

Das Klinik Fleetinsel Magazin

Patienteninformation: Neues aus Orthopädie, Chirurgie und Gefäßchirurgie



Liebe Leserin, lieber Leser,

der Verschleiß der Gelenke (Arthrose) ist eine Volkskrankheit. Der künstliche Ersatz eines erkrankten Gelenkes, z. B. des Hüftgelenkes, ist in Deutschland eine der häufigsten Operationen (ca. 220.000 pro Jahr). Zunächst wird durch konservative Behandlung versucht, die Beschwerden zu lindern und die Beweglichkeit zu verbessern. Bei fortgeschrittener Arthrose aber hilft nur noch ein künstliches Hüftgelenk. Ein Eingriff, der heute zur Routine geworden ist. Das ermöglichen modernste Implantate, die Wahl der richtigen OP-Technik (z. B. minimal invasive Zugänge) und auch die richtige Nachbehandlung in der postoperativen Phase. Entscheidend für den Erfolg einer OP sind auch die Erfahrung und die Zahl der durchgeführten Eingriffe des behandelnden Arztes.

Bei der Entscheidung für die OP stehe ich dem Patienten beratend zur Seite. Viele Patienten sagen nach der Operation: „Hätte ich das doch schon eher machen lassen“. Der richtige Zeitpunkt einer Operation sollte also sorgfältig ausgewählt werden: Nicht zu früh – nicht zu spät!

Mit herzlichen Grüßen

Dr. Roland Sellckau



**KLINIK
FLEETINSEL
HAMBURG**

DIE INNOVATIVE SPEZIALKLINIK



**Probleme am Mittelfußgelenk?
Verknöcherung der Achillessehne
Das größte Hygienerisiko ist der Patient
Arthrose im Hüftgelenk?
Sehnenriss in der Schulter**

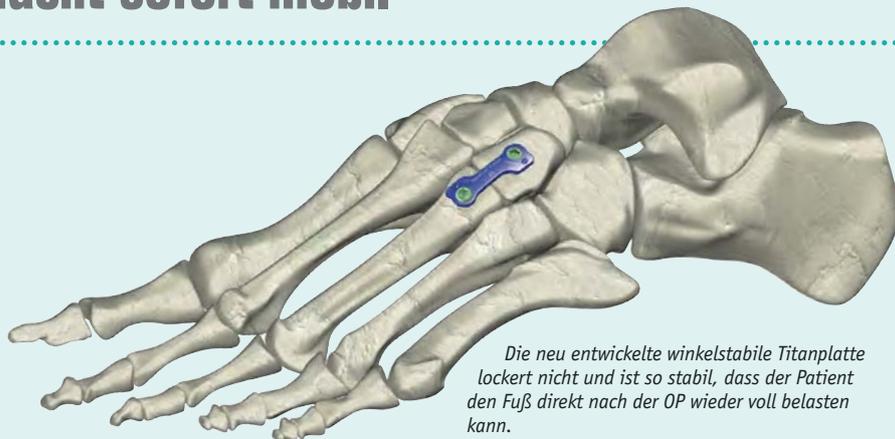
Probleme am Mittelfußgelenk Neue Titanplatte macht sofort mobil

Dr. med. Jürgen Walpert

Ein Bruch des Mittelfußes oder der Zehen sind sehr häufige Verletzungen am menschlichen Fuß. Oft werden die Mittelfußgelenke auch wegen einer Ballenfehlstellung (Hallux valgus) stark überlastet und schmerzen. Erfolgt hier keine Behandlung, entwickelt sich über längere Zeit eine Arthrose in den Gelenken des Mittelfußes, die die kleinen Gelenke zerstört. Ein solcher Gelenkverschleiß beeinträchtigt den Fuß sehr, schon geringe Belastungen verursachen starke Schmerzen. Dann können nur die verschlissenen Gelenke durch eine Operation ruhig gestellt werden, was den Bewegungsablauf des Fußes normalerweise kaum beeinträchtigt.

Wenn sich die Schmerzen im Mittelfußknochen durch Krankengymnastik und Injektionen nicht mehr beseitigen lassen, kann ein kleiner Eingriff helfen.

Um Schmerzen zu vermeiden, wurde früher gegipst oder mit Drähten und Schrauben versteift. Das bedeutete vier bis sechs Wochen Schonzeit und den Fuß möglichst wenig belasten. Die komplizierte Operation bewirkte häufig eine nicht ausreichende Verfestigung des versteiften Gelenkes, so dass nachoperiert werden musste. Jetzt gibt es eine innovative Lösung: MetaCun. Entwickelt wurde diese winzige, winkelstabile Titanplatte für die Gelenke des Mittelfußes von Dr. Jürgen Walpert, Orthopäde und Knie- und Fußspezialist der Klinik Fleetinsel Hamburg, zusammen mit der Firma Merete in Berlin.



