

Arthrose des Hüftgelenkes



Eine der häufigsten Lokalisationen eines Gelenkverschleißes (Arthrose) ist das Hüftgelenk. Vorwiegend entsteht die Arthrose im Laufe des Lebens ohne äußerlich erkennbare Ursache, wobei eine familiäre Häufung bekannt ist. Seltener tritt die Arthrose des Hüftgelenkes nach Unfällen oder im Rahmen von entzündlichen Erkrankungen wie z.B. Rheumatoider Arthritis auf.

Beschwerdesymptomatik

Im Anfangstadium der Arthrose treten Beschwerden zunächst nur nach stärkerer Belastung auf. Im Laufe der Erkrankung bestehen Schmerzen bereits bei geringerer Belastung und im fortgeschrittenen Stadium oft auch in Ruhe. Häufig ist die eingeschränkte Beweglichkeit im Alltag problematisch, z.B. beim Zubinden der Schuhe oder auch beim Einsteigen in einen PKW.



Konservative Behandlung

Die initiale Behandlung der Arthrose ist konservativ (z.B. beschwerdeadaptierte Belastung, Physiotherapie/Bewegungsübungen, bedarfsweise Medikamente). Führt die konservative Behandlung zu keinem zufrieden stellenden Ergebnis, ist die Indikation zu einer Operation zu prüfen. Möglicherweise sind Gelenkerhaltende Operationen sinnvoll (z.B. Umstellungsoperationen, Entfernen von Zysten/freier Gelenkkörper).

Liegt ein fortgeschrittener Verschleiß des Hüftgelenkes vor, ist häufig der Ersatz des verschlissenen Hüftgelenkes durch ein künstliches Gelenk indiziert.

Das künstliche Hüftgelenk

Ziele der Behandlung

Ziele der Behandlung sind eine zuverlässige Schmerzreduktion, eine Verbesserung der Funktion des Gelenkes und der Mobilität des Patienten, sowie eine Erhöhung der Lebensqualität.

Aufbau eines künstlichen Hüftgelenkes

Ein künstliches Hüftgelenk setzt sich einerseits aus einer Hüftgelenkspfanne aus Metall und Kunststoff (Inlay) zusammen, sowie aus einem Hüftgelenkschaft aus Metall mit einem Hüftkopf (aus Keramik oder Metall).

Zementierte oder unzementierte Prothese?

Künstliche Gelenke können mit oder ohne Zement in den Knochen eingesetzt werden. Wird Zement verwendet, befindet er sich zwischen der Prothese und dem Knochengewebe. Nach Möglichkeit wird die Hüftgelenkspfanne unzementiert eingesetzt. Ist die Knochenqualität im Becken für eine unzementierte Verankerung nicht ausreichend, wird eine Pfanne einzementiert.



Zementfreie Hüftprothese



Teilzementierte Hüftprothese

Der Schaft des Hüftgelenkes kann ebenfalls zementiert oder unzementiert in den Oberschenkelknochen eingebracht werden. Die Langzeitergebnisse zementierter und unzementierter Prothesenschäfte sind gleichermaßen gut: Die Haltbarkeit der Prothesenschäfte beträgt über 90% nach 10 Jahren und 80-85% nach 15 Jahren.

Unzementierte Schäfte werden bei den eher jüngeren Patienten (<70 Jahren) eingesetzt, wenn der Oberschenkelknochen eine gute Qualität aufweist (z.B. keine Osteoporose). Unzementierte Schäfte können im Falle einer Prothesenlockerung meist einfacher und oft mit einem geringeren Verlust an Knochensubstanz gewechselt werden.

Zementierte Prothesenschäfte gehen bereits nach wenigen Minuten eine feste Verbindung mit dem Knochen ein und können nach der Operation mit vollem Körpergewicht belastet werden. Unzementierte Prothesenschäfte hingegen wachsen erst innerhalb einiger Wochen in den Knochen ein, weshalb nach der Operation eine temporäre Teilbelastung sinnvoll ist.

Kurzschaffprothesen

Kurzschaffprothesen sind besonders knochensparende, nicht zementierte Prothesenschäfte. Im Vergleich zu konventionellen unzementierten Prothesen weisen sie einen kürzeren Prothesenschaft auf und verankern sich ausschließlich im oberen Anteil des Oberschenkelknochens.

Hierdurch kann bei einem potentiellen späteren Prothesenwechsel besonders viel Knochengewebe erhalten bleiben und bei dem Prothesenwechsel ein konventioneller Schaff eingesetzt werden kann

Darüber hinaus ist bei der Operation eine besondere Schonung der Muskulatur möglich. Kurzschaffprothesen können

bei sehr guter Knochenqualität bei jüngeren Patienten eingesetzt werden, bei denen keine Fehlstellung der Hüfte und kein Übergewicht vorliegt. Da diese Prothese in einem relativ kleinen Bereich in den Oberschenkelknochen einwachsen muss, ist nach dem Eingriff eine temporäre Teilbelastung des Beines erforderlich.

Ablauf im Krankenhaus

Die Mobilisierung unserer Patienten wird ab dem ersten Tag nach der Operation vorgenommen. Schrittweise wird das Sitzen auf der Bettkante, das Stehen vor dem Bett, das Gehen mit Unterarmgehstützen oder am Rollator, und im letzten Schritt das Treppensteigen mit unseren Physiotherapeuten geübt. Im Anschluss an die stationäre Behandlung, welche in der Regel 8-10 Tage dauert, erfolgt die weitere Mobilisierung in einer stationären oder ambulanten Rehabilitationseinrichtung.

Aktivitäten mit einem künstlichen Hüftgelenk

Ziel der Behandlung ist, neben der Reduktion der Schmerzen und allgemeinen Erhöhung der Lebensqualität, die Mobilisierung unserer Patienten im Alltag und die Wiederaufnahme von Freizeitaktivitäten. Generell sind gleichmäßige Belastungen für ein künstliches Gelenk günstiger als Sportarten mit abrupten Abbremsbewegungen. Empfehlenswert sind Wandern, Nordic Walking, Radfahren, Schwimmen, Rudern, Gymnastik (Dehnungs- /Kräftigungsübungen) oder auch Skilanglauf (Diagonalschritt). Weniger günstig sind alpines Skifahren, Tennis (Einzel) oder Fußball.