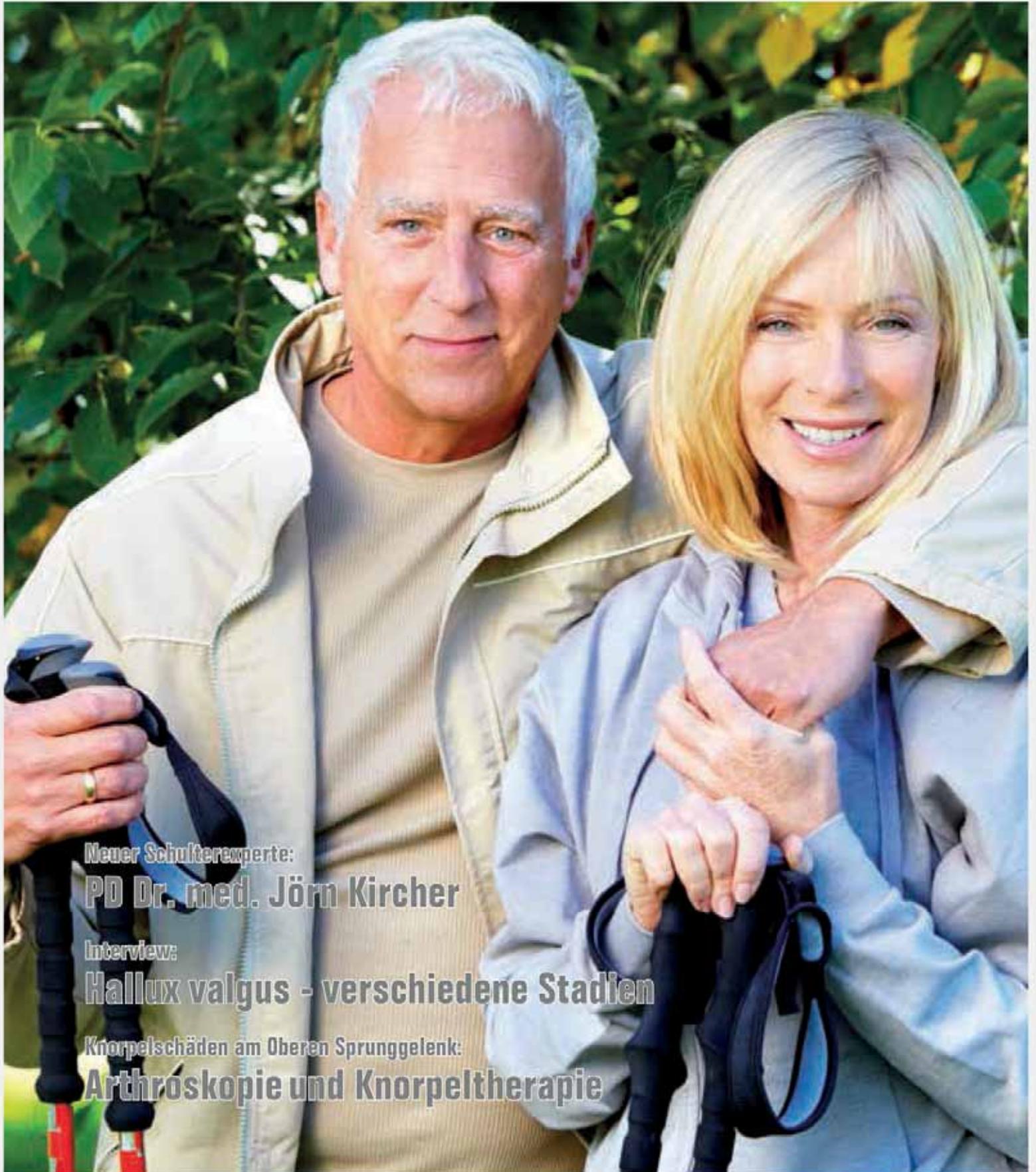




DAS KLINIK FLEETINSEL MAGAZIN



Neuer Schulterexperte:

PD Dr. med. Jörn Kircher

Interview:

Hallux valgus - verschiedene Stadien

Knorpelschäden am Oberen Sprunggelenk:

Arthroskopie und Knorpeltherapie



Inhalt

- Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens
 Enge im Wirbelkanal der Lendenwirbelsäule
 PD Dr. med. Achim Hedtmann
 Seite 3-4
- Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens
 Wirbelsäule im Alter und die besondere Rolle der Bandscheiben
 PD Dr. med. Achim Hedtmann
 Seite 5-6
- Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens
 Bandscheibenvorfall an der LWS. Wie können moderne Therapien helfen?
 PD Dr. med. Michael Muschik
 Seite 7-8
- Vorgestellt
 Dr. med. Sabine Bleuel
 Das aktuelle Interview
 Hallux valgus in verschiedenen Stadien
 Seite 9-10
- Vorgestellt
 PD Dr. med. Jörn Kircher
 Arthrose im Schultergelenk
 Frühzeitige Erkennung und gezielte Therapie
 Seite 11-12
- Nachgefragt
 Knorpelschäden am Oberen Sprunggelenk
 Dr. med. Ernst Helmut Schwer
 Seite 13-14
- Tipps für Ihre Gesundheit
 von den Experten der Klinik Fleetinsel Hamburg
 Seite 14
- Patientenbericht
 Klinik Fleetinsel Hamburg
 Seite 15
- Medienspiegel
 Wissenswertes - Medizin von A - Z
 Impressum
 Seite 16



Liebe Leserin, lieber Leser,

die Wirbelsäulenorthopädie und -chirurgie wird angesichts der demografischen Entwicklung immer wichtiger. Die Zahl der Patienten mit degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule nimmt rasant zu. Die Erkenntnisse über die Veränderungen der Wirbelsäule im Alter sind dem Laien heute leider immer noch wenig bekannt.

