

Ihre neue Hüfte

Liebe Patientin, lieber Patient,

Ihr Hüftgelenk ist abgenutzt, Sie leiden an einer sogenannten Coxarthrose. Tägliche Schmerzen, nächtliche Schmerzen, Behinderung beim Gehen und die zunehmende Einsteifung Ihrer Hüfte haben Ihren Arzt dazu veranlasst, Ihnen das Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenkes zu empfehlen. Sie haben sich nun entschlossen, diesen Eingriff durchführen zu lassen.

Das vorliegende Büchlein soll Ihnen helfen, sich gut auf die Operation vorzubereiten. Es soll Sie aber auch zur Mitarbeit anregen, um ein möglichst gutes Ergebnis zu erzielen, denn Ihre neue Hüfte muß ihren Dienst viele Jahre, wenn möglich für immer und ohne Störungen versehen.

Im folgenden werden alle die Probleme besprochen, die für Sie von Wichtigkeit und Interesse sind. Selbstverständlich soll dieses Büchlein das Gespräch mit Ihrem Arzt, mit dem Narkosearzt, mit der Krankenschwester oder dem Pfleger und mit dem Krankengymnasten nicht ersetzen. Stellen Sie ruhig alle Fragen, die Sie interessieren und denken Sie daran, daß es keine dummen Fragen, höchstens dumme Antworten gibt!

Patienteninformation

Allgemeines zum künstlichen Hüftgelenk

Weltweit werden ca. 2,8 Mio. künstliche Hüftgelenke pro Jahr eingesetzt. In Deutschland beträgt die Zahl ca. 120.000. In unserer Klinik werden etwa 500 Implantate jährlich eingesetzt.

- ▲ In Deutschland werden jährlich 120.000 künstliche Hüftgelenke eingesetzt.

Wann soll ein Hüftleiden operiert werden?

Bei einem Hüftleiden kann der Patient an Bewegungsschmerzen, Ruheschmerzen, Steifheit, Fehlstellung mit eingeschränkter Beweglichkeit sowie Muskelschwäche leiden.

Ursache dafür können ganz verschiedene krankhafte Zustände sein:

- Entzündungen (Arthritis)
- Abnutzung des Knorpelüberzuges (Arthrose)
- Absterben von Knochengewebe (Nekrose)
- Folgezustände nach Knochenbrüchen
- angeborene Hüftleiden wie Verrenkungen oder Fehlstellungen des Hüftgelenkes

Diese Zustände können verschieden stark und miteinander kombiniert auftreten.



schwere Arthrose des Hüftgelenkes mit verschmälertem Gelenkspalt und Knochenneubildungen (Osteophyten)

normales Hüftgelenk mit klaren Konturen und normal weitem Gelenkspalt

Die Behandlung einer Coxarthrose erfolgt zuerst grundsätzlich konservativ, d.h. ohne Operation wie z.B. durch Krankengymnastik, physikalische Maßnahmen (Packungen, Bäder, Elektrotherapie usw.) und/oder Medikamente. An Medikamenten werden vor allem schmerzstillende und entzündungshemmende Substanzen angewandt.

In der Krankengymnastik ist es besonders wichtig, daß Sie „als Hüftkranker“ unter Anleitung eine sogenannte „Hüftdisziplin“ erlernen, d.h. mit Ihrer Hüfte umzugehen lernen. Weitere zusätzliche Maßnahmen sind z.B. das Gehen an einem Stock, Gewichtsreduktion, Verwendung technischer Hilfsmittel (Greifzange zum Anziehen der Strümpfe, Pufferabsätze, Gehstock), Änderung der Arbeitsbedingungen, eventueller Berufswechsel usw.

Grundsätzlich soll die Entscheidung für eine Operation dann fallen, wenn Sie Ihren Zustand nicht mehr aushalten können oder täglich Medikamente zu sich nehmen müssen. Es sind also in erster Linie Sie, der Patient selbst und nicht der Arzt, der den Zeitpunkt der Operation festlegt.

Der Erfolg der Operation ist (von seltenen Ausnahmen abgesehen) gleich gut, ob es sich um ein nur wenig oder ein stark abgenutztes, aber in jedem Fall schmerzhaftes, Gelenk handelt.

Dabei müssen Sie als Patient jedoch berücksichtigen, daß das Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenkes in der Regel keine Notfalloperation darstellt und die Zahl der Patienten, die auf eine solche Operation warten, groß ist. Deshalb sind Wartezeiten unumgänglich. Bedenken Sie bitte auch, daß alle auf der Warteliste stehenden Patienten ähnliche Schmerzen zu erdulden haben und ein Recht auf eine baldige Behandlung haben, wie Sie selbst.

Wie bereite ich mich als Patient am besten auf die Operation vor?

Der Einbau einer Hüftprothese ist in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ein geplanter Eingriff, auf den Sie sich

Patienteninformation

vorbereiten können, um das Operationsrisiko so klein wie möglich zu halten.

Sie sollten sich in einem möglichst guten Allgemeinzustand befinden. Bei einer bestehenden Infektion, z.B. des Rachens, der Zähne, der Lungen oder der Blase, muß der Eingriff bis zur Abheilung dieser Infektion aufgeschoben werden. Die Haut muß im Operationsgebiet gesund sein und darf keine Pusteln oder sonstige Reizungen aufweisen.

Ihr Allgemeinzustand ist Ihrem Hausarzt besser bekannt als uns, weshalb wir Ihnen empfehlen, sich wenige Wochen vor der Operation von diesem untersuchen zu lassen. Eine eventuell erforderliche medikamentöse Vorbereitung, z.B. mit Herz- oder Kreislaufmitteln kann dann in Ruhe eingeleitet werden. Sollten Sie unter einer Schilddrüsenfehlfunktion leiden, müssen die Schilddrüsenwerte vor der Operation nochmals bestimmt werden. Gewohnte Medikamente sollten bis zur stationären Aufnahme eingenommen und im Krankenhaus vorgewiesen werden.