Die neu entwickelte winkelstabile Titanplatte lockert nicht und ist so stabil, dass der Patient den Fuß direkt nach der OP wieder voll belasten kann.

Beim Bruch des Mittelfußknochens (Metatarsalfraktur) sind oft auch Mittelfuß-Wurzelgelenke beteiligt. Mittelfußknochen brechen häufig bei heftigem Auftreten oder Umknicken des Fußes. Noch häufiger sind Überlastungen der Mittelfuß-Wurzelgelenke in diesem Bereich, wenn z. B. der Vorfuß verformt ist und deshalb über längere Zeit die kleinen Mittelfußgelenke die Hauptbelastung beim Gehen tragen. Auch die Verformung des Fußes durch eine ausgeprägte Fehlstellung des Ballens (Hallux valgus) kann die Ursache sein. Die Großzehe ist seitlich fehlgestellt und ist nicht am Abrollvorgang des Fußes beteiligt. Die Kleinzehen müssen mehr leisten und sind überlastet. Früher bezeichnete man Schmerzen im Mittelfußbereich als „Spreizfußschmerz“. Heute weiß man, dass sich dahinter ein Arthroseschmerz der Mittelfußgelenke verbirgt. Anfangs spürt der Betroffene nach einer längeren Belastung ein ziehendes Gefühl im Mittelfuß. Diese Beschwerden treten dann auch nach kürzeren Gehstrecken auf und der Bereich wird so druckempfindlich, dass normale Schuhe nicht mehr getragen werden können. Die Schmerzen nehmen zu und das Abrollen des Fußes ist nicht mehr möglich. Spätestens dann sollte der Betroffene einen Orthopäden aufsuchen.

Die fünf Mittelfußknochen befinden sich im Fuß zwischen der Fußwurzel und den Zehen. Sie verlaufen fächerförmig von den Fußwurzelknochen nach vorn zu den Zehen und werden durch kräftige Bänder zusammengehal-

ten. Diese Fächer-Anordnung ermöglicht dem Vorfuß, sich beim Gehen an Unebenheiten anzupassen. Die Diagnose erfolgt durch Abtasten des Fußes und durch Röntgenuntersuchungen bzw. durch eine Kernspintomographie. Zu Beginn der Beschwerden wird mit orthopädischen Schuheinlagen der Fuß entlastet. Auch Krankengymnastik und Injektionen in die betroffenen Gelenke helfen. Die Umformungen durch den Verschleiß im Mittelfuß nehmen mit der Zeit zu und konservative Maßnahmen bringen keine Linderung mehr. Die einzige sichere Behandlung ist die Versteifung des Mittelfußgelenkes. Kunstgelenke helfen nicht und andere Operationsverfahren sind nicht möglich.

MetaCun ist eine echte Alternative mit überzeugenden Vorteilen für den Patienten.

Zusammen mit der Firma Merete in Berlin hat Dr. Walpert eine winkelstabile Titanplatte für die Mittelfuß-Wurzelgelenke entwickelt. Die MetaCun-Platte aus Titan gibt es in verschiedenen Längen. Für diese Entwicklungsarbeit sprachen



Gesunde Füße sind für einen natürlichen Bewegungsablauf unentbehrlich.

Regie auf Station I und II führt Oberschwester Margarethe

chen mehrere Gründe: Bisher wurden für die Versteifungsoperationen Schrauben oder Metallklammern eingesetzt, die sich aber häufig gelockert haben. Das bedeutete eine erneute OP, um die lockeren Schrauben zu entfernen und durch Metallimplantate zu ersetzen. Nach einer solchen OP ist es auch heute üblich, eine Gipsschiene anzulegen und den Fuß durch Gehhilfen zu entlasten. Erst nach vier bis sechs Wochen kann der Fuß nach und nach wieder belastet werden. Die neue Titanplatte gibt dem Patienten von Anfang die Sicherheit, dass sie sich nicht lockert. Ein weiterer Vorteil ist, dass sie so stabil konzipiert ist, dass der Fuß direkt nach der OP wieder voll belastbar ist. Der Patient trägt lediglich einen Verbandschuh, der komfortabler als ein Gipsverband oder ein Entlastungsschuh ist. Viele Patienten können damit schon wenige Wochen nach der Operation Auto fahren. Die neue Titanplatte kann dauerhaft im Fuß bleiben.



MetaCun aus Titan gibt es in verschiedenen Größen.

Wie solche innovativen Ideen entstehen.

Durch die große Zahl von Patienten mit Fußkrankungen in der Sprechstunde der Klinik Fleetinsel werden täglich neue und vielfältige Erkenntnisse gewonnen. Dadurch können bei vielen Diagnosen auch die Grenzen bisheriger Therapieverfahren zuverlässig eingeschätzt werden. Für Dr. Walpert persönlich ist es eine Herausforderung, Behandlungsverbesserungen für den Patienten zu erreichen. Wenn durch eine neue Titanplatte die Operationssicherheit verbessert wird und zugleich der Patient in seiner Mobilität weniger eingeschränkt ist, dann ist das für ihn eine echte medizinische Fortentwicklung.

