindert das zu starke Einwärtsdrehen des Beines und entlastet zudem die Narbe.

Sensoren

In allen Gelenken befinden sich Sensoren, welche das Gehirn über die aktuelle Stellung des Gelenkes sowie Positionswechsel orientieren. Nach einem Kunstgelenk sind solche Informationen zu Beginn wahrscheinlich lückenhaft und es braucht Zeit bis die Prothese integriert ist. Sie sollten daher hastige und bruske Bewegungen in den ersten 2 - 3 Monaten vermeiden.

Sex

Eine Hüft-Totalprothese ist kein Hinderungsgrund. Im Gegenteil. Durch die Schmerzfreiheit und die bessere Beweglichkeit sollte das Sexualleben wieder angenehm und lustvoller werden. Nach 2 - 3 Monaten macht sich das künstliche Hüftgelenk in der Regel nicht mehr störend bemerkbar. Es gibt prinzipiell keine Stellungen welche eine Gefahr für das Hüftgelenk bedeuten.

Sitzen

Vermeiden Sie in den ersten 6 Wochen nach der Operation das Sitzen in einem Fauteuil. Sitzen Sie auf gewöhnliche Stühle und wenn möglich unter Verwendung eines Sitzkeils. Nach 6 Wochen ist jedoch tiefes Sitzen, vorzugsweise mit etwas abgespreizten Knien, erlaubt.

Sitzkeil und WC-Aufsatz

Damit die Hüftbeugung nicht zu stark ist (Luxationsgefahr) erhalten Sie eine Verordnung für einen Sitzkeil sowie einen WC-Aufsatz. Diese Hilfsmittel (vgl. auch Text in dieser Informationsbroschüre) sollten während den ersten 6 Wochen benützt werden.

Spinalanästhesie

Narkoseform bei der ein Betäubungsmittel in die Nähe der Rückenmarksnerven gespritzt wird. Dadurch wird die untere Körperhälfte innert weniger Minuten für die Dauer von 7 - 11 Stunden betäubt, ähnlich wie bei der Periduralanästhesie.

Sport

Sport ist mit einem Kunstgelenk wieder gut möglich. Geeignete Sportarten sind, wie bereits erwähnt, Wandern, Schwimmen, Velofahren, Fitness, Golf sowie leichtes, dosiertes Skifahren und Langlauf. Tennis setzt die Prothese einer etwas stärkeren Belastung aus. Es muss deswegen nicht vollständig darauf verzichtet werden, insbesondere wenn Sie keine Turniere bestreiten. Velofahren und Schwimmen sind ab 4. bis 6. Woche möglich. Die anderen Sportarten nach etwa 3 Monaten.

Stöcke

Während den ersten 4 - 6 Wochen sollen zwei Stöcke benutzt werden um die Teilbelastung einzuhalten. Hierdurch hat der Körper Zeit sich an das neue Gelenk zu gewöhnen und die Wunde heilt ungestört. Nach einer Röntgenkontrolle beim Operateur wird das stockfreie Gehen erlaubt. Falls Sie sich beim stockfreien Gehen noch unsicher fühlen, benützen Sie während weiteren 1 - 2 Wochen die Stöcke noch weiter, evtl. auch nur einen Stock auf der Gegenseite.

Thrombose

Blutgerinnsel in den Venen, welches den Blutfluss stört. Dadurch können schmerzhafte Schwellungen der Beine entstehen. Wird ein solches Blutgerinnsel durch den Blutstrom weggerissen und in die Lungen gespült, entsteht eine Lungenembolie.

Thromboembolieprophylaxe

Verhütung von Blutgerinnselbildungen. Durch selbständige Fussgymnastik, Beinstrümpfe, regelmässiges Aufstehen aus dem Bett und Medikamente wird die Wahrscheinlichkeit einer Thrombose oder Embolie stark gesenkt.

Totalprothese (TP)

Künstliches Gelenk, vollständiger künstlicher Ersatz beider abgenutzter Gelenkoberflächen.

Urinkatheter

Nach der Anästhesie wird vor der Operation manchmal ein Blasenkatheter eingelegt. Zum einen aus pflegerischen Gründen, zum anderen weil die Teilnarkose während einigen Stunden auch die Blase lähmt. Der Katheter wird nach 1 - 2 Tagen wieder entfernt.

Wachsaal

Nach der Operation werden Sie in den Wachsaal (Aufwachraum) verlegt. Hier werden zentrale Körperfunktionen (Blutdruck, Herzrhythmus, Urinausscheidung, Sauerstoffsättigung, Atmung) überwacht. Das Abklingen der Anästhesie wird verfolgt, die Schmerztherapie wird angepasst und die Blutmenge in den Redons überprüft. Ebenso kann Blut aus dem Cell Saver rücktransfundiert werden. Sind alle Funktionen stabil, erfolgt die Verlegung auf die Abteilung. Der Verlegungszeitpunkt wird vom verantwortlichen Narkosearzt festgelegt.

