

Hüftprothese – pro und contra

Vor der Implantation einer Hüftgelenksendoprothese muss immer geklärt werden, ob ein Gelenk erhaltender operativer Eingriff sinnvoll und möglich ist. Ob eine Prothese eingesetzt wird, hängt von Leidensdruck, Verschleißzustand des Gelenks, Krankheitsursache und dem Alter des Patienten ab.



Dr. Wolfgang Cordier, Klinik für Orthopädie und spezielle Orthopädische Chirurgie, St. Josef Krankenhaus, Wuppertal

In Deutschland werden pro Jahr rund 210.000 Hüftgelenksendoprothesen implantiert, gut 18% mehr als noch vor acht Jahren. Obwohl der zur Verfügung stehende Gelenkersatz immer besser wird und daher immer mehr Patienten versorgt werden können, stellt sich in jedem einzelnen Fall die Frage, ob noch eine Gelenk erhaltende operative Maßnahme vor der Kunstgelenkversorgung sinnvoll und möglich ist.

Der häufigste Grund für die Implantation einer Hüftgelenksendoprothese ist der Verschleiß des Gelenkknorpels (Coxarthrose). Dabei wird durch jahrzehntelange Belastung – wobei genetische Disposition und individuelle Risikofaktoren wie Übergewicht und Fehlstellung des Gelenkes natürlich eine Rolle spielen – die Knorpelschicht auf



3-fach-Beckenosteotomie-OP mit Pfannenstellungskorrektur

der Gelenksoberfläche so weit zerstört, bis Knochen auf Knochen reibt und starke Schmerzen verursacht. Zusätzlich kommt es hieraus resultierend zu Deformitäten von Kopf und Pfanne im Rahmen des Verschleißprozesses.

Anamnese und Untersuchungsbe- fund sind die Basis der therapeu- tischen Entscheidungen

Zu Beginn jeder therapeutischen Überlegung steht die genaue Analyse der individuellen Vorgeschichte des Patienten sowie insbesondere der Schmerzanamnese. Der Hüftschmerz präsentiert sich in der Regel als typischer Leistschmerz. Belastungsabhängigkeit, Schmerzintensität und Schmerzhäufigkeit stellen die grundlegenden Fragen der Schmerzanamnese dar.

Entscheidungsrelevanz für die zu empfehlende Therapie haben somit der Leidensdruck, der Verschleißzustand des Gelenks und die dem zugrunde liegende Krankheitsursache sowie das Alter des Patienten. Generell kann man sagen: Je jünger der Patient ist, desto eher sind hier Gelenk erhaltende operative Maßnahmen zu favorisieren, da die Langzeithaltbarkeit der Endoprothesen endlich ist.

Heutzutage ist in der Regel davon auszugehen, dass Kunstgelenke eine durchschnittliche Haltbarkeit von ca.

15 Jahren bei regelrechter Implantation und adäquatem Verhalten des Patienten ermöglichen. Findet sich bei einem jüngeren Patienten eine Gelenkfehlstellung, wie z.B. eine Hüftdysplasie, dann ist hier bei noch guter Knorpelsituation immer eine Rekonstruktions-Maßnahme, d.h. eine operative Korrektur der Gelenkfehlstellung angezeigt. Es handelt sich hierbei um aufwendige, komplexe rekonstruktive Operationen, die entsprechenden Hüftzentren vorbehalten sein sollten.

Neben der häufigsten knöchernen Hüftdeformität der Hüftdysplasie stellt das sogenannte femoro-acetabuläre Impingement die häufigste zur Hüftarthrose führende Deformität dar. Bei mangelhaften Überdachungen des Hüftkopfes (Hüftdysplasie) wird die fehlstehende Hüftpfanne durch eine dreifache Knochendurchtrennung im Beckenbereich mobilisiert und ihre Position anschließend korrigiert, um eine normale Hüftüberdachung als Ziel der Operation zu erlangen. Beim sogenannten Impingement handelt es sich um einen knöchernen Anschlag des Hüftgelenks, insbesondere bei tiefer Hüftbeugung mit einer zunehmenden Zerstörung des Gelenkknorpels. Das Ziel der Operation ist, die knöchernen Beweglichkeit des Hüftgelenks wieder zu verbessern, um den langfristigen Verschleiß des Gelenks zu verhindern.

Ist jedoch der Hüftgelenksverschleiß derart fortgeschritten, dass Gelenk erhaltende korrigierende Operationsmaßnahmen nicht mehr infrage kommen, und zeigt der Patient einen nicht mehr tolerablen Leidensdruck, der mit konservativen, nicht operativen Therapiemaßnahmen nicht mehr zu beherrschen ist, dann steht die Kunstgelenkversorgung (Hüft-Totalendoprothese) am Ende der therapeutischen Möglichkeiten.

Die Hüft-Totalendoprothese ist eine segensreiche, sehr erfolgreiche operative Maßnahme, die in aller Regel dem schmerzgeplagten Coxarthrose-Patienten wieder eine schmerzfreie Beweglichkeit und Mobilisierung ermöglicht. Sicherlich stellt die Hüft-Totalendoprothese die letzte Möglichkeit im Rahmen der verschiedenen auch operativen Therapieformen dar und bleibt für den Patienten mit vollständigem Hüftgelenksverschleiß die Therapiemaßnahme der Wahl.

Moderne, zementfrei implantierte Hüftprothesen-Komponenten zeigen in Langzeitstudien eine Haltbarkeit von 15 bis 20 Jahren, sofern es sich um bewährte Implantate handelt, die mit entsprechend hoher Erfahrung und Exaktheit operativ implantiert wurden.

Als orthopädisches Operationszentrum im Krankenhaus St. Josef in Wuppertal implantieren wir jährlich ca. 1.000 Totalendoprothesen bei fortgeschrittenem Gelenkverschleiß von Hüfte, Knie, Schulter, Sprung-, Ellenbogen- und Handgelenk sowie auch eine große Zahl an rekonstruktiven Eingriffen bei Gelenkfehlstellungen zum Erhalt des eigenen Gelenks.

Schlüssel der erfolgreichen Therapie ist eine exakte Analyse des individuellen Patienten, dessen differenzierte Beratung sowie gegebenenfalls die richtige Operation, die mit hoher Erfahrung durchgeführt werden sollte.

| www.dr-cordier.de |
| www.cellitinnen.de |