Oberschwester Margarethe

„Alles zum Wohl des Patienten“ diesem Satz fühlt sich Schwester Margarethe mit ihrem Team aus Krankenschwestern, Krankenpflegern und Hilfskräften verpflichtet.

Schwester Margarethe ist seit 1997 in der Klinik Fleetinsel tätig und hat 2005 die Leitung der Stationen übernommen. Neben der Bettenplanung für 80 bis 120 frisch operierte Patienten pro Woche ist sie für das gesamte Team verantwortlich. Schwester Margarethe macht die Planung und Einteilung der Arbeit der Schwestern in Früh-, Spät- und Nachtdienste. Sie wählt neue Mitarbeiter aus – auch nach dem Gesichtspunkt, ob sie in das vorhandene Team passen – und sie begleitet deren Einarbeitung. Das ist jedes Mal ein sehr spezieller Prozess, der viel Erfahrung und auch Fingerspitzengefühl erfordert.

Neben diesen Tätigkeiten ist Schwester Margarethe für die Hilfskräfte der Küche der Klinik zuständig und für die Koordination mit dem benachbarten Hotel Steigenberger Hamburg. Die Patienten werden von der Küche des Steigenberger Hotels mit Frühstück, Mittagessen und Abendbrot ganz nach ihren persönlichen Wünschen versorgt. Das Küchenpersonal der Klinik fragt die individuellen Bestellungen der Speisen und Getränke ab und bringt diese dann stilvoll angerichtet zum Patienten. Dazu gehört natürlich auch der Kaffee am Nachmittag mit einem Stück frischgebackenen Kuchen. Natürlich werden dabei diätetische und OP-bezogene Vorgaben beachtet. Schwester Margarethe legt großen Wert darauf, dass auch spezielle Essenswünsche erfüllt werden. Wöchentlich finden Besprechungen mit der Pflegedienstleitung und der Geschäftsführung statt. Dabei gibt Schwester Margarethe einen aktuellen Überblick zur Einarbeitung der neuen Kollegen und Optimierung der Pflege-



Stationsleiterin Schwester Margarethe macht der Kontakt mit den Patienten viel Freude. Besondere Wünsche werden dabei gern erfüllt.

qualität. Auch mögliche Fortbildungsangebote für die Mitarbeiter werden besprochen und geplant. Schwester Margarethe hat, wie sie selber sagt, ihren Beruf gefunden. Was ihr in ihrem Beruf besondere Freude macht? Der Kontakt mit den Patienten, das Engagement, die gute Atmosphäre und Zusammenarbeit des gesamten Teams.



Fröhlich und engagiert im Einsatz: Ein Team aus 40 Schwestern, Pflegern und Hilfskräften tut alles, damit die Patienten sich wohl fühlen und schnell wieder gesund werden.

Verknöcherung der Achillessehne Operation jetzt erfolgreich möglich

Dr. med. Ernst-Helmut Schwer

Die Achillessehne ist zwar die kräftigste Sehne des menschlichen Körpers, aber auch eine seiner Schwachstellen. In der griechischen Mythologie wurde sie als verwundbarste Stelle des sonst unbesiegbaren Achilles bekannt und gab der Sehne später ihren Namen. Die wichtigste Aufgabe dieser starken Sehne ist die Beugung des Sprunggelenks, dadurch wird der Vorfuß kraftvoll nach unten gezogen. Eine Bewegung, die wichtig für das Abstoßen des Fußes beim Gehen und Laufen ist. Unter einer Achillessehnenüberlastung oder Entzündung leiden sehr häufig Profi- und Freizeitsportler wie Tennisspieler und Läufer. Eine solche Entzündung kann durch konservative Verfahren wie Injektionen, Physiotherapie, Stosswelle etc. behandelt werden. Erschwerend kann es zu einer Verknöcherung am Ansatz der Achillessehne (Achillessehnen-Ossifikation) kommen. Eine Erkrankung, die bisher nicht erfolgreich behandelbar war und das Ende der sportlichen Betätigung bedeutete. Rund 10 % der Deutschen leiden unter einem so genannten oberen Fersensporn, der meistens im Alter von 40 bis 60 Jahren auftritt. Jetzt wurde erstmals auf dem Kongress der DAF (Deutsche Assoziation für Fuß und Sprunggelenk)



Eine Achillessehnenüberbelastung entsteht häufig beim Sport und kann unangenehme Folgen haben.

eine neue Methode vorgestellt, mit der die Verknöcherung erfolgreich und vollständig abgetragen werden kann.

Dazu Dr. Ernst-Helmut Schwer, Arzt für Orthopädie, Sportmediziner, Gelenk- und Fußspezialist, der Klinik Fleetinsel.

Was genau ist ein Fersensporn? Wie entsteht er?

