

# Sprechstunde am Sonntag

## Der künstliche Hüftgelenkersatz – Der richtige Zeitpunkt



Mitglied im Ärztenetzwerk

opti med

Mein Gesundheitsnetzwerk  
www.mein-gesundheitsnetzwerk.de

Schmerzen und Bewegungseinschränkungen im Hüftgelenk ist für den betroffenen ein massiver Einschnitt in die Lebensqualität und die eigene Autonomie. Unsere Bevölkerung wird mit steigender Versorgungsqualität immer älter, entsprechend kommt es zu einer deutlichen Zunahme der Fälle, in denen ein künstlicher Gelenkersatz notwendig wird. Doch wann genau sollte man einen solchen Schritt erwägen?

Dr. med. Tim Klopfer, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie spezieller Unfallchirurg mit langjähriger Erfahrung im Bereich der Knie- und Hüftendoprothetik beantwortet Fragen rund um die Arthrose und den künstlichen Ersatz des Hüftgelenks.

### Wie häufig kommt es heutzutage zu einem Hüftgelenkersatz und was kann man von einem solchen erwarten?

Gerade in den Industrienationen mit ausgeprägtem demographischem Wandel weist die Hüftgelenksarthrose (=Coxarthrose) einen starken Zuwachs auf. In der

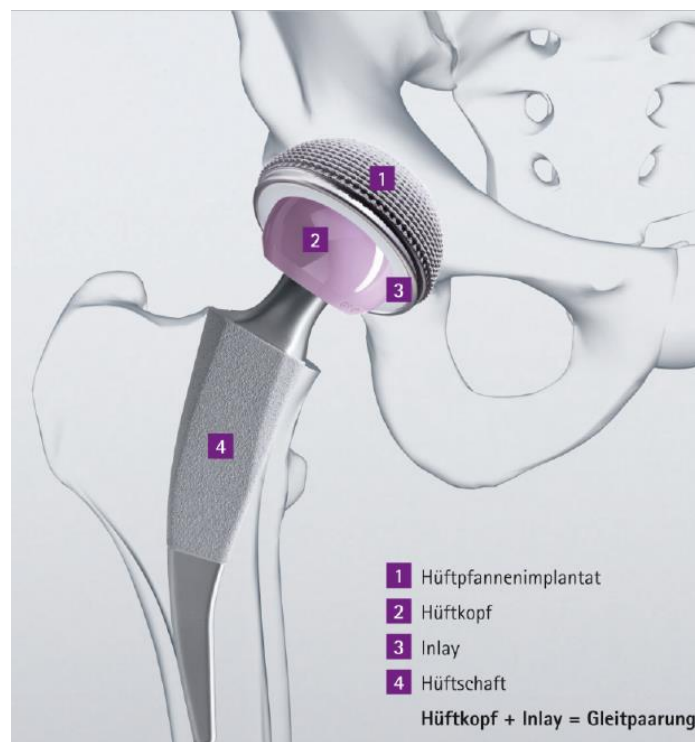
Altersgruppe der über 60-jährigen beträgt diese bis zu 20%. In Deutschland werden derzeit ca. 275.000 Hüftendoprothesen pro Jahr implantiert, durch die Coronavirus-Pandemie bedingt ist diese Zahl aktuell etwas reduziert. Von den gegenwärtigen Prothesengenerationen erwarten wir Standzeiten von ca. 15-25 Jahre. Hierdurch kommt dem richtigen Zeitpunkt der künstlichen Hüfte ein wichtiger Stellenwert bei.

### Wie stellen sie fest ob es sich um eine Arthrose handelt?

Zumeist kann eine vorläufige Diagnose bereits durch ein ausführliches Gespräch mit dem Patienten gewonnen werden, der so genannten Anamnese. Hierbei gilt es z.B. zu erfahren, ob ein Innenrotationsschmerz des Gelenks, Morgensteifigkeit und allgemeine Bewegungslimitierungen bestehen. Ergänzt wird dies dann durch eine körperliche Untersuchung als auch eine radiologische Bildgebung. In der Regel ist ein konventionelles Röntgenbild ausreichend, nur im Ausnahmefall ist ein MRT erforderlich.

