



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
HEIDELBERG



HÜFTENDOPROTHETIK

PATIENTENINFORMATION



Stiftung Orthopädische Universitätsklinik Heidelberg





SEHR GEEHRTE PATIENTIN, SEHR GEEHRTER PATIENT,

Der Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenks ist eine chronische Erkrankung, die die Mobilität einschränkt und die Lebensqualität sinken lässt. Aus eigener Erfahrung kennen Sie die damit verbundenen Schmerzen und Probleme im Alltag. Wenn die Möglichkeiten einer gelenkerhaltenden Therapie nicht mehr ausreichend wirksam sind oder gar nicht erst aussichtsreich erscheinen, so kann man mit dem Einsatz eines künstlichen Hüftgelenks (Endoprothese) neue Beweglichkeit und Belastbarkeit gewinnen. Das Universitätsklinikum Heidelberg hat eine lange Tradition in der endoprothetischen Spitzenmedizin und wurde bereits 2013, als eine der ersten Kliniken in Deutschland überhaupt, als „Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung“ zertifiziert. Unsere Abläufe unterliegen deshalb einem strengen Qualitätsmanagement, zu Ihrem Vorteil. Wir beschäftigen uns mit einem Höchstmaß an Expertise mit dem künstlichen Hüftgelenkersatz. Muskelschonende (minimal-invasive) Zugangswege, die Anwendung digital assistierter Operationsverfahren für höchste Präzision beim Einsetzen der Implantate und Verfahren für eine unmittelbare postoperative Schmerzfreiheit führen wir routinemäßig durch.

Ein besonderes Augenmerk legen wir auch auf eine schnelle, qualitativ hochwertige Nachbehandlung. Unsere Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten haben ein Nachbehandlungskonzept entwickelt, das schon unmittelbar nach der Operation ansetzt. So erreichen wir, dass Sie schnell wieder in die Mobilität zurückkommen.

Mit der „Heidelberg-8“ haben wir für Sie zudem ein spezielles „acht Minuten“ Programm entwickelt, das wir Ihnen als tägliche Routine zur Stärkung der hüftgelenksumgreifenden Muskulatur auch nach der Entlassung aus unserer Behandlung empfehlen. Damit möchten wir zusammen mit Ihnen den Behandlungserfolg sicherstellen und Ihnen den Weg zurück in einen aktiven Alltag erleichtern.

Mit herzlichen Grüßen

Univ.-Prof. Dr. med. Tobias Renkawitz
Ärztlicher Direktor
der Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg

Anne Kenkenberg
Komm. Leiterin
der Physiotherapie



INHALT

ALLGEMEINE INFORMATION

04 | ARTHROSE DES HÜFTGELENKS

06 | NICHT-OPERATIVE BEHANDLUNGSOPTIONEN

08 | DAS KÜNSTLICHE HÜFTGELENK

09 | WIE IST EINE HÜFTPROTHESE AUFGEBAUT UND
WELCHE UNTERSCHIEDE GIBT ES?

10 | OP-ABLAUF:
WIE WIRD EINE HÜFTPROTHESE IMPLANTIERT?

11 | VORBEREITUNG AUF DIE OPERATION:
WAS KÖNNEN SIE VORAB SELBST TUN?

13 | IHR AUFENTHALT BEI UNS

ARTHROSE DES HÜFTGELENKS

Das Hüftgelenk ist ein Kugelgelenk, wobei der Oberschenkelknochen (Femur) eine Kugel, den Hüftkopf, formt und in dem Beckenknochen (Hüftpfanne) seinen Gelenkpartner findet. Die Gelenkpartner sind von Knorpel überzogen, der zusammen mit der Gelenkflüssigkeit ein reibungsarmes Gleiten ermöglicht und so die Beweglichkeit des Hüftgelenks sichert.

Im Falle einer Arthrose kommt es – vereinfacht ausgedrückt – zu einer vermehrten Abnutzung des Gelenkknorpels. Dies beeinträchtigt nicht nur die Gelenkbeweglichkeit, sondern verursacht auch einen schmerzhaften Entzündungs- und Reizzustand im Gelenk und den angrenzenden Strukturen.