„Es wird unterschieden zwischen einem oberen und unteren Fersensporn. Beim oberen handelt es sich um eine Verknöcherung der Sehnenplatte am Ansatz des Fersenbeins. Mit der Zeit kann eine chronische Reizung mit Entzündung zu einer Kalzifikation und später spornartigen Verknöcherung des Achillessehnenansatzes führen. Diese verursacht druckbedingte Schmerzen in der Bewegung und Ruhephase.“

Wie geschieht die Diagnose?

„Es werden Ultraschall- und seitliche Röntgenaufnahmen des Fersenbeins gemacht. Durch Druck auf die Hinterseite der Ferse kann der Schmerz ausgelöst werden.“

Was kann konservativ getan werden?

„Die Behandlung eines chronisch gereizten Achillessehnen-Ansatzes dau-

ert lange. Hier können Injektionen mit Medikamenten oder eine Stosswellentherapie die Entzündung hemmen und die Schmerzen lindern. Eine Verknöcherung zu beheben, war bisher nicht möglich.“

Wie funktioniert das neue OP-Verfahren bei einer Verknöcherung?

„Über einen zentralen Längsschnitt werden die Achillessehne und der Knochenansatz freigelegt, die Achillessehne links und rechts abgehängt (s. Grafik). So liegt die krankhafte Knochenbildung frei und kann sauber abgetragen werden. Die Sehne wird danach wieder auf den richtigen Punkt fixiert und mit einer sehr haltbaren, neuen Überkreuznaht-Technik mit vier Bioankern (s. Abb.) wirksam stabilisiert. Die Vorteile der neuen Methode sind: Sie kann kurzstationär erfolgen, der Eingriff ist sehr präzise und ermöglicht eine komplette Ausschälung der krankhaften Verknöcherung. Der Patient erhält nach der OP einen Spezialschuh, durch den er sofort mobil ist. Nach sechs Monaten kann er wieder Sport treiben. Erfolgt keine Behandlung, kann es zu Dauerschmerzen kommen. Ein normales Gehen, bei dem der Fuß abgerollt wird, ist dann nicht mehr möglich.“

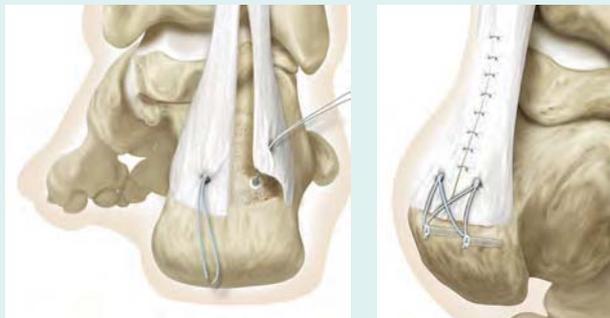
Wie sehen die ersten Ergebnisse mit dem neuen OP-Verfahren aus?

„Erste Ergebnisse einer Pilotstudie sind hervorragend, allerdings müssen noch die Langzeitergebnisse abgewartet werden.“

Gibt es Rückfälle und wie lange hält das Ergebnis vor?

„Erneute Ossifikationen (Knochenbildung) sind nicht völlig auszuschließen. Einer erneuten Verknöcherung kann aber durch die Einnahme von Antiphlogistika (Mittel gegen Entzündungen) vorgebeugt werden.“

Grafik links: Nach der Freilegung und dem Abtragen der krankhaften Knochenbildung wird die Sehne wieder auf dem richtigen Punkt fixiert. Grafik rechts: Mit einer sehr haltbaren, neuen Überkreuztechnik wird die Sehne mit vier Bioankern wirksam stabilisiert.



Das größte Hygienearisiko ist der Patient selbst

PD Dr. med. Achim Hedtmann

Die Geschichte der Hygiene begann Mitte des 19. Jahrhunderts mit den Bemühungen von Prof. Ignaz Semmelweis. Hygiene ist kein Luxus, sondern ein elementarer Bestandteil des ärztlichen Handelns. Dennoch infizieren sich jedes Jahr in Deutschland viele Menschen in einem Krankenhaus oder in einer Praxis. Dabei lässt sich ein Teil der Infektionen vermeiden. Die Infektionsrate ist in deutschen Krankenhäusern unterschiedlich hoch. Es gibt aber auch positive Beispiele wie die Klinik Fleetinsel Hamburg, wo diese Rate unter einem Prozent liegt. Das bedeutet mehr Sicherheit, kürzere Liegezeiten, Kostenersparnis und zufriedene Patienten. Dazu ein Gespräch mit Dr. Achim Hedtmann, Orthopäde, Schulter- und Rückenspezialist sowie Hygienebeauftragter der Klinik Fleetinsel Hamburg.