- ▲ Bei vorhandenen Begleiterkrankungen lassen Sie sich von Ihrem Hausarzt durchuntersuchen und optimal auf die Operation vorbereiten.

Trotzdem müssen bei Krankenhausaufnahme noch gewisse Routine-Untersuchungen durchgeführt werden, um eine optimale Sicherheit für die Operation zu erlangen.

5 Tage vor der Operation müssen Sie die Einnahme von Acetyl-Salizylsäure (ASS, Aspirin) unterlassen, da dieses Präparat die Blutungsneigung während der Operation erhöht.

Sollten Sie Antidepressiva einnehmen, müssen diese 3 Wochen vor der Operation abgesetzt werden.

Wenn Sie Marcumarpatient sind, nehmen Sie bitte das Marcumar bis zur Krankenhausaufnahme weiter ein. Im Krankenhaus werden Sie dann auf Heparin umgestellt und können einige Tage später, wenn die Blutgerinnungswerte in Ordnung sind, operiert werden.

Vor der Operation sollten Sie, falls Sie übergewichtig sind, möglichst eine Gewichtsreduktion durchführen.

Auch möchten wir Ihnen sehr dazu raten, das Rauchen zu unterlassen, um dadurch mitzuhelfen, das Risiko einer Lungenkomplikation so gut wie möglich zu vermindern.

Zur Aktivierung Ihres Kreislaufs sollten Sie sich bis zur Operation viel bewegen und keineswegs „die Hüfte schonen“.

Zur stationären Aufnahme bitten wir Sie, Ihre gesamten Medikamente, Röntgenbilder und die sich in Ihrem Besitz befindlichen Unterlagen über durchgemachte Krankheiten oder Operationen mitzubringen.

Die Operation selbst erfolgt in der Regel am Tag nach der Krankenhausaufnahme.

- ▲ Bitte alle verfügbaren Unterlagen über Medikamente, Röntgenbilder, durchgemachte Krankheiten oder Operationen mitbringen.

Eigenblutspende

Während der geplanten Hüftoperation entsteht zwangsläufig ein gewisser Blutverlust, welcher in der Regel Blutübertragungen erforderlich macht. Um allergische Reaktionen oder eine Übertragung von Infektionskrankheiten irgendwelcher Art durch die Gabe von Fremdblut zu verhindern, empfehlen wir eine Eigenblutspende. Hierzu werden Ihnen drei Eigenblutkonserven in wöchentlichen Abständen abgenommen.

- ▲ In der Regel werden vor einer Hüftgelenksoperation drei Eigenblutkonserven entnommen.

Zur Vermeidung eines Eisenmangels ist gleichzeitig die Einnahme von Eisentabletten notwendig. Die Ihnen entnommenen Blutkonserven stehen dann während und unmittelbar nach der Operation für den Ersatz des entstandenen Blutverlustes zur Verfügung.

Patienteninformation

Entsprechende Einzelheiten bespricht der Arzt mit Ihnen während der ambulanten Untersuchung, bei welcher die Operation zum Hüftgelenkersatz beschlossen wird.

Um festzustellen, ob eine Eigenblutspende zur gegebenen Zeit in Ihrem Fall sinnvoll ist, werden Sie noch zusätzlich unseren Anästhesisten (Narkosearzt) vorgestellt. Wird dann eine Eigenblutspende befürwortet, sollten Sie Ihren Hausarzt aufsuchen, damit er die notwendigen Laboruntersuchungen veranlassen kann. Im Rahmen des Hausarztberichtes ist er dann über die notwendigen Vorkehrungen bereits informiert und wird Ihnen auch die erforderlichen Eisentabletten verschreiben.

Für die Orthopädische Klinik des Knappschaftskrankenhauses Püttlingen sind die Eigenblutentnahmen in Zusammenarbeit mit der Anästhesiologischen Klinik des Hauses organisiert.

Nützliche Gegenstände für Ihren Krankenhausaufenthalt

Neben Ihren persönlichen Dingen werden Ihnen folgende Gegenstände nützlich sein:

- Feste, haltgebende Schuhe, wenn möglich mit Gummisohlen
- Langer Schuhlöffel
- Morgenrock oder Bademantel, möglichst mit Gürtel
- Sonstige Hilfsmittel, die Sie bereits benutzen
- Trainingsanzug

Narkose - Teilnarkose oder Vollnarkose?

Ein Teil unserer Patienten wird heute nicht mehr in Vollnarkose, sondern unter anderen Narkoseverfahren (z.B. Spinalanästhesie) operiert. Sie erhalten zusätzlich ein Beruhigungsmittel, können aber die Operation mitverfolgen, ohne Schmerzen zu verspüren. Wenn Sie es wünschen, haben Sie die Möglichkeit, während der Operation über Kopfhörer Musik zu hören. Wenn Sie diesbezüglich einen

besonderen Wunsch haben, können Sie auch ihre eigene Tonbandkassette zur Operation mitbringen.

Falls Sie Angst davor haben, die Operation im wachen Zustand miterleben, kann Ihnen der Anästhesist ein Schlafmittel verabreichen, ohne daß Sie deswegen voll narkotisiert werden müssen. Örtliche Betäubung hat den großen Vorteil eines geringen Blutverlustes und einer geringeren Beeinflussung des Allgemeinzustandes. Die Wirkung der Betäubung hält etwa 4 Stunden an. Auch nach der Operation verspüren Sie somit während einiger Stunden keine Schmerzen. Nicht durchführbar sind diese Narkoseformen bei Patienten, die unter Blutverdünnung (Antikoagulation) operiert werden müssen oder eine Rückenoperation hinter sich haben.

