

Arthrose von Hüftgelenk und Kniegelenk - was gibt es Neues?

Zu dieser Frage informierte im Detail Frau Prof. Dr. med. habil. Anke Eckardt, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Hirslanden Klinik Birschhof.



Kniearthrose
kann heute gut
behandelt werden

Hüft- und Kniegelenkersatzoperationen werden in der Schweiz immer häufiger durchgeführt und mit Zunahme der älteren Bevölkerung steigt diese Tendenz weiter an.

Arthrose betrifft aber nicht nur ältere Menschen. Auch jüngere und sportliche Menschen sowie Übergewichtige sind nicht selten davon betroffen.

Wie die Hüft- und Kniegelenkarthrose behandelt wird und welche neueren Behandlungsoptionen zur Verfügung stehen, waren die Kernthemen dieses Vortrages.

Was ist Arthrose?

Der Gelenkknorpel funktioniert als Stossdämpfer mit einer glatten, weissglänzenden Oberfläche und umhüllt die Knochenenden, sodass die Gelenke gleiten. Damit ist für einen reibungslosen Bewegungsablauf gesorgt. Bei der Arthrose wird dieser Knorpel beschädigt, abgenutzt und verschwindet im schlimmsten Fall vollständig. Als Folge wird der gelenknahe Knochen umgebaut oder geschädigt. Die Folge: Schmerzen, Schwellungen, Bewegungsbeeinträchtigung und Deformierung der Gelenke.

Ursachen für die Knorpelschädigung sind die normale Abnutzung im Alter, Übergewicht oder Überlastung und Verletzungen, beispielsweise beim Sport.

Im Frühstadium beschränkt sich der Knorpelschaden meist auf kleine Areale und auf die Oberfläche, das heisst der Knochen hat noch keinen Schaden genommen. Im Röntgenbild sieht man gelegentlich bereits erste Veränderungen, z.B. eine Verschmälerung des Gelenkspaltes.

Später, wenn die ganze Knorpelschicht zerschlissen und abgenutzt ist, reibt bei jeder Bewegung Knochen auf Knochen. Der Gelenkspalt verschwindet zunehmend. Durch das Fehlen der schützenden Pufferung schleift allmählich auch der Knochen ab, es können Löcher im Knochen entstehen und Gelenkflüssigkeit wird vermehrt von der entzündeten Gelenkinnenhaut freigesetzt. Häufig entstehen so auch unbemerkt Knochenzysten, was zum Beispiel bei schwerer Hüftgelenkarthrose manchmal erst bei der Operation festgestellt wird.

Arthrose – wie häufig ist sie?

Arthrose ist eine Volkskrankheit und gehört weltweit zu den häufigsten chronischen Erkrankungen. Weltweit leidet mittlerweile fast jeder Dritte zwischen 40 und 50 Jahren unter Arthrose. Die Gelenkverschleiss-Erkrankung liegt damit an 3. Stelle nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Erkrankungen des Verdauungsapparates. So wundert die hohe Zahl an Gelenkersatzoperationen in der Schweiz nicht: jährlich werden ca. 20'000 Hüftgelenkersatzoperationen und 16'000 Kniegelenkersatzoperation durchgeführt.

Welche Beschwerden macht die Arthrose?

Arthrose macht sich im Frühstadium mit Schmerzen bei Belastung zum Beispiel beim Sport oder im Alltag bemerkbar. Später spüren die Patienten den typischen Anlaufschmerz am Morgen oder Schmerzen beim Aufstehen. Noch später sind die Schmerzen auch im Ruhezustand vorhanden. Im Verlauf der Erkrankung wird die Gelenkfunktion teilweise stark eingeschränkt.

Weitere Symptome sind:

- ▶ Schwellung und Überwärmung
- ▶ Muskelverspannungen und Muskelabbau
- ▶ Gelenkverdickungen, Verformungen und Instabilität im Gelenk.

Knirschende und knackende Geräusche bei Bewegung können darauf hin weisen, dass bereits Knochen auf Knochen aneinander reibt.

Risikofaktoren für die Entstehung von Arthrose

Arthrose kann genetisch bedingt sein. Kinder, deren Eltern unter Arthrose leiden, haben ein höheres Risiko, auch selber eine Arthrose zu entwickeln. Einseitige Fehlbelastungen der Gelenke aufgrund angeborener oder erworbener Fehlstellungen der Beine (O- oder X-Beine) oder der Hüfte (Hüftdysplasie) führen ebenfalls häufig zu Arthrosen.