Zugang

Zur Hüftgelenks-Totalprothesenoperation wird entweder ein seitlicher oder dorsaler (hinterer) Zugang - neu auch in minimal invasiver Technik (MIS) - gewählt. Beide Zugangsmöglichkeiten haben Vor- und Nachteile. Während der dorsale Zugang den seitlichen Hüftmuskel, welcher für das Gehen sehr wichtig ist, schont, hat er den Nachteil einer höheren Luxationsgefahr, d. h., der Hüftkopf kann bei bestimmten Bewegungen aus der Hüftpfanne herauspringen. Der seitliche Zugang hat ein geringeres Luxationsrisiko, jedoch den Nachteil einer meist höheren Schädigung der hüftgelenksnahen Muskulatur mit oftmals auftretender muskulär bedingter Gehschwäche über einige Wochen.

Zu Hause

Nach dem Spitalaustritt können Sie entweder in die Rehabilitation, eine Kur oder direkt nach Hause gehen. Sie können sich zu Hause an Stöcken frei bewegen und es ist sogar wünschenswert, dass Sie täglich während 4 - 6 Stunden aktiv sind. Sie sollen gehen so viel sie möchten. Zum Sitzen sollten Sie in den ersten 4 Wochen ein Keilkissen benutzen und längeres Sitzen durch Herumgehen unterbrechen, damit die Blutzirkulation in den Beinen angeregt wird.

Zwei künstliche Hüftgelenke

Bei einer beidseitigen schmerzhaften Coxarthrose benötigen Sie beidseits künstliche Gelenke. Diese werden manchmal in einer einzigen Operation eingesetzt oder es kann zwischen den Operationen eine Pause von 4 - 6 Wochen eingeschaltet werden. Das gleichzeitige Einsetzen beider Hüftgelenke hat gegenüber dem zweizeitigen Einsetzen gewisse Vor- jedoch auch Nachteile. Besprechen Sie sich diesbezüglich, falls eine solche Situation für Sie zutrifft, mit Ihrem Operateur.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

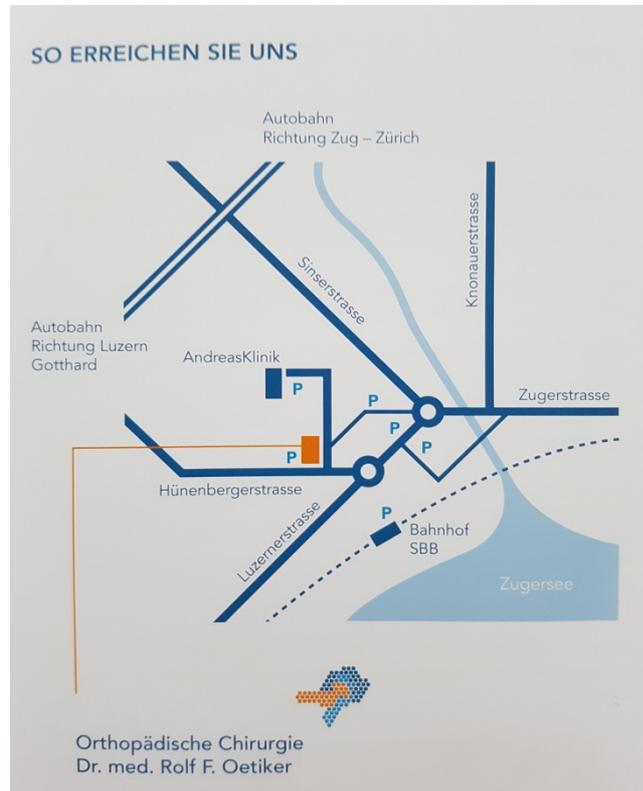
.....

.....

Diese Informationsbroschüre ist eine Ergänzung zum Aufklärungsgespräch mit Ihrem Arzt und dient auch der persönlichen Information und dem Festlegen des persönlichen Behandlungsplanes. Beachten Sie bitte auch weitere Hinweise zu Risiken und Komplikationen auf dem Aufklärungsformular, welches wir anlässlich der präoperativen Besprechung miteinander durchgehen und unterzeichnen.

Mit dieser Informationsbroschüre haben wir versucht einen umfassenden Überblick über die geplante Operation mit Einsetzen eines Kunstgelenkes am Hüftgelenk zu geben. Die Aktualität unserer Information entspricht dem Informationsstand des medizinischen Wissens aus dem Jahre 2006. Diese Broschüre wird je nach Bedarf und bei Vorliegen von neueren Erkenntnissen überarbeitet.

Besuchen Sie ebenfalls unsere Webseite www.orthozentrum.ch wo Ihnen weitere umfassende Informationen zur Verfügung stehen!



Sie finden uns auch auf dem Internet unter www.orthozentrum.ch und können uns erreichen unter:

Praxis Dr.med. Rolf F. Oetiker
Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und
Traumatologie des Bewegungsapparates
Hünenbergerstrasse 8
CH - 6330 Cham Zug

Tel 041 781 49 49
Fax 041 781 56 56
E-mail info@orthozentrum.ch