Zu bemerken ist, daß die Vollnarkose für bestimmte Fälle, trotz vieler Vorteile der Regionalanästhesie, ein ausgezeichnetes Narkoseverfahren darstellt.

Welche Art der Betäubung Sie wählen möchten, können Sie am Tag vor der Operation in aller Ruhe mit dem Narkosearzt besprechen. Er wird Sie persönlich beraten.

Die Wahl des künstlichen Hüftgelenkes

Die Endoprothetik, d.h. die Wissenschaft des künstlichen Hüftgelenkes, hat in den letzten 2 Jahrzehnten große Fortschritte gemacht. Heute stehen uns eine große Anzahl von Prothesenmodellen zur Wahl.

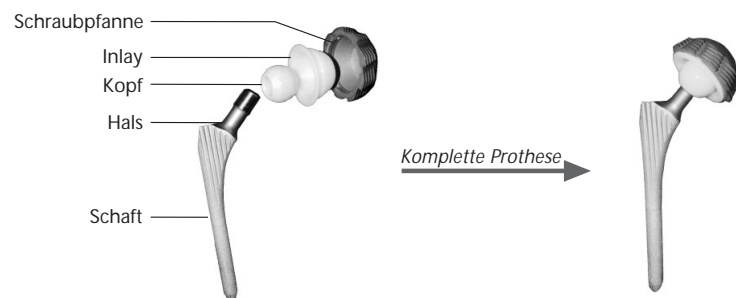
Grundsätzlich besteht ein solches künstliches Hüftgelenk aus zwei Hauptkomponenten:

- einer künstlichen Hüftgelenkpfanne
- einem Prothesenschaft

Die künstliche Hüftgelenkpfanne setzt sich bei modernen Gelenken aus zwei Teilen zusammen:

- einer Metallschale, die außen so geformt ist, daß ein festes Einwachsen in das Knochenlager des Beckens eintritt

Patienteninformation



- einem Einsatz (Inlay) aus einem abriebfesten Kunststoff (z.B. Polyäthylen), der in die Metallschale eingesetzt wird; er besitzt eine dem künstlichen Kopf entsprechende kugelige Einsenkung als eigentliche Gelenkfläche

Der Prothesenschaft, auch Prothesenstiel genannt, besitzt einen zum Gelenk gerichteten Prothesenhals, auf den bei der Operation ein entsprechender künstlicher Hüftkopf aufgesetzt wird.

Eine solche modulare Zusammensetzung von verschiedenen Teilen erlaubt intraoperativ deren Angleichung an die Maße Ihres persönlichen Hüftgelenkes.

Was nun die Art der Befestigung (Verankerung) des künstlichen Hüftgelenkes im Knochenlager des Beckens und des Oberschenkels betrifft, so unterscheidet man heute zwischen:

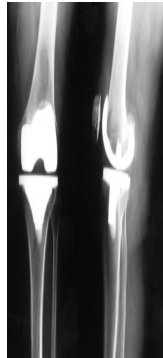
- zementierten Prothesen
- zementfreien Prothesen
- hybriden Prothesen



Bei zementierten Prothesen werden sowohl die künstliche Pfanne im Becken als auch der Prothesenschaft im Oberschenkel mit dem sogenannten Knochenzement verankert.

Knochenzement hat dabei mit dem Zement, wie er beim Betonieren von Bauwerken angewendet wird,

sehr wenig Ähnlichkeiten. Der Knochenzement ist ein Kunststoff, welcher aus zwei Komponenten, einem Pulver und einer Flüssigkeit, besteht und kurz vor der Anwendung, ähnlich wie eine Zahnfüllung bei Ihrem Zahnarzt, angemacht und als breiähnliche Substanz in das Knochenlager zwischen der künstlichen Pfanne und dem Prothesenschaft verfüllt wird und in Minutenschnelle aushärtet, so daß anschließend das Kunstgelenk fest im Knochen verankert ist.



Bei zementfreien Prothesen werden sowohl Pfanne als auch Prothesenschaft direkt im Knochen verankert. Deshalb sind diese Prothesenteile so gestaltet, daß sie sich, wie zum Beispiel die Pfanne, wie eine große Schraube in den Knochen eindrehen, oder wie beim Prothesenschaft durch entsprechende Formen in den Markraum des Oberschenkels passgenau einklemmen läßt.



Unter hybriden künstlichen Hüftgelenken versteht man einen Gelenktyp, bei dem die künstliche Pfanne zementfrei und der Prothesenschaft mit Knochenzement eingesetzt wird.

Jedes dieser drei Verankerungsprinzipien hat seine besonderen Vorteile, so daß von Fall zu Fall der erfahrene Operateur die Entscheidung darüber fällt, welche dieser Verankerungsmethoden in Ihrem persönlichen Fall für Sie die meisten Vorteile bietet.

Patienteninformation

Für alle drei Verankerungsmethoden gilt, daß Ihr Knochen sich im Verankerungsbereich durch innere Umbauvorgänge sozusagen an die Prothese „gewöhnen“ muß. Dies dauert im wesentlichen ca. 6 Wochen. In dieser Zeit müssen Sie nach der Operation auch das operierte Hüftgelenk entlasten.

Während der Operation (Operationsverlauf)

Durch einen seitlichen Hautschnitt von etwa 20 cm Länge gelangt der Operateur zum erkrankten Hüftgelenk. Dabei müssen Muskeln vom Knochen teilabgelöst werden. Diese Muskeln, bzw. Sehnen werden am Schluß der Operation wieder fixiert, d.h. angenäht. Der Schenkelhals wird durchtrennt und der kranke Gelenkkopf entfernt. Danach wird die Hüftgelenkpfanne zur Verankerung der Titanpfanne vorbereitet und diese dann in korrekter Lage eingesetzt. Anschließend wird der Markkanal des Oberschenkelknochens für die Aufnahme der Schaftprothese vorbereitet. Nach Einsetzen der Schaftprothese, mit oder ohne Knochenzement, wird der Keramikkopf auf den Schaft gesetzt und das Gelenk zusammengefügt und anschließend seine Beweglichkeit geprüft. Um ein Ansammeln von nachsickerndem Blut zu verhindern, werden zwei kleine Schläuche in die Wunde eingelegt. Es erfolgt dann der Wundverschluß. Anschließend wird ein komprimierender Verband angelegt.