Weitere Risikofaktoren sind:

- ▶ Zunehmendes Lebensalter
- ▶ Unfälle mit Gelenkverletzungen

- ▶ Übergewicht
- ▶ Stoffwechselerkrankungen
- ▶ Rheumaerkrankungen

Kann man Arthrose aktiv vorbeugen?

Übergewicht sollte vermieden oder reduziert werden, da dies die Gelenke zusätzlich belastet. Auch Fehlbelastungen oder Überbelastungen der Gelenke durch strapazierende und auch häufig mit Gelenkverletzungen einhergehende Sportarten wie Kampfsport oder Mannschaftssport (Fussball, Handball, Basketball etc.) sind bei beginnenden Gelenkbeschwerden zu vermeiden. Besser sind gelenkschonende Sportarten wie Schwimmen, Radfahren, Wandern, Walken.

Behandlungsmöglichkeiten bei Arthrose

Konservative Therapie (ohne Operation)

Die beginnende Arthrose kann zunächst konservativ behandelt werden. Dazu gehören Physiotherapie, Gehhilfen und Anpassungen am Schuhwerk (zum Beispiel Pufferabsätze bei Fehlstellungen, eher flache Schuhe tragen etc).

Zur medikamentösen Behandlung stehen verschieden Präparate zur Verfügung:

- ▶ **Nahrungsergänzungspräparate zum "Knorpelaufbau"**: Wissenschaftliche Belege, ob solche Wirkstoffe tatsächlich helfen, gibt es wenige. Möglicherweise kann mit solchen Präparaten der Verschleissprozess etwas verlangsamt werden. Ein Knorpelaufbau ist jedoch nicht möglich. Im fortgeschrittenen Stadium der Arthrose nützen diese dem Knorpel sicher nichts mehr, allerdings scheinen sie einen schmerzlindernden Effekt zu haben.
- ▶ **Entzündungshemmende Medikamente**: Diese dämpfen die Entzündung ein und reduzieren Schmerzen. Nachteil: Regelmässig und über längere Zeit eingenommen haben diese Medikamente Nebenwirkungen, insbesondere auf den Magen-Darmbereich. Neuere entzündungshemmende Substanzen haben zwar weniger Nebenwirkungen auf den Magen-Darmbereich, stehen aber im Verdacht, das Risiko für Herz- Kreislauferkrankungen zu erhöhen, wie dies im auch insgesamt eine Nebenwirkung dieser Medikamentengruppe sein kann.
- ▶ **Kortison-, Hyaluronsäurespritzen ins Gelenk**: Kortison wirkt lokal ebenfalls entzündungshemmend und schmerzlindernd. Hyaluronsäure ist kein eigentliches Medikament, sondern wirkt als Gleitmittel für den Knorpel und kann so den Abrieb am Knorpel möglicherweise etwas vermindern und damit den Reizzustand des Gelenkes regulieren. Ein Knorpelaufbau ist auch durch diese Substanzen nicht möglich.

Operative Behandlungsmöglichkeiten

Kniegelenksspiegelung, Arthroskopie

Mit der Kniegelenksspiegelung (in Teil- oder Vollnarkose) kann der Arzt Schäden und Verletzungen innerhalb des Kniegelenks einerseits feststellen und andererseits kleinere Schäden gleichzeitig reparieren. Für die Arthroskopie werden durch zwei Einstichstellen ein Optikgerät, das mit einer Kamera verbunden wird, sowie ein Arbeitsgerät in das Gelenk eingeführt. Damit kann der Arzt alle wichtigen Strukturen im Knieinnern inspizieren. Ein angerissenes Meniskusteil kann so entfernt oder unter Umständen wieder genäht werden. Im Frühstadium der Arthrose können lose Knorpelstücke oder entzündliche Gewebeteile ebenfalls entfernt werden und durch ein Anbohren des Knochens die Bildung von Ersatzknorpel angeregt werden. Vorteil: Rasche Heilung und je nach Operation schnelle Belastung des Knies. Nachteil: Bei fortgeschrittener Arthrose bringt die Arthroskopie nicht mehr viel.