Die Arthrose läuft stadienhaft und meist in wellenförmigem Charakter ab: zu Beginn der Erkrankung kommt es in der Regel zu belastungsassoziierten Schmerzen, die in einer Einschränkung der Gehstrecke münden. Beschwerdehafte Episoden werden von beschwerdefreien Intervallen abgelöst. Je weiter die Arthrose fortschreitet, desto kürzer werden die beschwerdefreien Intervalle. Im Endstadium kann sich ein dauerhafter Gelenkschmerz einstellen, der den Nachtschlaf beeinflusst und die Beweglichkeit des Gelenkes einschränkt.



GESUNDES HÜFTGELENK MIT INTAKTEM KNORPELÜBERZUG



HÜFTGELENK MIT ARTHROSETYPISCHER ABNUTZUNG DES GELENKKNORPELS

NICHT-OPERATIVE BEHANDLUNGSOPTIONEN

Eine Heilung der Hüftgelenksarthrose ist durch nicht-operative, „konservative“ Behandlungsmethoden wie Medikamente bis heute nicht möglich, jedoch kann stadienabhängig ihr Verlauf beeinflusst werden. Insbesondere in den frühen Arthrostadien mit geringem Knorpelverschleiß kann durch konservative Therapiemaßnahmen eine Beschwerdebesserung erreicht werden.

PHYSIOTHERAPIE

Der Schwerpunkt der Therapie soll auf einer Kombination aus aktivem Kraft-, Ausdauer- und Beweglichkeitstrainings liegen, unter Anleitung und in Eigenregie.

Techniken der Manuellen Therapie können zur Verbesserung einer gestörten Beweglichkeit als ergänzende Maßnahme angewendet werden.



DIE „HEIDELBERG-8“

8 Übungen für ein starkes Hüftgelenk finden Sie auf unserer Internetseite:

www.klinikum.uni-heidelberg.de/zentrum-fuer-orthopaedie-unfallchirurgie-und-paraplegiologie/klinik-fuer-orthopaedie-und-unfallchirurgie

und auf YouTube:

www.youtube.com/watch?v=nDya6GKnezU



BEWEGUNG OHNE BELASTUNG

Bewegungen ohne Gewichtsbelastung wie Schwimmen oder Radfahren oder auch das Gehen über kurze Distanzen sind vorteilhaft sowohl für Ihre allgemeine Gesundheit als auch für Ihre Hüfte. Auch die lokale Applikation von Wärme oder lokale Kühlung können Ihre Beschwerden bessern – hier kommt es ganz auf Ihre persönlichen Erfahrungen an.

MEDIKAMENTE

Medikamente werden in der Arthrose-therapie vor allem zur Reiz- und Schmerzreduktion eingesetzt. Hier können entzündungshemmende Medikamente wie bspw. Ibuprofen, Diclofenac oder Kortison eingesetzt werden. Bei der Verordnung einer medikamentösen Therapie muss jedoch aufgrund der potenziellen Nebenwirkungen der genannten Medikamente streng Ihr persönliches Risikoprofil und evtl. Begleiterkrankungen bedacht werden. Ihr betreuender Arzt wird Sie hierzu beraten. In den frühen Arthrostadien können auch mittels Spritze in das Gelenk applizierte

Medikamente zu einer Beschwerdebesserung führen, hier bieten sich beispielsweise Hyaluronsäure oder auch Kortison an. Diese Injektionen müssen unter strengen Hygienebedingungen durchgeführt werden um eine Übertragung von Hautkeimen in das Gelenk zu vermeiden.

Sofern die genannten konservativen Therapieoptionen ausgereizt sind, verbleibt der Ersatz des Gelenkes durch ein künstliches Hüftgelenk, eine sogenannte Endoprothese. Eine Operation ist ferner die einzige ursächliche Therapiealternative für die Hüftarthrose.



DAS KÜNSTLICHE HÜFTGELENK

Bei Ersatz des Gelenkes durch ein künstliches Hüftgelenk werden die geschädigten Gelenkpartner ausgetauscht, d. h. es wird eine neue Hüftpfanne eingesetzt und ein neuer Hüftkopf mit einem Schaft im Oberschenkelknochen verankert.



DIE ABBILDUNG ZEIGT DAS GESCHÄDIGTE LINKE HÜFTGELENK VOR DER IMPLANTATION EINER ENDOPROTHESE.