Es gibt klare Hygieneregeln bezüglich des Patienten, des OP-Teams, der verwendeten Instrumente und der OP-Räume. Verfolgt man die Berichterstattung zu diesem Thema in den Medien, so stimmt da einiges nicht. Immer wieder wird dargestellt, dass es keine einheitlichen Vorschriften oder zu wenig Wissen dazu gibt. Das Gegenteil ist der Fall – wir wissen sehr viel. Das Problem ist, dass die Hygieneanweisungen nicht eingehalten werden, weil der Leistungsdruck in den Krankenhäusern zu groß ist. Es gibt z. B. Häuser, in denen zwei Krankenschwestern für 60 Patienten zuständig sind. Wenn diese pro Tag nur zwei Patientenkontakte haben, insgesamt also jede 60, und wenn für das Desinfizieren der Hände 30 Sekunden angesetzt sind, benötigt jede Schwester pro Tag allein eine Stunde für diesen Vorgang. Die heutigen Desinfektionsmittel für die Hände sind übrigens sehr viel hautverträglicher, sie trocknen die Haut zwar aus, haben aber auch Rückfetter. Somit können

Hautirritationen kein Grund für mangelnde Händedesinfektion sein. Die Infektionsrate in Krankenhäusern und Kliniken ist unterschiedlich hoch. In der Klinik Fleetinsel Hamburg liegt sie unter einem Prozent, was sehr niedrig ist. Nicht nur bei einer OP kann sich der Patient infizieren, sondern z. B. auch, wenn eine Spritze in das Gelenk gesetzt wird. Das Risiko einer Infektion liegt bei ca. 1:30.000. Das Risiko, einen tödlichen Verkehrsunfall zu erleiden, bei ca. 1: 5000 pro Jahr und ist damit 6-mal höher.

Viele Kliniken betreiben heute Qualitätsmanagement und verfügen über Hygienepläne, die genau festlegen, wie die Hygiene rund um den Patienten erfolgen und der Patient desinfiziert werden muss. Jede Klinik hat einen oder mehrere Hygienebeauftragte, die die Hygienepläne erstellen und deren Einhaltung überwachen. Außerdem erfolgen regelmäßige Kontrollen durch das Gesundheitsamt. Nach § 23 des Infektionsschutzgesetzes muss jede Klinik eine Infektionsstatistik führen. Die Art der Keime wird registriert und entsprechende Maßnahmen eingeleitet.

Ein besonderes Thema sind die MRSA (multiresistente Keime), die auf die meisten Antibiotika nicht mehr reagieren. Das bedeutet für die Patienten und die Klinik dann ein echtes Problem. MRSA-Keime sind nicht aggressiver als sonstige Bakterien. Die Gefährdung ist nur größer, weil sie schlechter behandelbar sind.

Bei einem künstlichen Gelenk ist die Oberfläche des Gelenks für Bakterien, die einen Schutzfilm bilden, ein idealer Nährboden. Das größte Risiko ist die Haut des Patienten, die man nicht vollständig desinfizieren kann, wenn ein Schnitt in die Haut erfolgt. Anders als z. B. bei chirurgischen Instrumenten kann man die Haut eines Patienten nicht sterilisieren (das wäre mit dem Leben nicht vereinbar), sondern nur desinfizieren: Da in der Tiefe der Haut-

poren ein Rest von Bakterien verbleibt und man nur 99,7 bis 99,9 % abtöten kann, verbleibt zwangsläufig ein Restrisiko. Im menschlichen Körper kreisen ständig Bakterien. Wenn sich diese in Bewegung setzen, z. B. nach dem Zähneputzen, können sie im Körper wandern, sich im Kunstgelenk festsetzen und dort eine chronische Infektion hervorrufen. In so einem Fall muss das künstliche Gelenk ausgetauscht werden.

Ein erhöhtes Risiko haben auch multimorbide, ältere Patienten, bei denen das Immunsystem nicht mehr so gut arbeitet. Das Risiko ist vorhanden, sobald ein Schnitt in die Haut erfolgt. Das gilt auch für eine Tätowierung. Auch hier besteht die Gefahr, dass Krankheitserreger in die Tiefe der Haut und in den Körper gelangen. Normalerweise wehrt der Körper diese Erreger ab.

Besonders viele Bakterien werden beim Händeschütteln übertragen. Aus diesem Grund ist es verständlich und keine Unhöflichkeit, wenn der Arzt es möglichst vermeidet, dem Patienten die Hand zu geben. In der Klinik Fleetinsel werden regelmäßig Hygienelehrgänge für das OP-Team und die Krankenschwestern durchgeführt. Das ist zwar ein Kostenfaktor, aber die Sicherheit der Patienten steht an erster Stelle. In der Klinik werden außerdem auch regelmäßig Brandschutz-, Notfallübungen und Überprüfungen des Strahlenschutzes im Röntgenbereich durchgeführt.



Der Patient ist das größte Problem bei der Beachtung der Hygienemaßnahmen in einer Klinik. Er kann nicht vollständig desinfiziert werden.