Knorpel-Knochenzylinder-Transplantation (OCT)

Im Randbereich des Knorpels am Oberschenkelknochen im Kniegelenk, dort wo keine Kraftübertragung über den Knorpel ausgeübt wird, können kleine Zylinder ausgefräst werden, die sowohl Knochen- als auch gesundes Knorpelgewebe enthalten und dort wieder eingesetzt, wo Knorpelschäden vorliegen. Dieses Verfahren kommt aber meist nur bei jungen Patienten mit bestimmten Knochenkrankheiten und nur bei kleinen, lokal begrenzten Knorpelschäden zum Einsatz. Bei der Arthrose wird dieses Verfahren nicht angewendet.

Knorpelzell-Transplantation (ACT)

Dieses Verfahren gab vor ein paar Jahren Grund zur Hoffnung, dass durch laborgezüchtete Knorpelzellen auch grossflächige Knorpelschäden repariert werden könnten. Inzwischen wird dieses Verfahren weiterhin nur noch bei bestimmten, sehr begrenzten Knorpeldefekten, zum Beispiel nach Unfällen bei jungen Patienten, angewendet. Das Verfahren wird nur in Ausnahmefällen von der Krankenkasse übernommen.

Achsenkorrekturen am Kniegelenk

Bei jungen Patienten mit Arthrose infolge Fehlstellungen (X- oder O-Beine) und bei einseitiger Abnützung des Kniegelenkes, kann mittels einer gelenkerhaltenden Achsenkorrektur eine Normalisierung der Belastung im Kniegelenk herbeigeführt werden. Damit wird gleichzeitig der von der Arthrose betroffene Gelenkteil entlastet und das Fortschreiten der Arthrose gebremst. Gesund wird das Knie damit nicht, aber eine Gelenkersatzoperation kann so hinausgezögert werden. Bei älteren Patienten, die vielleicht wegen einer gleichzeitigen Osteoporose eine verminderte Knochenheilung und - Knochenstabilität erwarten lassen, wird dieses Verfahren nicht mehr angewendet.

Gelenkerhaltende Eingriffe an der Hüfte?

Bei Arthrose durch Hüftfehlstellungen wird bei älteren Patienten nur noch sehr selten eine gelenkerhaltende Achsenkorrekturvorgenommen. Das gelenkerhaltende Verfahren kommt nur bei jungen Patienten z.B. mit Hüftreifeungsstörungen oder bei bestimmten kindlichen Hüfterkrankungen in Frage. Damit kann die Entwicklung einer Arthrose hoffentlich um viele Jahre hinausgezögert werden.

Arthroskopie beim Nockenwellenphänomen (Impingement)

Diese degenerative Hüftgelenkerkrankung wird immer häufiger bei jungen Sportlern (Eishockey, Fussball, Kampfsport) beobachtet. Dabei kommt es durch stete Belastung des Gelenkes in Hüftbeugung sowie durch heftige und ruckhafte Bewegungen zu chronischen Reizungen der Knochenhaut des Schenkelhalses. Dies führt dazu, dass hier Knochen aufgebaut wird, die

sogenannte „Nockenwelle“, die den Bewegungsablauf des Hüftgelenkes stört.

Beschwerden in der Leiste und Funktionseinschränkungen der Hüfte stellen sich ein. Das Gelenk ist ständig in einem Reizzustand, die Entzündung schädigt den noch gesunden Knorpel. Bei jungen Patienten werden deshalb mittels Arthroskopie beginnende Gelenkschäden behoben, die Nockenwelle wird abgefräst, sodass wieder Sport ausgeübt und eine Gelenkersatzoperation hoffentlich noch viele Jahre hinausgezögert werden kann.

Kunstgelenkersatz – ein Routineeingriff?



Hüftgelenkersatz

Wie bereits eingangs erwähnt, ist die Zahl der Hüft- und Kniegelenkersatzoperationen mit 20'000 respektive 16'000 in der Schweiz relativ hoch; pro Kopf ist die Zahl der implantierten Prothesen nur in Deutschland noch etwas höher, in anderen Nationen wird nicht so häufig operiert. Mit Zunahme der älteren Bevölkerung und mit der steigenden Lebenserwartung stellt sich natürlich die Frage, wie lange ein künstliches Gelenk hält.