### Und wann muss ich mich einer Operation nun unterziehen?

Diese Frage gebe ich den Patienten in der Sprechstunde zumeist



zurück, denn die Entscheidung über den Zeitpunkt ist so individuell wie jeder Mensch. Wie stark sind die Einschränkungen und wie lange bestehen diese bereits? Kann man noch einen Spaziergang über 2km oder in die Stadt unternehmen oder nicht? Wenn nein, fühlt man sich dadurch eingeschränkt? Kommt man ohne Hilfsmittel und ohne Schmerzmittel zurecht? Besteht ein Sturzrisiko aufgrund einer

Gangunsicherheit oder sind es bereits die einfachen Dinge des Lebens die zur Herausforderung werden: Socken anziehen, in das Auto einsteigen usw... Auch in einer hoch modernisierten Welt geht aus meiner Sicht nichts an einem guten Arzt-Patienten-Verhältnis vorbei, in dem solche Fragen eruiert werden und ein Gefühl für die Ansprüche hergestellt wird. Nicht alles kann durch Checklisten und Kriterien beantwortet werden. Letztendlich ist die Hüftoperation aber nach wie vor ein großer Eingriff mit Risiken und Gefahren und daher sollte ein konservativer Therapieversuch immer an erster Stelle stehen (z.B. Überwindung einer aktivierten Arthrose mit Schmerzmittel, Krankengymnastik, Einlagenversorgung).

### Welche Risiken und Gefahren sollten den Patienten bewusst sein?

Häufige Probleme, zumeist nach vielen Jahren, sind Lockerungen der implantierten Komponenten. Zum einen kann es durch mecha-

nische Beanspruchungen zu Lockerungen kommen, am häufigsten jedoch durch den Verschleiß von Gelenkpartnern (z.B. Inlay). Dieser Verschleiß kann Gewebe-/Knochennekrosen (=Absterben) zur Folge haben was die Lockerung verursacht. Infektionen sind mit ca. 1% heutzutage erfreulicherweise sehr selten geworden aber man kann sie nie ganz ausschließen. Kommt es zu einer Infektion des künstlichen Gelenks ist das ein sehr einschneidendes und zeitaufwändiges Folgeereignis für den Betroffenen. Weiterhin können beim Einbringen Brüche des Knochens sowie im Verlauf Luxationen auftreten (=herauspringen des künstlichen Hüftkopfes).

### Was unternehmen Sie um solche Komplikationen zu vermeiden?

Das sterile Arbeiten zur Vermeidung von Infektionen wird jedem Chirurgen von Anbeginn so verinnerlicht, dass man davon ausgehen kann, dass dies in unserem Land überall adäquat umgesetzt wird. Vor einer Operation mit Gelenkersatz beschäftige ich mich intensiv mit jedem Patienten. Unter anderem werden im Krankenhaus Röntgenaufnahmen angefertigt, welche mit einem CAD Programm bearbeitet werden können. Und so spielt man verschiedene Prothesenmodelle und Größen am Planungscomputer durch, um die beste Option für den Patienten zu finden. Denn jeder Körper und jeder Knochen hat seine individuellen Unterschiede. Dies dient u.a. zur Vermeidung von Beinlängendifferenzen, Bewegungslimitierungen oder gar Luxationen. Ein wichtiger Punkt ist meiner Meinung nach jedoch der gewählte Zugang und Operationstechnik. Zur Implantation gibt es unterschiedliche Herangehensweisen. Ich bin in der Zwischenzeit dazu übergegangen einen minimalinvasiven Zugang



Dr. med. Tim Klopfer  
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie spezieller Unfallchirurg,  
OC Bayreuth  
Parsifalstr. 5, 95445 Bayreuth  
www.oc-bayreuth.de

zu wählen, bei welchem man in der Regel mit einem ca. 7-8 cm Schnitt durch die Haut auskommt und keine Muskulatur am Knochen ablösen muss, wie es bis vor einigen Jahren der Standard war. Dies ermöglichten uns erst neuere Prothesenmodelle, welche wir jetzt zur Verfügung haben.

### Wenn ich mich zur Operation entschieße, auf was muss ich mich einstellen?

Mit den heutigen Operationsverfahren, Implantate und Erfahrungen in der Nachbehandlung haben wir sehr gute Ergebnisse erzielt. Kaum eine andere Operation kann so schnelle Heilungserfolge und Zufriedenheit erzielen. Einige der Patienten sind bereits am ersten Tag nach der Operation nahezu beschwerdefrei und können sich selbst im Krankenhaus mobilisieren.

In der Regel findet die stationäre Behandlung im Krankenhaus über 7 Tage statt, folgend wird eine stationäre Rehabilitation über ca. 3 Wochen empfohlen. Nach dieser Zeit sollte bei einer Standardversorgung der Patient in der Lage sein wieder selbstständig, ohne Hilfsmittel zu gehen.