Arthrose im Hüftgelenk?

Ein künstliches Gelenk befreit von Schmerzen und macht wieder Lust auf mehr Bewegung.

Dr. med. Roland Sellckau



Viel Bewegung nach der OP ist die beste Medizin. Erstaunlich schnell ist man wieder schmerzfrei und freut sich über die neu gewonnene Mobilität.

Der Ersatz des Hüftgelenks durch ein künstliches Gelenk (Hüft-Endoprothese) ist in Deutschland eine der häufigsten Operationen (ca. 220.000-mal pro Jahr). Andere Gelenke, die heute relativ oft ersetzt werden, sind das Knie- und Schultergelenk. Das künstliche Hüftgelenk ist genauso zusammengesetzt wie das natürliche Gelenk. Es besteht aus einer künstlichen Gelenkpfanne und einem Gelenkkopf, der auf einer Schaftprothese sitzt (s. Abb.). Die Gelenkpfanne wird in den Beckenknochen implantiert, während der Gelenkkopf mit dem zugehörigen Schaft in den Oberschenkelknochen eingeführt wird.

Was kann getan werden bei Arthrose im Hüftgelenk?

Es gibt Möglichkeiten der konservativen Orthopädie wie Kälte- und Wärmebehandlung, Akupunktur und Physiotherapie, um die Schmerzen zu lindern und die Beweglichkeit der Hüftpfanne zu verbessern oder zu erhalten. Wenn die Arthrose aber fortgeschritten und kein Knorpel mehr in der Gelenkpfanne

vorhanden ist, werden die Bewegungen immer schmerzhafter und die Beweglichkeit reduziert sich weiter. Das kann so weit gehen, dass das betroffene Gelenk auf den Verschleiß mit knöchernen Wucherungen am Hüftknochen reagiert, sogenannte Osteophyten. Irgendwann ist dann der Zeitpunkt für eine Operation gekommen.

Wie sieht so ein Gelenkersatz aus?

Beim Einsatz eines künstlichen Hüftgelenks handelt es sich um einen operativen Eingriff, bei dem der Hüftkopf entfernt und durch eine künstliche Hüftpfanne mit einer Schaftprothese inkl. Gelenkkopf ersetzt wird.

Die Implantate für das Hüftgelenk bestehen meist aus Titan. Es gibt für die Implantate im Oberschenkel verschiedene Typen. Die **Hüftkappe** wird wie eine Zahnkrone auf den Hüftkopf aufgesetzt, ist aber selten geworden. Eine **Kurzschafthprothese** ist genauso knochenparend und wird im Schenkelhals verankert. Weiterhin gibt es die sogenannte **konventionelle Schaftprothese**, die direkt im Oberschenkelknochen verankert wird.

Wie wird das Implantat im Knochen fixiert?

Es gibt zwei Möglichkeiten der Verankerung: „Zementfrei“ und „zementiert“. Bei der zementfreien Art der Endoprothese werden die künstliche Hüftpfanne und der Prothesenschaft mit dem Knochen fest verbunden bzw. so verblockt, dass der Knochen nach einiger Zeit in die speziell beschichtete Prothesenoberfläche einwächst. Dadurch entsteht eine dauerhafte Fixierung.

Für die zementierte Version wird ein schnell härtender Knochenzement verwendet. Sowohl die Gelenkpfanne als auch der Schaft werden dabei einzementiert und auf diese Weise mit dem Knochen verbunden.

Die Hybridprothese ist eine Kombination aus zementfreier Pfanne und zementierter Schaftprothese.

Die Auswahl des idealen Implantats hängt von der Knochenqualität, der Knochenform und auch – aber nicht ausschließlich – vom Alter des Patienten ab.

Auf welche Art und Weise wird ein Implantat eingesetzt?

Der Eingriff wird heute auf minimal-invasive Weise durchgeführt, um insbesondere Sehnen und Muskeln zu schonen. Es geht dabei nicht nur um möglichst kleine Hautschnitte an der Oberfläche, sondern um die behutsame OP-Technik in der Tiefe des Gewebes.

Endoprothesen für die Hüfte sind in der Herstellung immer anspruchsvoller geworden.

Ja, das stimmt. Um eine ungehinderte, dauerhafte und schmerzfreie Funktion



Hier eine Hüft-Total-Endoprothese, die durchschnittlich 15 bis 20 Jahre hält.



Nach der OP und Reha ist auch wieder Sport möglich. Die Sportart sollte mit dem Arzt abgestimmt werden.

des neuen Hüftgelenks zu erreichen, werden heute an die Materialien des künstlichen Hüftgelenks hohe Anforderungen gestellt. Sie müssen korrosionsbeständig und verträglich sein und außerdem den im Körper entstehenden Druck- und Bewegungsbelastungen standhalten. Das Material muss entsprechend haltbar sein, es darf nicht brechen. Und was besonders wichtig ist, es darf möglichst kein Abrieb am Gelenkkopf und der -pfanne entstehen. Zum Einsatz kommen deswegen modernste Materialien wie Keramik, Metall und Spezialkunststoffe. Hat ein Patient eine Nickelallergie, muss dies bei der Auswahl der Hüftendoprothese berücksichtigt werden.