Zahlen aus dem Schwedischen Endoprothesenregister (in der Schweiz ist ein solches Register erst im Aufbau) belegen, dass seit 1979 250'000 Hüftprothesen und seit 1975 175'000 Knieprothesen in Schweden eingesetzt wurden. Nach 15 Jahren sind 90-95% der Prothesen immer noch im Einsatz.

Dank der stetig wachsenden Erfahrung der Chirurgen, verbesserten Operationsmethoden sowie verbesserten Materialien haben sich die Ergebnisse in den letzten Jahren auf diese grossartige Erfolgsquote verbessert. Im Fachblatt "Lancet" wurde 2009 der Hüftgelenkersatz sogar als "die" Operation des 20. Jahrhunderts bezeichnet.

Verankerung der künstlichen Gelenke

Bevorzugte Materialien heute sind medizinischer Edelstahl, Titan, Polyethylen (Kunststoff) Keramik und Knochenzement (Plexiglas).

Titanprothesen werden zementfrei eingepflanzt und der Knochen wächst an der Prothesenoberfläche an, heilt die Prothese sozusagen ein.

Einzementiert wird mit Knochenzement bestehend aus einem Zwei-Komponenten-Kunststoff (Plexiglas), welcher mittels einer Kartusche auf die Oberfläche der Prothese oder in den Knochen selber eingespritzt wird und so die Prothese zum Knochen sicher und sofort nach dessen Aushärtung, die ca. 15 Minuten dauert, fixiert.

Laut dem Schwedischen Endoprothesenregister werden seit ca. 10 Jahren dort praktisch alle Kniegelenke einzementiert, da die zwischenzeitlichen Ergebnisse ohne Zement schlechter waren. Vereinzelt werden aber Implantate – meist der obere Teil des Kniegelenkes – bei guter Knochensubstanz auch heute noch erfolgreich ohne Zement eingebracht.

Die Wahl des Materials und die Art der Verankerung bei Hüftersatzprothesen hängen vom Knochenzustand, dem Alter und dem allgemeinen Gesundheitszustand des Patienten ab. Laut Schwedischem Register werden dort heute noch etwa 70% der Hüftprothesen zementiert verankert. Insbesondere bei jungen Menschen werden Hüftgelenke aber auch vermehrt ohne Zementierung eingesetzt, besonders an der Pfanne setzt sich zunehmend die zementfreie Verankerung durch.

Warum lockern sich Implantate?

Es gibt zwei wichtige Komplikationen, die eine eingesetzte Prothese lockern: Infektionen und der Verschleiss.

Infektionen können während der Operation passieren, wenn Bakterien aus der Luft oder von der Patientenhaut am Kunstgelenk anhaften und so lokal eine Entzündung entsteht. Oder der Patient leidet an einem Infektionsherd irgendwo im Körper und diese Bakterien werden mit dem Blut zur Prothese geschwemmt. Beides kann in relativ kurzer Zeit – innerhalb von 1-2 Jahren nach der Operation – zu einer Lockerung der Implantate führen. Die Häufigkeit des Auftretens einer Protheseninfektion wird in der Literatur mit 1-2 % angegeben.

Eine Lockerung der Prothese durch Verschleiss (sogenannte Partikelkrankheit) passiert nach Jahren der Dauerbewegung. Ähnlich einem Gummireifen werden kleinste Kunststoffpartikel abgerieben. Die Partikel wandern in den Knochen, knochenabbauende Zellen können hierdurch aktiviert werden und es kommt zur Knochenauflösung, das Implantat verliert seine Stabilität.

Dank äusserst hygienischen Operationsverfahren sind Infektionen heute relativ selten. Röntgenkontrollen nach der Operation und in Abständen von ein paar Jahren helfen, einen Knochenabbau oder Abtrag von Kunststoff frühzeitig zu entdecken.

Wie häufig sind Infektionen in der Klinik Birshof?

Seit einigen Jahren hat die Birshof-Klinik keinen frühzeitigen Infekt einer Hüft- oder Knieprothese während der stationären Behandlung der Patienten erlebt, die Klinik beteiligt sich nämlich an der freiwilligen Erfassung aller im Krankenhaus aufgetretenen Infektionen nach Hüft- und Kniegelenkersatz durch das Robert-Koch-Institut für Hygiene in Berlin.

Zu verdanken ist dies der offensichtlich funktionierenden Lüftungstechnik im Operationssaal sowie der Disziplin und Aufmerksamkeit aller Mitarbeiter.