- ▲ Die Operation dauert - je nach Schwierigkeitsgrad - 1-2 Stunden.

Für einen Totalprotheseneinbau ist während und nach der Operation mit einem Blutverlust von 0,5 bis 1,5 l zu rechnen. Größere Blutverluste erfordern, vor allem zur Stabilisierung des Herz-Kreislaufsystems, den Ersatz des verlorenen Blutes durch Transfusion. Dieses Blut wird am Vorabend der Operation für jeden Patienten in einer Blutbank bestellt oder steht nach Eigenblutspende für den Patienten schon bereit.

Durch die Planung und während der Operation wird der Operateur dafür sorgen, daß Ihre Beine nach Abschluß der Operation möglichst gleich lang sind. Es muß aber darauf hingewiesen werden, daß das Erreichen dieses Zieles nicht in allen Fällen möglich ist und daß die Erzielung von Stabilität und einer möglichst natürlichen Biomechanik wichtiger sind. Es gibt also Fälle, bei denen eine Beinlängendifferenz, meist eine Verlängerung des operierten Beines, auftreten kann. Diese wird dann mit einer entsprechenden Schuherhöhung auf der Gegenseite ausgeglichen.

Nach der Operation werden Sie noch für eine Stunde im Aufwachraum, vor allem bezüglich Kreislauf und Atmung, überwacht. Ihr Narkosearzt und das ihm zur Seite stehende, speziell ausgebildete Personal, werden bei Ihnen sein und Ihnen, sollten Sie Schmerzen haben, entsprechende Medikamente verabreichen.

Risikopatienten werden eine Nacht auf unserer Intensivstation verbringen.

- ▲ Nach der Operation erfolgt für etwa eine Stunde die Überwachung im Aufwachraum, Risikopatienten kommen für eine Nacht auf die Intensivstation.

Nachbehandlung

Wenn immer möglich, verlassen Sie bereits am ersten Tag nach der Operation, spätestens aber nach zwei Tagen das Bett und werden mit Unterstützung eines Krankengymnasten und des Pflegepersonals auf die Beine gestellt. Diese sogenannte Frühmobilisierung erfolgt vor allem zur bestmöglichen Verhütung von Thrombosen und Lungenembolien.

Um diese schwerwiegende Komplikation zu vermeiden bekommen Sie zusätzlich Kompressionsstrümpfe angezogen und erhalten sogenannte Thrombosespritzen.

Um die Gefahr einer Infektion zu vermindern, wird ein Antibiotikum in 3 Gaben verabreicht: Die erste kurz vor der Ope-

Patienteninformation

ration, die zweite am Abend nach der Operation und die dritte am nächsten Morgen.

Mit der Operation verschwinden in der Regel die früheren Hüftschmerzen. Die 3-4 Tage andauernden Wundschmerzen werden mit entsprechenden Spritzen und Tabletten gelindert.

Um Verkalkungen um das operierte Hüftgelenk herum zu vermeiden, werden sogenannte Antirheumatika gegeben, die auch eine schmerzlindernde Eigenschaft haben.

Während der Operation wird ein Teil der Hüftgelenkkapsel entfernt. Bis sich diese neu gebildet hat, was in der Regel 6 Wochen dauert, wird das Gelenk vor allem durch die Muskelspannung zusammengehalten. Durch „ungeschickte Bewegungen“ kann es deshalb zum Auskugeln der Prothese kommen. Um einer solchen Luxation vorzubeugen, sollen Ihre Beine mindestens während der ersten 2 Wochen im Bett leicht gespreizt gelagert sein. Zudem sollte das operierte Bein leicht nach innen gedreht liegen.

Die Luxation einer Hüfte wird durch eine Außendrehung und gleichzeitige Anspannung des Beines begünstigt. Sollte es in seltenen Fällen einmal zum Auskugeln des Hüftkopfes kommen, so bereitet das Wiedereinrenken der Prothese in der Regel keine Schwierigkeiten.

In der linksstehenden Abbildung sehen Sie die korrekte Lagerung (Abspreizung und Innendrehung des operierten linken Beines)



Korrekte Lagerung

Luxationsgefahr

Dagegen sind die drei rechtsstehenden Haltungen unbedingt zu vermeiden, da sie zu Luxationen führen können (Anspreizen und Außendrehen des operierten linken Beines).

Unter das Knie sollte kein Kissen geschoben werden, damit eine Beugefehlstellung (unvollständige Streckung des Hüftgelenkes) vermieden wird.



- ▲ Diese Lagerungshinweise müssen Sie während 6 Wochen beachten, damit eine Luxation des operierten Gelenkes vermieden wird.

Die aus der Wunde führenden zwei kleine Schläuche werden nach der Operation noch Gewebeflüssigkeit fördern und verhindern damit ausgedehnte Blutergüsse. Diese Schläuche werden nach 2 Tagen entfernt. Bis zu diesem Zeitpunkt wird auch der elastische Kompressionsverband belassen. Auch nach Entfernen der Schläuche kann es noch einige Tage zum Austritt von Wundflüssigkeit kommen. Nach 5-6 Tagen ist die Wunde meist trocken, so daß nur noch ein Pflasterverband erforderlich ist. Bei ungestörter Wundheilung können die Hautfäden, bzw. Klammern nach 14 Tagen entfernt werden.