Wie lange hält eine Hüftendoprothese und wann ist eine Wechsel-OP notwendig?

Die moderne Generation der Hüft-Prothesen hält durchschnittlich etwa 15 bis 20 Jahre. Es sind auch viele Verläufe von mittlerweile 30 Jahren bekannt. Eine Wechseloperation ist notwendig, wenn sich ein Implantat im Knochen lockert oder wenn das Implantat durch Abrieb Schaden nimmt, was heute durch die moderne Fertigung seltener geworden ist. Wichtig: Je knochenschonender die Erst-OP war, um so besser für den Erfolg der Wechsel-OP

In welchen Fällen kann eine Lockerung der Hüftendoprothese auftreten und warum?

Das Hüftimplantat ist im Knochen verankert. Der Knochen „lebt“, baut sich also immer wieder auf und ab, während das Implantat „totes“ Material ist. Somit kann der Kontakt zwischen „totem“ und „lebendem“ Material im Laufe der Jahre verloren gehen. Das Ergebnis: Das Implantat lockert sich.

Erstaunlich ist, dass der Patient nach dem Eingriff relativ schmerzfrei ist. Wie erklärt sich das?

Ziel der OP ist es, möglichst ohne große Gewebeschäden zu operieren, was postoperativ Schmerzen reduziert. Außerdem ermöglicht es die moderne Schmerztherapie, dem Patienten Schmerzen nach dem Eingriff zu ersparen.

Am Tag nach der OP werden bereits leichte physiotherapeutische Übungen gemacht, warum ist das so wichtig?

Der Patient soll dadurch schnell wieder mobil werden, was schon wegen der Thrombosegefahr wichtig ist. Und er lernt bereits in der Klinik das Gehen mit den Gehhilfen. Intensive Physiotherapie begünstigt die schnelle Heilung. Das Besondere in unserer Klinik ist, dass die physiotherapeutische Betreuung des gerade operierten Patienten mindestens zweimal am Tag und sogar am Wochenende erfolgt. Das gilt auch für eine eventuell notwendige Lymphdrainage.

Wann ist der richtige Zeitpunkt für eine Hüftoperation?

Oft ist der Leidensdruck des Patienten schon relativ groß. Die Beweglichkeit ist eingeschränkt und mit Schmerzen verbunden. Wenn dann noch zu Schmerzmitteln gegriffen wird, sollte der Patient sich entscheiden und sich vom Arzt beraten lassen. Es gibt viele Patienten, die nach der OP sagen: „Hätte ich das doch schon eher machen lassen.“ Das sind vor allem Menschen, die wieder Freude an der Bewegung haben. Und die jetzt fast alles wieder machen können – sogar Sport.

Medienspiegel

Hier finden Sie einige Beispiele von redaktionellen Beiträgen, die in Zusammenarbeit mit einzelnen Experten der Klinik erstellt und in verschiedenen Zeitschriften sowie Tages- und Wochenendzeitungen veröffentlicht wurden. Die Veröffentlichungen können auch im Internet unter www.klinik-fleetinsel.de (siehe Presse und Medien) als PDF herunter geladen werden.



Fit for fun

Die 5 häufigsten Sportprobleme bei Füßen

Dr. Werner Siekmann



Nicht auf die leichte Schulter nehmen: Schulterprobleme

PD Dr. Andreas Werner



Probleme mit den Bändern

Dr. Diedrich Haesen



Knackpunkt Knie

Dr. Roland Sellckau



Hilfe bei Verrenkung der Kniescheibe

Dr. Werner Siekmann



Titan im Fuß

Neue Platte nach Versteifungsoperation

Dr. Jürgen Walpert

Bei irreparabilem Sehnenriss in der Schultersehnen-Manschette:

Hilfe durch die spezielle, „umgedrehte“ Schulter-Endoprothese

PD Dr. med. Andreas Werner

Die Schulter des Menschen ist ein muskelgeführtes Gelenk. Von Natur ist die Gelenkpfanne der Schulter recht klein und der Oberarmkopf recht groß. Beides befindet sich innerhalb einer relativ weiten Gelenkkapsel. Das sind die Gründe dafür, dass das Schultergelenk den größten Bewegungsumfang aller Gelenke des Körpers besitzt. Eine wichtige Voraussetzung für die freie Funktion des Schultergelenks ist aber, dass die Muskelsehnen-Manschette, die das Gelenk stabilisiert und bewegt, die so genannte Rotatoren-Manschette, intakt ist.