Dennoch werden alle Patienten über das Risiko einer Infektion aufgeklärt, dass ja in der ganzen Schweiz und weltweit in der Literatur angegeben 1-2% beträgt.

Gibt es neue Implantationstechniken?

Sowohl Hüftgelenkersatzoperationen wie auch Kniegelenkersatzoperationen können heute mittels sogenannter minimal invasiver Verfahren (kleiner Operationszugang) oder auch mit Hilfe computergesteuerter Techniken durchgeführt werden.

Noch immer fehlt der Nachweis, dass der kleinere Hautschnitt und die kurzzeitig nach der Operation etwas schnellere Rehabilitation längerfristig einen Vorteil gegenüber den früheren Operationstechniken zeigen. 3 Monate nach der Operation sind keine Unterschiede in der Muskelkraft und Gehfähigkeit der Patienten mehr nachweisbar.

Minimalinvasive Verfahren an der Hüfte bergen allerdings das erhöhte Risiko, dass die Implantate nicht optimal positioniert werden und auch das Risiko für einen Knochenbruch während der Operation. Dies zumindest in der Anfangsphase, wenn ein Operateur noch nicht viel Erfahrung mit der Technik hat.

Computergestützte Navigationsverfahren im Operationsaal zeigen im Vergleich ebenfalls keine besseren Ergebnisse, sofern ohne diese ein erfahrener Operateur die Prothese implantiert. Als Nachteil ist die längere Op-Zeit der computergestützten Verfahren zu erwähnen, was möglicherweise mit einer erhöhten Infektionsrate einhergehen kann.

Neue, moderne Implantate – bringen sie bessere Ergebnisse?

Besonders bei minimalinvasiven Verfahren werden über den kurzen Hautschnitt bei der Hüftgelenkoperation häufig kürzere Schäfte eingebaut. Hier fehlen ebenfalls Langzeitergebnisse betreffend der Haltbarkeit der meisten „modernen“ Schäfte, sodass viele Operateure eher auf bewährte Implantate setzen.

Die Oberflächenersatzprothesen, die vor ein paar Jahren insbesondere bei jungen Kniepatienten häufig eingesetzt wurden, sind heute praktisch kein Thema mehr. Der Grund: Durch den Abrieb von Metall bei der Bewegung der grossen Köpfe gegen die Metallschalen kam es zu Schmerzen und früherem Versagen der Prothesen im Vergleich mit bewährten Implantaten. Patienten, die eine Oberflächenersatzprothese erhalten haben, müssen kontrolliert werden, um Abrieb und Entzündungsherde frühzeitig zu erkennen. Viele Chirurgen haben den Einbau dieser Implantate deshalb aufgegeben, verschiedene Oberflächenersatzprothesen sind von den Herstellern vom Markt genommen worden.

Gefährlichkeit der Narkose

Dank neuer Medikamente und verbesserten Anästhesie-Techniken ist heute eine Narkose eine sichere Angelegenheit. Von 1950 mit noch 40 Todesfällen pro 100'000 Narkosen ist die Zahl der Todesfälle bis ins Jahr 2005 auf annähernd 0 gesunken. Im Strassenverkehr sterben mehr Menschen, als bei Narkosen. Somit ist man eigentlich während einer Narkose sicherer als an manchem anderen Ort, z.B. auf der Strasse.

Sport und Prothese – geht das?



Gelenkschonende
Bewegung ist wichtig
bei Arthrose sowie

nach Gelenkersatzoperation

Sport und Prothese sind kein Widerspruch, im Gegenteil.

Regelmässige körperliche Aktivitäten sind wichtig für die allgemeine Gesundheit, das weiss man. Sport führt ausserdem zur Gelenkstabilisierung, Verbesserung der Gelenkfunktion und Koordination und beugt Osteoporose vor. Ausserdem fördert Sport den Genesungsprozess und führt schneller zurück ins Berufs- und Sozialleben.

Aufpassen soll man jedoch bei der Wahl der Sportart. Sportarten mit erheblicher Impulsbelastung wie Tennis, Squash, Fussball, Kampfsportarten, Boxen, Fechten etc. bergen nicht nur ein hohes Sturzrisiko, sie können – wenn sie zeitintensiv betrieben werden - zu schnellerem Kunststoffabrieb, Zementzerrüttung und damit zu frühzeitiger Lockerung der Prothese führen.