Wasserlassen ist nach der Operation wegen der Betäubung und der Operation selbst schwierig, weshalb das Einlegen eines Katheters in die Blase für ein bis zwei Tage notwendig ist.

In der Regel dürfen Sie nach einer Woche sitzen, am Tisch essen und die normale Toilette benutzen. Vor der Krankenhausentlassung erlernen Sie das Treppensteigen.

Um dem Knochen und den gelenkumgebenden Weichteilen (Sehnen, Muskeln usw.) Gelegenheit zur Anpassung an die neue Situation zu geben, sollte das operierte Bein in der Regel 6 Wochen entlastet werden. Für diese Zeit gehen Sie an zwei Unterarmgehstützen. Schon vor der Operation werden Sie von einem Krankengymnasten ausführlich instruiert. Beim Gehen darf der Fuß abgerollt und das Bein mit etwa 5-10 kg belastet werden. Wieviel 5-10 kg Belastung ausma-





Patienteninformation





chen, können Sie selbst schon vor der Operation zuhause auf Ihrer Waage erlernen. Der Zeitpunkt, zu dem eine volle Belastung des neuen Gelenkes erlaubt ist, wird Ihnen vom nachbehandelnden Arzt mitgeteilt. Unter bestimmten Umständen ist eine längere Entlastung des operierten Gelenkes angezeigt. Dieses ist speziell bei zementfrei fixiertem Prothesenschaft der Fall, da dem Knochen zuerst Gelegenheit gegeben werden muß, in die Oberfläche des Prothesenschaftes einzuwachsen und ihn so zu verankern. Zementfrei fixierte Endoprothesenschäfte werden in der Regel 6-8 Wochen entlastet.

Wenn Ihre Beine nach erfolgter Hüftoperation eine unterschiedliche Länge aufweisen sollten, wird eine entsprechende Schuherhöhung auf der verkürzten Seite erfolgen. Sobald das operierte Bein wieder voll belastet wird, sollte die Beinlänge nochmals kontrolliert werden und eine endgültige Schuhversorgung erfolgen.



Eine erste klinische Untersuchung und Röntgenkontrolle nach Krankenhausentlassung ist 6 Wochen nach der Operation erforderlich. Der untersuchende Arzt wird Ihnen dann in der Regel die volle Belastung des Gelenkes erlauben. Gewöhnlich werden dann auch die Thrombosespritzen abgesetzt und die Kompressionsstrümpfe weggelassen. Die Krankengymnastik wird in der Regel für 1-2 Monate fortgesetzt. Unter allen Umständen empfehlen wir eine weitere Nachkontrolle 1 Jahr nach der Operation. Nach einem Jahr können meist schon recht exakte Aussagen über die weitere Prognose und Haltbarkeit des Gelenkes gemacht werden.



Die Nachbehandlung ist nicht in allen Fällen gleich. Manchmal müssen bei der Operation mehr Sehnen oder Knochen abgelöst werden, oder es ist zur Verankerung der Prothesenteile ein Knochenaufbau notwendig. In allen diesen Fällen wird die Nachbehandlung von der Norm abweichen. Der Arzt wird Ihnen dies gleich nach der Operation im Detail erklären.

In der Regel 2-3 Wochen nach der Operation können Sie nach Hause oder in eine Rehabilitationsklinik entlassen wer-

den. Wenn Sie sich nach Hause begeben, sollte die krankengymnastische Betreuung ambulant (2-3 mal wöchentlich) fortgeführt werden.

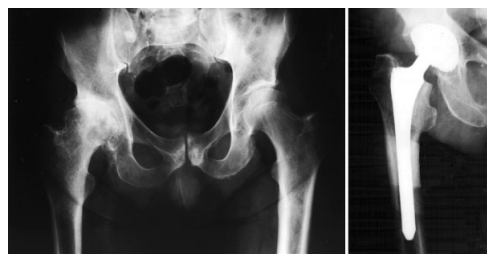
Wie bereits erwähnt, ist die Zahl der Patienten groß, die auf eine Hüftoperation warten, weshalb auch der Krankenhausaufenthalt nur so lange dauern kann, als dies aus medizinischen Gründen notwendig ist. Für manche Patienten, vor allem für Alleinstehende, ist es aber nicht möglich, bereits nach 2 Wochen in die eigene Wohnung zurückzukehren. Von einer Reihe von Patienten wird deshalb eine Anschlussheilbehandlung in einem Rehabilitationszentrum gewünscht.

Gerne besprechen wir dieses Problem mit Ihnen.

Röntgenkontrollen

Ihr neues Hüftgelenk wird erstmals noch im Operationssaal direkt nach Implantation geröntgt, um eine Kontrolle über Stellung, Festigkeit usw. der Prothese zu erhalten. Die 2. und 3. Röntgenkontrolle erfolgt nach 2 Tagen und 6 Wochen. Ist bis dahin alles den Umständen entsprechend in Ordnung, darf das Kunstgelenk in der Regel voll belastet werden, d.h. der Patient kann die Gehstützen weglassen. Mit der Vollbelastung ist es meistens auch nicht mehr notwendig, die Stützstrümpfe zu tragen.

Weitere Röntgenkontrollen können 3 und/oder 6 Monate nach der Operation angezeigt sein. Es empfiehlt sich aber auf alle Fälle eine Kontrolle 1 Jahr nach der Operation.



Patienteninformation

Wie soll ich mich mit dem neuen Hüftgelenk verhalten?