NACH DER OPERATION IST DAS LINKE HÜFTGELENK DURCH DIE ENDOPROTHESE ERSETZT.

WIE IST EINE HÜFTPROTHESE AUFGEBAUT UND WELCHE UNTERSCHIEDE GIBT ES?

Ein künstliches Hüftgelenk besteht aus folgenden Komponenten:

- einer Pfanne, die in den Beckenknochen eingebracht wird
- einem sogenannten Inlay, das die Pfanne auskleidet
- einem Schaft, der im Oberschenkelknochen verankert wird
- einem Kopf, der auf den Schaft aufgesteckt wird

Prinzipiell lassen sich sowohl die Pfanne als auch der Schaft ohne oder mit Knochenzement im Knochen befestigen. Welche Implantate, Verankerungsprinzipien und Gleitpaarungen bei Ihnen gewählt werden, wird im Vorfeld der Operation mit Ihnen besprochen und hängt beispielsweise von der individuellen Knochenqualität oder anatomischen Gegebenheiten ab.

Die zementfreien Pfannen und Schäfte sind an Ihrer Oberfläche so bearbeitet, dass ein optimales Anwachsen des Knochens an den Implantaten stimuliert wird. Hierdurch wird eine feste Integration des Kunstgelenks in den Knochen erreicht.

Zementierte Pfannen und Schäfte werden mit Knochenzement im Knochen verankert. Große wissenschaftliche Auswertungen zeigen, dass die Haltbarkeit bei beiden Verfahren vergleichbar ist.



ZEMENTFREIE HÜFTPROTHESEN

OP-ABLAUF: WIE WIRD EINE HÜFTPROTHESE IMPLANTIERT?

Um das Hüftgelenk chirurgisch zu eröffnen, nutzen wir eine natürliche Muskellücke, d. h. es wird kein Muskelgewebe auf dem Weg zum Hüftgelenk durchtrennt. Dieses minimalinvasive Verfahren wurde von unserem Team schon vor einer Dekade mitentwickelt und ist deshalb fest in unserer Klinik etabliert.

Der verschlissene Hüftkopf wird entfernt, anschließend wird der Beckenknochen mit einer Fräse bearbeitet, um das Implantatbett für die Pfanne vorzubereiten. Die Pfanne wird eingesetzt. Je nach Knochenqualität über Ringspannung „zementfrei“ verankert oder dort mittels Knochenzement befestigt.

Anschließend wird der Oberschenkelknochen mit Spezialraspeln bearbeitet. Diese verdichten den Knochen und formen ein Implantatbett für den Prothesenschaft. Danach wird der Schaft eingebracht und im Falle eines zementfreien Implantats mit dem Knochen verpresst. Sofern die Knochenqualität dafür nicht ausreichen sollte, wird der Schaft mit Knochenzement fixiert.

1 | BEIM MINIMALINVASIVEN HÜFTGELENKERSATZ
WIRD KEIN MUSKEL DURCHTRENNT.



VORBEREITUNG AUF DIE OPERATION: WAS KÖNNEN SIE VORAB SELBST TUN?

Für ein gutes Operationsergebnis, können Sie im Vorfeld des Eingriffs viele Dinge selbst tun:

- Bleiben Sie aktiv! Patienten erholen sich schneller von der OP, wenn sie im Vorfeld der OP beweglich sind und eine gut ausgebildete gelenkumspannende Muskulatur aufweisen.
- Wir empfehlen Ihnen, so früh wie möglich vor der OP mit dem Rauchen aufzuhören. Durch einen Nikotinverzicht lässt sich das Risiko für Komplikationen deutlich verringern.
- Achten Sie auf ihr Gewicht, denn mehr Gewicht, bedeutet auch mehr Belastung für die Gelenke.
- Stellen Sie sicher, dass mögliche Infektionen vor der OP abgeheilt sind. Hierzu gehören Infektionen an den Zähnen, Harnwegen, offene Stellen an der Haut, der Beine oder auch Erkältungskrankungen. Sofern im Vorfeld einer geplanten OP Infekte oder bekannte Entzündungen bestehen sollten, bitten wir Sie, uns umgehend zu informieren.



VORBEREITUNG AUF DIE OPERATION: WIE LÄUFT DER VORBEREITUNGSTAG AB?