Häufig liegt bei älteren Patienten eine Verschleißsituation vor, die Sehnenrisse in der Rotatorenmanschette verursacht. Die Folge von großen, chronischen Sehnendefekten ist, dass dem Oberarmkopf die Führung fehlt; die Beweglichkeit des Armes ist u. U. eingeschränkt und jede Bewegung mit großen Schmerzen verbunden. Meist liegen dann auch ausgedehnte Veränderungen in den entsprechenden Muskeln vor. In diesem Fall kann oft nur noch ein künstliches Schultergelenk helfen. Ist der Austausch des Schultergelenks durch ein künstliches erforderlich, gibt es zwei Prothesentypen: Die konventionelle, anatomische Schulterprothese im Sinne des Oberflächenersatzes und die sogenannte „inverse“ Prothese. Der konventionelle Prothesentyp wird verwendet, wenn die Rotatorenmanschette noch intakt ist. Liegt aber eine Gelenkerkrankung mit irreparabilem Sehnenriss vor, wird vor allem bei älteren Patienten meistens der „inverse“ Typ verwendet. Das Besondere der inversen Prothese besteht darin, die normale Anatomie einfach umzudrehen. Durch die Umkehr

von Halbkugel und Pfanne kann mechanisch eine deutliche Verbesserung der Kraft vor allem des Schulterkappen-Muskels, des Deltamuskels, erzielt werden. Verbunden mit einer sehr guten Schmerzbefreiung sowie einer verbesserten Bewältigung der Belastungen im Alltag.

Dazu Fragen an Dr. Andreas Werner, Orthopäde und Schulter-Spezialist der Klinik Fleetinsel Hamburg.

Welche Vorteile hat die inverse Prothese und für wen ist sie geeignet?

„Durch die spezielle Bauart wird die Zugkraft des äußeren Kappenmuskels (Deltamuskel) verbessert, der zuvor oft funktionslos war. So kann wieder annähernd normal bewegt werden. Sie ist besonders geeignet für ältere Patienten ca. ab dem 70. Lebensjahr, mit großen, irreparablen Sehnenrissen und entsprechender Beeinträchtigung in der Beweglichkeit.“

Reicht die so wiederhergestellte Rotation und Beweglichkeit der Schulter im Alltag aus?

„Zu Beginn der Reha-Phase muss die inverse Prothese recht zurückhaltend nachbehandelt werden, da die Muskulatur erst wieder eine gewisse Spannung aufbauen muss, um das Gelenk zu stabilisieren. In der Regel sind die betroffenen Patienten nach Abschluss der Rehabilitation in der Lage, sich alleine

im Alltag zu versorgen.“



Bei älteren Patienten wird die „inverse“ Prothese verwendet. Hierbei wird die Pfanne und Halbkugel des Kunstgelenks umgekehrt.

Wissenswertes ...

Medizin von A-Z

Fachbegriffe leicht verständlich

Achillessehne (Tendo Achillis)

Mit Hilfe der Achillessehne kann der Fuß nach unten bewegt und abgerollt werden. Bei großen Belastungen ist es möglich, dass die Achillessehne reißt oder auch mit Knochenanteilen vom Fersenbein abbricht. Viele Achillessehnen-Rupturen passieren beim Sport.

Endoprothese

Eine Endoprothese (von griech.: endo = innen) ist ein künstlicher Gelenkersatz für Hüfte, Knie oder Schulter oder andere Gelenke.

MetaCun Platte

Neue, winkelstabile Titanplatte in verschiedenen Längen, die bei Verletzungen der Mittelfuß-Wurzelgelenke verwendet wird. Sie wurde von Dr. Jürgen Walpert, Klinik Fleetinsel Hamburg, zusammen mit der Firma Merete in Berlin entwickelt.

Mittelfußknochen

Jeder Mensch hat an jedem Fuß zwischen Fußwurzel und Zehen fünf Mittelfußknochen (lat. Ossa metatarsalia).

„Inverse“ Schulterprothese

Als „invers“ werden künstliche Schultergelenke bezeichnet, weil sie im Vergleich zum normalen Schultergelenk umgekehrt konstruiert sind.

Luxation

Als Luxation (von lat. luxare = verrenken) wird das Verrenken oder Auskugeln von Knochen bezeichnet.

Wechsel-OP

Eine Wechsel-OP wird nötig, wenn sich ein künstliches Hüft- oder Kniegelenk gelockert hat.

IMPRESSUM

Herausgeber:

Klinik Fleetinsel Hamburg GmbH & Co. KG
Admiralitätsstraße 3-4, 20459 Hamburg
Telefon 040/3767 1-0

Internet: www.klinik-fleetinsel.de

E-Mail: info@klinik-fleetinsel.de

Verantwortlich für den Inhalt:

Dr. Achim Hedtmann, Dr. Roland Sellckau

Redaktion:

Ellen Hosbach, Johanna Strömsdörfer
Ellen Hosbach Kommunikationsberatung Hamburg

Gestaltung und Druck:

LD Druck, Hamburg