Es sind deshalb besser Sportarten mit geringer Impulsbelastung, ohne Extrembewegungen der Gelenke, mit weichen, fliessenden Bewegungen vorzuziehen, zum Beispiel Schwimmen, Wandern, Radfahren, Golfen, Laufen, Segeln etc.

Voraussetzungen für die Wiederaufnahme von Sport

Nach einer 6-monatigen konditionellen sowie muskulären Aufbauphase mit Hilfe der Physio- oder Sporttherapie können - nach Absprache mit dem Operateur - die sportlichen Aktivitäten wieder aufgenommen werden. Voraussetzung: Insbesondere bei älteren Patienten sollte beim Hausarzt zunächst die Herz-Lungenleistung überprüft werden.

Wie lange muss ich im Spital bleiben?

Die Spitalaufenthaltsdauer ist sehr unterschiedlich. Von 3 bis 12 Tagen nach der Operation ist alles möglich und hängt unter anderem auch von der Fitness des Patienten ab.

Voraussetzung für die Spitalentlassung

Selbständiges Gehen und Treppensteigen an zwei Stöcken und zwar sowohl innerhalb wie auch ausserhalb des Spitals

- ▶ Reizlose Wunde
- ▶ Nach Knieprothese sollte die Beugefähigkeit des Gelenkes 90° betragen
- ▶ Physiotherapeutische Einrichtungen müssen selbständig aufgesucht werden können
- ▶

Zufriedenheit der operierten Patienten

Die Gelenkersatzoperationen sind immer wieder ein Thema in den Medien, nicht immer nur zu deren Vorteil. Ob tatsächlich zu viele Gelenkersatzoperationen vorgenommen werden und ob die Erwartungen der Patienten erfüllt werden, kann anhand des Schwedischen Registers gezeigt werden:

Bei den Knieoperierten gaben etwa 5-20% an, nicht zufrieden bzw. sehr unzufrieden zu sein. Am häufigsten unzufrieden waren dabei extrem übergewichtige Patienten (BMI über 40) sowie ganz junge, extrem sportliche Patienten, die natürlich einen völlig anderen Anspruch an ihr Gelenk haben, als beispielsweise ein 80-Jähriger. Denn: Ältere, ansonsten gesunde Patienten waren fast alle zufrieden bis sehr zufrieden.

Wird zu häufig operiert oder wer ist ein potentieller Kandidat für eine Gelenkprothese?

Auch die Zahl der Operationen wird in den Medien und von Experten teilweise kontrovers diskutiert.

Wichtige Merkmale, die für eine Gelenkersatzoperation sprechen:

- ▶ Bestätigte, fortgeschrittene Arthrose durch körperliche Untersuchung und Röntgenbild
- ▶ Erfolgreiche, konservative Behandlung (Physiotherapie, Medikamente, Injektionen in das Gelenk etc.)
- ▶ Verlust von Lebensqualität durch zunehmende Schmerzen und Immobilität

Der aufrichtige Operateur wird vor einer Operation den Patienten in einem ausführlichen Gespräch über die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten sowie über die individuellen Erfolgsaussichten der Operation gründlich aufklären.

Welche Rolle spielt die Erfahrung des Operateurs

Mit Sicherheit spielt die jahrelange Erfahrung des Orthopäden für die Erfolgsaussichten eine Rolle. Im Australischen Prothesenregister konnte gezeigt werden, dass Operateure, die mindestens 70 Operationen pro Jahr durchführen, bessere Ergebnisse hinsichtlich der Anzahl Zweitoperationen haben als Operateure, die nur 10-20 Eingriffe pro Jahr durchführen.

Bei der Entscheidung zugunsten einer Klinik/eines Operateurs sind also wichtige Parameter die Häufigkeit der Durchführung des infrage kommenden Eingriffs und das Vorhandensein eines systematischen Qualitätsmanagement.

Heutige Erkenntnisse und Empfehlungen zur Arthrosebehandlung

- ▶ Vor der Operation sollen alle konservativen Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft werden.
- ▶ Bei jungen Patienten wenn immer möglich gelenkerhaltende Operationen erwägen.
- ▶ Auf Vor- und Nachteile von Materialien sowie deren Bewährtheit achten.
- ▶ Bewährte Operationstechniken sind zu bevorzugen.
- ▶ Vorsicht geboten ist bei im Internet angepriesenen "modernen" Implantaten; die Werbung zielt meist auf junge Patienten ab. Hier sollten Ergebnisse einzelner Zentren erst abgewartet werden.