AMBULANZ

Nachdem in unserer ambulanten Sprechstunde die Indikation zur Implantation einer Hüftendoprothese gestellt wurde und Sie sich für eine operative Versorgung bei uns im Hause entschieden haben, möchten wir Ihnen im Folgenden einen Leitfaden für den perioperativen Verlauf zur Orientierung an die Hand geben.

Unsere Mitarbeiterinnen im zentralen Patientenmanagement (ZPM) nennen Ihnen den Termin für den „Vorbereitungstag“ in unserer präoperativen Ambulanz.

Bringen Sie an diesem Tag bitte die ausgefüllte Aufklärungsmappe, die Sie im Rahmen Ihres Sprechstundentermins bei uns erhalten haben, sowie einen aktuellen Medikamentenplan und sofern vorhanden Befunde anderer Ärzte (bspw. Kardiologie, Rheumatologie, etc.) mit.

In der präoperativen Ambulanz werden Sie interdisziplinär für die geplante Operation im Rahmen folgender Stationen vorbereitet:

- Blutentnahme
- Anästhesiologische Aufklärung
- Chirurgische Aufklärung
- Ggf. internistische/neurologische Mitbeurteilung
- Ggf. Komplettierung der Bildgebung, ggf. spezielle Zusatzuntersuchungen (bspw. CT/MRT)

PRÄ-OP TAG

Nach Abschluss der präoperativen Vorbereitung stellen Sie sich mit der gesamten Dokumentation auf der für Sie vorgesehenen Station vor und werden dort von unseren qualifizierten Pflegenden in Empfang genommen. Hier werden alle Unterlagen nochmals sorgfältig geprüft und Ihre Ankunftszeit am OP Tag besprochen.

IHR AUFENTHALT BEI UNS

OP-TAG	Nach erfolgreicher Operation werden Sie sich im Aufwachraum von der Operation und Narkose erholen und im Anschluss wieder auf Station gebracht. In der Regel erfolgt bereits am Operationstag die Erstmobilisation unter Vollbelastung mit physiotherapeutischer Unterstützung auf Station
1. TAG	Visite mit Wundkontrolle und ggf Drainagenentfernung Laborkontrolle Physiotherapeutische Mobilisation in Stand und Gang, Ziel ist die schnellstmögliche Wiedererlangung der Mobilität auf Zimmerebene (bspw. Badezimmer)
2. TAG	Durchführung der postoperativen Röntgenkontrolle Fortführung der physiotherapeutischen Mobilisation in Stand und Gang
3.-6. TAG	Der Fokus liegt nun vor allem auf der Mobilisation auf den Flur und dem Treppensteigen mit Hilfe
ENTLASSTAG (MEIST 4.-6. TAG NACH DER OP)	Ausführliches Entlassgespräch Folgende Kriterien sollten am Entlasstag erfüllt sein: <ul style="list-style-type: none"> – Reizlose Wundverhältnisse – Regelhaftes postoperatives Röntgenbild – Unauffällige postoperative Laborwerte – Erfolgreiche Mobilisierung in der Ebene und an der Treppe Aushändigung des Entlassbriefes und der benötigten Rezepte und Entlassung ins häusliche Umfeld/ ambulante Reha/stationäre Reha



IMPRESSUM UND QUELENNACHWEIS

Herausgeber

Univ.-Prof. Dr. med. habil. Tobias Renkawitz
Ärztlicher Direktor

Orthopädische Universitätsklinik Heidelberg
Schlierbacher Landstr. 200a
69118 Heidelberg
www.klinikum.uni-heidelberg.de



Unter Mitarbeit von:

Univ.-Prof. Dr. med. Tobias Renkawitz
Prof. Dr. med. Christian Merle
Dr. med. Fabian Westhauser

Abteilung Physiotherapie

Christina Pfeifer, Dominique Zeiss, Anne Kenkenberg

Gestaltung und Layout

Medienzentrum/Unternehmenskommunikation
Zentrale Einrichtung des Universitätsklinikums und
der Medizinischen Fakultät Heidelberg
Leitung: Doris Rübsam-Brodkorb
Grafik: Sybille Sukop

Fotos

Medienzentrum: Hendrik Schröder
Adobe Stock

Druck

printed in Germany

Stand: Februar 2022