Allgemeine Regeln

In den ersten zwei Monaten nach der Operation sollten Sie folgende Bewegungen nicht durchführen:

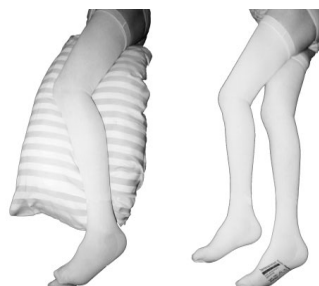
- Beugen des Oberkörpers mehr als 90 Grad nach vorne
- Im Stehen Heben des Knies der operierten Seite höher als das Hüftgelenk
- Überkreuzen der Mittellinie mit dem operierten Bein
- Außendrehung des operierten Beines, z.B. Sitzen mit überschlagenen Beinen



Luxationsgefahr

Sitzen

Etwa eine Woche nach der Operation dürfen Sie sich aufsetzen. Benutzen Sie auch zuhause einen Stuhl mit Rückenlehne, der ein aufrechtes Sitzen ermöglicht und der auch mit Armlehnen zum Abstützen der Arme ausgestattet ist. Vermeiden Sie Stühle, die niedriger sind als Ihre Kniehöhe. Gemütliche Polstersessel und weiche Sofas sollten deshalb ebenfalls gemieden werden.



Lehnen Sie sich beim Sitzen auch nicht nach vorne und überkreuzen Sie die Beine nicht. Wenn Ihr Toilettensitz wesentlich unter Kniehöhe liegt, sollten Sie für etwa 3 Monate einen Aufsatzring besorgen, der auf einfache Weise einer Erhö-

hung von etwa 15 cm schafft (erhältlich in Sanitätsgeschäften).



Korrektes Sitzen

Luxationsgefahr

Liegen

Am besten ist, Sie liegen im Bett auf dem Rücken. Wenn Sie so nicht schlafen können, dürfen Sie unter Umständen mit Erlaubnis des Arztes auf der nicht operierten Seite liegen, müssen dann aber das Kniegelenk der operierten Seite mit einem breiten, festen Kissen unterstützen, damit das operierte Bein nicht zur Gegenseite fällt und es so zu einem Auskugeln des Gelenkes kommt. Diese Lagerungshinweise müssen Sie während sechs Wochen beachten.

Befolgen Sie genau die Anweisungen der Krankenschwester bzw. des Pflegers und des Krankengymnasten wenn Sie im Bett liegen oder aus dem Bett steigen.

Sexuelle Aktivitäten

Viele Patienten haben nach einer Hüftoperation Fragen bezüglich des Geschlechtsverkehrs, wagen diese aber nicht zu stellen. Wenn diesbezüglich irgendwelche Unklarheiten bestehen sollten, können Sie diese jederzeit mit Ihrem Stationsarzt besprechen.

Sexuelle Aktivitäten sind grundsätzlich unter Beachtung der zuvor angegebenen Regeln möglich.

Patienteninformation

Ein- und Aussteigen ins, bzw. aus dem Auto

Nach etwa 2 Wochen dürfen Sie das Krankenhaus verlassen und werden voraussichtlich im eigenen Auto oder in einem Taxi nach Hause gefahren. Bitte beachten Sie, wie Sie in das Auto ein- und aus diesem wieder aussteigen sollen:

- Das Auto soll am besten etwa 50 cm vom Randstein entfernt geparkt werden.
- Der rechte Vordersitz soll möglichst weit nach hinten verschoben werden.
- Setzen Sie sich mit dem Rücken quer zum Auto auf den rechten Vordersitz, bewegen Sie das Gesäß dann nach rückwärts; lehnen Sie sich dabei nicht zu stark nach vorne
- Nehmen Sie Ihre Beine nach innen und drehen Sie sich in Fahrtrichtung
- Das nicht operierte Bein hilft dabei dem operierten Bein durch Unterstützung

Das Führen eines Fahrzeuges ist nach der Operation am linken Bein, je nach Fahrzeug (Automatik) schon 6 Wochen nach der Operation, bei Operation am rechten Bein nach 2 Monaten erlaubt.

Komplikationen

Jede auch noch so kleine Operation ist mit einem bestimmten Risiko behaftet. Die Höhe dieses Risikos ist, außer von der Art der Operation vor allem vom Alter, vom Allgemeinzustand, von Restfolgen durchgemachter Krankheiten, dem Körpergewicht, und nicht zuletzt aber auch von der seelischen Einstellung des Patienten zu seiner Krankheit und zur Operation abhängig.

Lassen Sie sich durch die anschließenden Hinweise auf mögliche Komplikationen nicht beunruhigen. Sie gehören aber zur umfassenden Orientierung über den bevorstehenden Hüfteingriff.

Falls Sie nach der Operation zunehmende Hüftschmerzen, Narbenschmerzen, Wadenschmerzen, Atembeschwerden, Beinschwellungen, eine Rötung oder ein Fließen der Wunde verspüren, so rufen Sie Ihren Hausarzt oder uns direkt im Krankenhaus an.

Höheres Alter allein ist kein Grund, eine Operation nicht durchzuführen. Es bedeutet jedoch, daß sich häufiger Restfolgen abgelaufener Erkrankungen des Herzens, der Lunge, der Nieren usw. vorfinden, die ihrerseits das Operationsrisiko erhöhen. Es darf aber nicht übersehen werden, daß auch das Nichtoperieren mit einem Risiko behaftet sein kann, wenn durch die Schmerzen der Patient sich immer weniger bewegt, seine Selbständigkeit abnimmt, die Unfallgefahr dadurch steigt und der Knochen durch Untätigkeit brüchiger wird (Osteoporose), womit auch die Gefahr eines Schenkelhalsbruchs wächst. Zusätzlich bedeutet Unbeweglichkeit auch Vereinsamung und als Folge davon eventuell depressive Verstimmung.

Thrombose- und Lungenembolie

Die wohl gefürchtetste Komplikation nach der Operation ist die Lungenembolie. Sie entsteht aus einer Thrombose, d.h. aus einem Blutgerinnsel in den Venen, meistens in den tiefen Beinvenen der operierten Seite.

