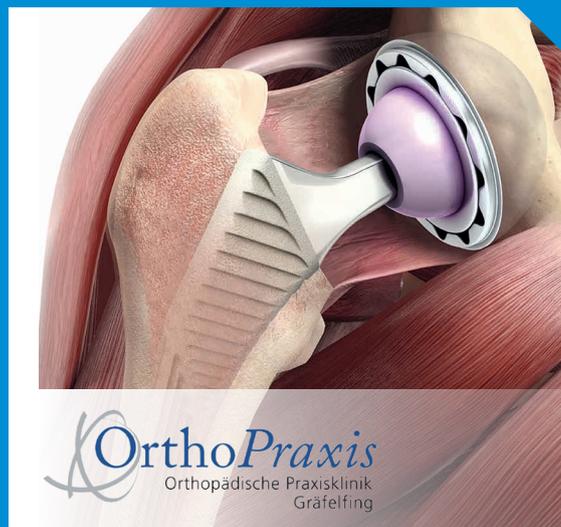


HÜFTENDOPROTHETIK HEUTE

Gelenkersatz so schonend und so fundiert wie möglich

Arthrose ist der Hauptgrund für den Einsatz einer Endoprothese, die den Betroffenen nach Ausschöpfung der konservativen Behandlungsmöglichkeiten wieder zu Schmerzfreiheit und damit zu mehr Lebensqualität verhelfen kann. Der Orthopäde und Unfallchirurg Dr. Ulrich Bader von der Orthopraxis Gräfelfing berichtet, wie bei der Hüftarthrose mit einer speziellen Zugangstechnik besonders schonend und präzise operiert werden kann. Gelenkersetzende Operationen führt er in der WolfartKlinik, die als Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung zertifiziert ist, durch.



Herr Dr. Bader, wenn nichtoperative Verfahren bei dem Gelenkverschleiß an der Hüfte, der Coxarthrose, ausreichend angewendet wurden und keine Besserung der Beschwerden bringen, ist der nächste Schritt meist der Gelenkersatz. Sie nutzen für diesen Eingriff bereits seit einigen Jahren erfolgreich die sogenannte Yale-Technik. Was ist das Besondere daran und welche Vorteile hat das Verfahren gegenüber anderen Methoden?

Dr. Bader: Die Operationstechnik zeichnet sich durch den schonenden Weg zum Gelenk aus. Während bei den früheren Operationsmethoden wichtige Muskelgruppen verletzt werden mussten, um an die Gelenkpartner zu kom-

men, ist dies bei der an der US-amerikanischen Yale Universität entwickelten Technik nicht notwendig, denn hierbei werden zwei spezielle Zugänge genutzt: Eine vordere – medizinisch spricht man von anterolateraler – Operationsöffnung, wie sie ähnlich auch bei anderen etablierten Methoden genutzt wird, und zusätzlich ein hinterer, dorsaler Schnitt. Durch den vorderen Zugang wird die Hüftpfanne ersetzt. Dafür nutzen wir als Eintrittsweg natürliche Muskelloken, die einfach wie eine Art Vorhang zur Seite geschoben werden und nach der Arbeit am Gelenk wieder über dieses schließend zurückgleiten. Über den hinteren Zugang wird der Prothesen-

schaft in den Oberschenkelknochen eingebracht. Auch wenn sich an dieser Stelle keine von verschiedenen Muskelgruppen gebildeten Logen als Eintrittsweg befinden, kann auch hier muskelchonend vorgegangen werden. Dafür wird der über dem Operationsgebiet liegende Glutaeus-Muskel im Faserverlauf stumpf mit einer Pinzette auseinandergedrängt. Bereits nach wenigen Tagen ist dieser wieder zusammengewachsen. Dabei werden die lasttragenden Muskeln vollständig geschont!

Die üblichen Vorteile minimalinvasiver Chirurgie, also solcher Verfahren mit möglichst geringer Gewebetraumatik

Ganganalytischer Vergleich

In der Abteilung für Orthopädie und Endoprothetik der WolfartKlinik Gräfelfing wurde ein ganganalytischer Vergleich des minimalinvasiven Yale-Zugangs mit einem lateralen Zugang für die endoprothetische Versorgung der Hüfte durchgeführt. Daraus ergaben sich gute Ergebnisse für den Yale-Zugang hinsichtlich der Ganggeschwindigkeit, der Seitenneigung des Oberkörpers und bezüglich eines Beckenhochstandes.



sierung, sind beispielsweise weniger Blutverlust und kleinere Narben. Die Muskelschonung durch die Zugangsart bei der Yale-Methode bedeutet für die Patienten außerdem, dass sie nicht so viel an Muskelkraft einbüßen und schneller wieder normal und möglichst schmerzfrei am Alltag teilnehmen können. Dadurch, dass es mit dem Verfahren keine Verletzungen der Muskelketten vom Becken zum Bein hin gibt, ist ein postoperatives Hinken äußerst selten, was wir auch in einer Studie zeigen konnten. Zusätzlich dazu bietet die Yale-Methode insbesondere eine sehr gute Übersicht für den Operateur.