Interview mit Prof. Dr. med. habil. Anke Eckardt

Frage: Frau Dr. Eckardt, Warum ist es so wichtig, dass trotz Arthrosebeschwerden Sport getrieben wird?

Antwort: Wenn immer möglich, sollten Gelenke in Bewegung bleiben. Dadurch wird die den Knorpel ernährende Gelenkflüssigkeit über die Knorpeloberfläche verteilt, auch ein Knochenabbau kann durch vernünftige Bewegung und Belastung verhindert werden. Die Muskulatur bleibt kräftig und kann das Gelenk führen und stützen. Ist aber ein Gelenk bereits völlig zerstört oder in einer Phase der sogenannten „Aktivierung“, also entzündet und stark schmerzhaft, so sollte auf Sport und Belastung verzichtet werden, damit sich die Situation wieder beruhigen kann.

Frage: Welche Materialien werden heute bei welchem Gelenk am häufigsten eingesetzt?

Antwort: Bei den Prothesenteilen, die zum Knochen hin verankern, wird medizinischer Edelstahl oder Titan eingesetzt. Beim Kniegelenk läuft der glattpolierte Stahl des Oberschenkelanteils der Prothese auf einer Polyethylenleitfläche, die in die Titanoberfläche des Unterschenkelanteiles eingelassen ist. Polyethylen ist ein hoch belastbarer Kunststoff, der sich seit Jahrzehnten bei künstlichen Gelenken bewährt hat und der ständig auch hinsichtlich seiner Abriebfestigkeit verbessert wurde.

An der Hüfte kann eine Metall- oder Keramik-Kugel eingesetzt werden, die in der Regel gegen Polyethylen läuft. Sogenannte „Hart-Hart“-Paarungen, also Metall gegen Metall oder Keramik gegen Keramik sind eher die Ausnahme und bergen spezifische Risiken, die gegen die potentiellen Vorteile abgewägt werden müssen.

Frage: Sind Krankheiten wie Morbus Bechterew, Rheumatische Arthritis, Osteoporose ein Hinderungsgrund für das Einsetzen von künstlichen Gelenken?

Antwort: Im Gegenteil. Sowohl bei M. Bechterew wie auch beim entzündlichen Rheuma werden die Gelenke durch die Grunderkrankung ja häufig zerstört und müssen einer Gelenkersatzoperation zugeführt werden. Die Ergebnisse dieser Operationen sind sehr gut und erhalten den Patienten die Selbstständigkeit und nehmen die Schmerzen im betroffenen Gelenk.

Viele Patienten mit Arthrose sind nicht mehr jung, sondern eher im fortgeschrittenen Lebensalter und haben gleichzeitig auch eine Osteoporose. Ein erfahrener, vorsichtiger Operateur wird auch in den geschwächten Knochen die Prothesenkomponenten trotz des etwas erhöhten Knochenbruchrisikos sicher einsetzen können. Gerade bei Osteoporose sorgt der sogenannte "Knochenzement" für eine homogene Kraftüberleitung vom Implantat zum umgebenden Knochen. Das Bein ist in der Regel dann sofort belastbar und die Mobilisation und Rückkehr in die häusliche Umgebung ist zügig möglich. Patienten, deren Kniefunktion nur wenig eingeschränkt ist, bei Knieschmerzen, die vorwiegend bei überhöhten Leistungsansprüchen auftreten und insbesondere bei jüngeren Patienten sind wir sehr zurückhaltend und empfehlen, die Operation noch aufzuschieben.

Sprechzimmer bedankt sich herzlich bei Prof. Dr. med. habil. Anke Eckardt für die interessanten und ausführlichen Informationen zur Arthrosebehandlung und wünscht ihr weiterhin viel Erfolg.



Prof. Dr. med. habil. Anke Eckardt, Fachärztin FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates an der Klinik Birshof, Münchenstein.

[Internetadresse >>](#)

Mediscope

02.12.2013 - dzu

Prof. Dr. med.
habil. Anke Eckardt

© Copyright 2014 Mediscope AG. Alle Rechte vorbehalten.