Um diese Komplikation zu verhindern, wird bei allen unseren Patienten die Blutgerinnbarkeit durch Medikamente herabgesetzt (Antikoagulation). Zwar gelingt es nicht in allen Fällen, eine Thrombose zu verhüten, die gefährlichen Lungenembolien sind dadurch aber sehr selten geworden. Die Verdünnung des Blutes bewirkt andererseits, daß es bisweilen zu einer Nachblutung in dem Wundgebiet kommt. Eine solche Blutung kann Schmerzen bereiten und die Einnahme von Schmerzmitteln nötig machen.

Es handelt sich aber (verglichen mit einer Embolie) um eine harmlose Komplikation, da das Blut in der Regel von selbst vom Körper wieder aufgesogen wird.

Patienteninformation

Zur Vorbeugung einer Lungenembolie vermeiden wir eine längere Bettruhe, weshalb unsere Patienten meist schon am folgenden Tag, spätestens nach 2 Tagen aufstehen müssen (Frühmobilisation).

Eine intensive und regelmäßig durchzuführende Atemgymnastik, die Ihnen von unserem Krankengymnasten gezeigt wird, ist ebenfalls wichtig, um Lungenembolien zu vermeiden. Die Atemgymnastik dient auch der Vorbeugung von Lungenentzündungen.

Nach der Operation müssen zur Thrombose- und Embolieverhütung die Beine bandagiert oder „Thrombosestrümpfe“ angezogen werden. Das nicht operierte Bein wird 2 Wochen lang bandagiert bzw. mit einem Thrombosestrumpf versorgt, das operierte so lange, bis es wieder voll belastet wird, was in der Regel nach 6 Wochen der Fall ist.

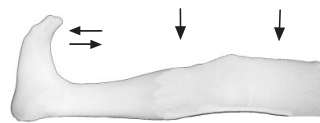
- ▲ Zur Vorbeugung gegen eine Thrombose und Embolie werden blutverdünnende Medikamente verabreicht und Thrombosestrümpfe angezogen.

Wichtig ist auch, daß Sie die im folgenden beschriebenen Übungen regelmäßig durchführen. Der/die Krankengymnast/-in gibt Ihnen schon vor der Operation die hierzu notwendigen Anleitungen.

Übungen zur Thromboseprophylaxe und Erhalt der Muskulatur:

- Anspannen der Ober- und Unterschenkelmuskulatur
- Anspannen der Gesäßmuskulatur

3 mal hintereinander jeweils 10 Sekunden die Muskulatur mit maximaler Kraft anspannen, und dies mehrmals am Tag, wenn möglich stündlich.



Je häufiger Sie anspannen, desto kräftiger wird Ihre Muskulatur!

- Füße und Zehen mehrmals am Tag auf und ab bewegen
- Atmen Sie täglich mehrmals tief durch

Infektion

Erhöhte Körpertemperaturen sind in den ersten Tagen nach der Operation die Regel. Länger andauerndes Fieber kann auf ein Bluterguß (Resorptionsfieber) oder beispielsweise einen Harnwegsinfekt hinweisen.

Die Infektion des künstlichen Hüftgelenkes ist die schwerwiegendste lokale Komplikation, die nach einer Operation auftreten kann. In den Anfangszeiten des künstlichen Hüftgelenkersatzes, also vor etwa 30 Jahren, waren 7-10 % der Patienten von dieser Komplikation bedroht. Dieser Prozentsatz liegt heute dank verschiedener Maßnahmen (Reinraumtechnik, Antibiotikaprophylaxe usw.) unter 1 %. Die Infektion eines Hüftgelenkes darf heute auch nicht mehr als unkorrigierbare Katastrophe bezeichnet werden. In den letzten Jahren ist es gelungen, durch entsprechende Maßnahmen (Antibiotika, Abszeßentleerung, Spülungen, eventuell Prothesenwechsel oder gar komplette Prothesenentfernung als äußerste Maßnahme) die Infektsituation zu beherrschen.

Die Besiedlung des Hüftgelenkes mit infektverursachenden Bakterien kann während der Operation zustande kommen, auch wenn sich der Ausbruch des Infektes sehr viel später bemerkbar macht. Es ist aber auch möglich, daß sich bei einer Infektion in Ihrem Körper die Bakterien auf dem Weg des Blutkreislaufes verbreiten und sich in einem Kunstgelenk ansiedeln und dort zur Infektion führen. Aus diesem Grund müssen Sie beim Auftreten jeglicher Infektion, z.B. der Blase, Zähne, Rachen, Stirn- und Kieferhöhlen usw. ihren Hausarzt aufsuchen und sich mit Antibiotika gegen eine Ausbreitung der Infektion abschirmen lassen. Dies gilt ebenso vor der Behandlung von Zahngranulomen (Wurzelbehandlungen) durch Ihren Zahnarzt.

Patienteninformation

- ▲ Beim Auftreten von Infektionen und vor Wurzelbehandlungen suchen Sie bitte Ihren Hausarzt auf, damit er Ihnen Antibiotika verschreiben kann.

Neubildung von Knochen um das operierte Gelenk (Verkalkungen, Verknöcherungen)

In weniger als einem Viertel der Fälle sieht man im Röntgenbild nach der Operation das Auftreten von kleinen Verknöcherungsherden in den Weichteilen um das Hüftgelenk herum. Solche Weichteilverkalkungen sind harmlos und beeinträchtigen die Beweglichkeit des neuen Gelenkes nicht.

In etwa 3 % der Fälle sind diese Verknöcherungen aber so ausgeprägt, daß sie die Bewegungen des Kunstgelenkes stören. Die operative Entfernung solcher Verknöcherungen ist möglich. Dies sollte aber nicht vor Ablauf von 12-18 Monaten geschehen, da sonst damit gerechnet werden muß, daß neue Verknöcherungen (Rezidiv) auftreten.