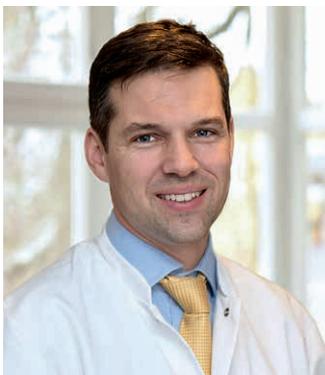
Die Muskelschonung wirkt sich somit maßgeblich auf die postoperative Zeit aus. Wie läuft diese ab und worauf muss sich der Patient einstellen?

Dr. Bader: Die Patienten dürfen und sollen, sofern es ihr Kreislauf zulässt, bereits am ersten Tag aufstehen und können voll belasten. Sie nutzen zwar zunächst Unterarmgehstützen, diese dienen jedoch mehr einem Sicherheitsgefühl und können nach ein bis zwei Wochen komplett weggelassen werden. Zu beachten sind wie nach jedem Hüftgelenkersatz Vorgaben wie, eine Beugung über 90 Grad erstmals zu vermeiden. Der stationäre Aufenthalt beträgt in der Regel fünf bis sieben Tage. Im Anschluss gehen viele Patienten in eine stationäre Reha, was allerdings nicht zwingend notwendig ist, weil diese je nach Patientenzustand auch ambulant erfolgen kann.

Kann die Yale-Technik auch für Revisionseingriffe genutzt werden? Wann kann die Methode nicht angewendet werden?

Dr. Bader: Das Verfahren ist auch bei Wechseleingriffen gut anwendbar, selbst wenn es sich dabei um eine Revision aufgrund von Infekten oder endoprothetischen Frakturen handelt. Wir operieren so auch in vielen Fällen bei Hüftkopfnekrosen und Oberschenkelhalsbrüchen. Bei letzteren wird je nach Alter und Gelenksituation eine Verschraubung zur Knochenheilung angewendet oder eine Hüftendoprothese eingesetzt. Es gibt fast keine Fälle, in

denen nicht nach der Yale-Methode operiert werden kann. Der Vorteil bei der Yale-Technik ist, dass der Schnitt bei Bedarf intraoperativ erweitert und so auch auf spezielle Situationen wie z. B. bei Schafffissuren individuell reagiert werden kann. Das ist aber in der Regel durch die gute Planung im Vorfeld eher die Ausnahme.



Dr. Ulrich Bader, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, und seine Kollegen nutzen die Yale-Methode seit 2003 und haben bereits mehr als 8.000 Hüftendoprothesen damit eingesetzt.

Wie gestaltet sich diese Planung? Können auch Wahrscheinlichkeiten wie Beinlängendifferenzen, oder dass bei dem Patienten zeitnah auch an der anderen Hüfte ein Gelenkersatz erfolgen muss, berücksichtigt werden?

Dr. Bader: Anhand von Röntgenbildern des Beckens können wir am PC eine präzise Planung vor der Operation durchführen. Klinisch muss immer der gesamte Patient betrachtet und vermessen werden. So können wir auch beachten, wenn zum einen bereits Beinlängendifferenzen bestehen, und korrigieren diese eventuell im Eingriff, was z. B. bei einer Dysplasie oder nach einem Schenkelhalsbruch im Bereich von ein bis zwei Zentimetern möglich ist. Andererseits lassen sich durch die Planung auch Längenunterschiede, die sich durch den Gelenkersatz ergeben können, sehr gering halten. Im Übrigen haben viele Patienten nach der OP erst einmal das Gefühl, länger zu sein. Das

liegt aber an der Gewebeswellung und verschwindet nach kurzer Zeit auch wieder. Wird aufgrund der Diagnostik klar, dass auch auf der anderen Seite zeitnah ein neues Gelenk eingesetzt werden muss, beziehen wir dies natürlich auch in die Planung mit ein. Intraoperativ unterstützt uns ein Navigationssystem dabei, die Endoprothese präzise und funktionell exakt zu implantieren.

Welche Prothesenmodelle werden bei der Yale-Technik verwendet?

Dr. Bader: Der Yale-Zugang eignet sich für fast alle Prothesenmodelle. Wir haben immer ein breites Sortiment der Implantate bzw. ihrer Module vorrätig, sodass wir jeden Patienten individuell passend versorgen können. Der modulare Aufbau heutiger Standardprothesen ist vorteilhaft, weil so zum einen z. B. mit Schaft, Kopf und Pfanne genauer anatomisch passend versorgt werden kann. Zum anderen schaffen sie die Voraussetzung dafür, dass bei einer Revision nicht immer alle, sondern nur die verschlissenen Komponenten ausgetauscht werden müssen. Für spezielle Versorgungsbedürfnisse wie beispielsweise nach einem komplizierten Schenkelhalsbruch stehen uns Individualprothesen zur Verfügung.



► Orthopraxis Gräfeling
Dr. med. Ulrich Bader
Bahnhofstraße 5
82166 Gräfeling
kontakt@ortho-graefeling.de