Um solche ungewollten Verknöcherungen gar nicht erst entstehen zu lassen, wird Ihnen ein besonderes Medikament (Antirheumatikum) verabreicht. Dieses hemmt die Neubildung von Verknöcherungen und sollte während 6 Wochen nach der Operation eingenommen werden. Bei besonders gefährdeten Patienten ist unmittelbar nach der Operation eine einmalige Röntgen-Nachbestrahlung erforderlich.

Prothesenlockerung

Das größte Langzeitproblem des künstlichen Hüftgelenkersatzes ist die Lockerung der Prothese in ihrem knöchernen Lager. Die Gefahr und Möglichkeit der Prothesenlockerung ist auch der wichtigste Grund dafür, warum man selbst heute noch nicht bedenkenlos Prothesen bei jüngeren Patienten einsetzt (unter solchen verstehen wir Patienten, die weniger als 55-60 Jahre alt sind). Dank verbesserter Operationstechnik und der Weiterentwicklung der Implantate konnte die Haltbarkeit der künstlichen Gelen-

ke jedoch erheblich verlängert werden. Damit hat sich auch die Zahl der Zweitoperationen in den letzten Jahren deutlich verringert.

Die Ursachen einer Prothesenlockerung sind vielschichtig. Eine gut zu verstehende Ursache ist die Infektion. Am häufigsten vollzieht sich jedoch die Lockerung ohne Infektzeichen und hat vorwiegend mechanische Ursachen (aseptische Lockerung). Während die Lockerung des Prothesenstiemes im Oberschenkelknochen in der Regel sehr rasch Schmerzen verursacht, kann die Lockerung der Hüftgelenkpfanne längere Zeit beschwerdefrei ertragen werden.

Um erste Anzeichen einer Lockerung früh erkennen zu können, empfehlen wir ab 6 Jahren nach der Operation zweijährliche Röntgenkontrollen und verhindern damit, daß eine beginnende Lockerung übersehen und frühe Hilfe verpasst wird.

Sollten bei Ihnen nach längerer Zeit an der künstlichen Hüfte neue Schmerzen auftreten oder sich vorhandene Schmerzen verstärken, ist es angezeigt, daß Sie sich zu einer Kontrolle melden. Die sichere Feststellung einer Prothesenlockerung ist auch auf dem Röntgenbild nicht immer leicht. Unter Umständen sind Spezialuntersuchungen zur weiteren Abklärung nötig.

In der Regel ist ein sogenannter Prothesenwechsel erst notwendig, wenn der Patient entsprechende starke Beschwerden bekommt oder wenn sich im Röntgenbild Zeichen des Knochenschwunds zeigen.

Sie sollen aber wissen, daß auch ein abgenutztes oder gelockertes künstliches Gelenk mit ebenfalls guten Erfolgsaussichten ersetzt werden kann.

Sportliche Aktivitäten mit einem künstlichen Hüftgelenk

Ein künstliches Hüftgelenk kann sich nicht wie ein normales Gelenk selbst erneuern. Ganz im Gegenteil, es unterliegt den Gesetzen der Mechanik und nützt sich deshalb auch ab.

Patienteninformation

Denken Sie bitte immer daran, daß ein künstliches Hüftgelenk beim normalen täglichen Gebrauch am längsten hält. Sportliche Betätigung kann zu einem höheren Verschleiß führen.

Sportarten, die eher unterlassen werden sollten, sind solche, die mit erheblichen Erschütterungen einhergehen und bei deren Ausübung starke Drehkräfte auf das künstliche Hüftgelenk einwirken. Von Fußball, Handball oder Volleyball, aber auch von Tennis sowie übertriebenem Tanzen raten wir deshalb ab.

Skilanglauf ist erlaubt, doch sollte vom alpinen Skilauf eher abgesehen werden. Bei gut beweglicher Hüfte darf Reitsport, aber auch Golfsport ausgeübt werden.

Sportarten, die wir empfehlen, sind:

- Schwimmen
- Radfahren
- Wandern (nicht auf Asphalt)
- Rudern

Sollten Sie bezüglich einer bestimmten Sportart, die Sie ausüben wollen, Fragen haben, wenden Sie sich bitte an uns, damit wir dieses Problem mit Ihnen besprechen können.



Patienteninformation



Welches Ergebnis können Sie von der Operation erwarten?

Der Einbau einer Hüftprothese ist kein lebensrettender Eingriff und nur sehr bedingt lebensverlängernd. Das Ergebnis wird somit an der Verbesserung der Lebensqualität abgelesen. Schmerzlinderung oder -beseitigung, verbesserte Beweglichkeit des Gelenkes und Verbesserung der Steh- und Gehfähigkeit sind die wichtigsten Kriterien.

In Übereinstimmung mit der Literatur haben 96 % unserer Patienten nach dem Gelenkersatz keine oder nur geringfügige Schmerzen. Alle Patienten mit einem bezüglich Schmerzen schlechten Ergebnis weisen greifbare Komplikationen auf (Infektion, Verkalkungen usw.). Nach Beseitigung dieser Komplikationen dürfen auch diese Patienten mit einem besseren Ergebnis rechnen.

Über 90 % der Patienten können ihre Hüfte über einen rechten Winkel hinaus beugen und die Gehfähigkeit ist bei über 95 % der Patienten wesentlich verbessert gegenüber dem Zustand vor der Operation. Es ist die Regel, daß Patienten, die noch im Arbeitsprozeß stehen, nach der Operation ihre ehemalige berufliche Tätigkeit wieder aufnehmen.

Sollten Sie noch irgendwelche Fragen haben, wenden Sie sich bitte an uns. Wir sind jederzeit gerne bereit, Ihre Fragen in einem persönlichen Gespräch zu beantworten.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr orthopädisches Ärzteteam unter Leitung von
Chefarzt Prof. Dr. med. K. Diehl