Die Forschung in der Wirbelsäulenchirurgie beschäftigt sich mit der Weiterentwicklung minimal-invasiver Operationstechniken. Bandscheibenersatz mit Prothese oder die Fusion (Stabilisierung der Wirbelsäule) sind heute Routineeingriffe.

Fusionen gehören zu den häufigsten Eingriffen in der Wirbelsäulenchirurgie. In dafür spezialisierten Kliniken - wie die Klinik Fleetinsel Hamburg - geschehen diese minimal-invasiv, d.h. mit kleinen Hautschnitten und geringer Gewebeschädigung. Der Vorteil dieser Verfahren ist, dass der Patient schneller wieder mobil ist.

Moderne Verfahren und die Entwicklung innovativer Implantate haben dazu beigetragen, dass Patienten weniger Bedenken vor einem operativen Eingriff an der Wirbelsäule haben müssen. Lesen Sie dazu das Schwerpunktthema „Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens“ in diesem Magazin.

Ihr PD Dr. med. Michael Muschik





Enge im Wirbelkanal der Lendenwirbelsäule?

Ein minimal-invasiver Eingriff befreit von Schmerzen und macht schnell wieder mobil. Es trifft Menschen ab 50 Jahre beim Laufen, Gehen, Golfen oder Shopping. Plötzlich geht nichts mehr. Heftige Schmerzen schießen von der Lendenwirbelsäule in die Beine. Eine kurze Pause und die Schmerzen lassen nach.



PD Dr. med. Achim Hedtmann,
Schulter- und Wirbelsäulenspezialist

Viele Betroffene gehen in solch einer Situation instinktiv in die Hocke. Ideal, denn so bilden sich die Symptome in wenigen Minuten zurück. Aber genau so schnell sind sie wieder da.

Verwechselbar mit der Schaufenster-Krankheit und doch ganz anders.

Die Symptome ähneln zwar der so genannten „Schaufenster-Krankheit“, bei der die Arterien verengt sind, sie beschreiben aber eine andere, wenig bekannte Krankheit, die Wirbelkanalverengung. Diese hat andere Ursachen. Dazu eine kurze Erklärung der Wirbelsäule (s. Grafik). Die Wirbelsäule ist aus einzelnen Wirbeln aufgebaut, die den Wirbelkanal umschließen (s. Abb. 1 und 2a). Im Wirbelkanal liegt geschützt das Rückenmark, das in der Höhe des zweiten Lendenwirbels

endet. Darunter verlaufen die vom Rückenmark abgehenden Nervenfasern. Der Wirbelkanal (Spinalkanal) ist normalerweise so weit, dass die Nervenfasern dort ausreichend Platz haben. Der Kanal wird vorne von den Rückflächen der Wirbelkörper bzw. der Bandscheibe begrenzt sowie seitlich von den Wirbelgelenken und den Wirbelbögen, die jeweils durch ein Band verbunden sind. Die Wirbelbögen verbinden sich hinten zum Dornfortsatz (s. Abb. 2a). Der Wirbelkanal kann seitlich, örtlich oder allgemein eingeengt sein.

Die Ursachen sind bekannt, doch die Krankheit wird oft nicht rechtzeitig erkannt.

Die Ursachen für eine Spinalkanalstenose sind anlage- und/oder

Fortsetzung nächste Seite



Abb. 2a:
Wirbelkörper mit normalem
Wirbelkanal

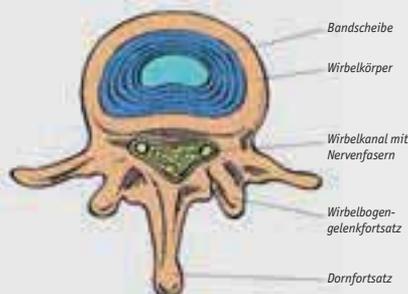


Abb. 2b:
Wirbelkörper mit verengtem
Wirbelkanal

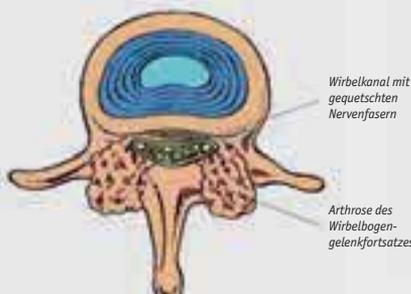


Abb. 1: Aufbau der Wirbelsäule



Therapie mit Krankengymnastik (= Physiotherapie) kann bei Rückenbeschwerden Besserung bringen.



*Typische Beschwerden sind Schmerzen
- vor allem in der Lendenwirbelsäule -
und Gehstörungen*

verschleißbedingt. Die Nerven im eingengten Wirbelkanal werden gequetscht und es treten die typischen Beschwerden wie Schmerzen und Gehstörungen auf. Die Gehstrecken solcher Patienten werden mit der Zeit immer kürzer. Auch Schweregefühl in den Beinen beim Gehen, Taubheitsgefühl, Kribbeln oder Lähmung, aber auch Blasen- und Mastdarmstörungen können auftreten.

Druck kann zu bleibenden Schäden führen.

Durch den ständigen Druck im Spinalkanal kann es zu bleibenden Schädigungen der Nervenwurzeln kommen. Die Enge kann in allen Abschnitten des Wirbelkanals auftreten, betrifft aber vor allem die Lendenwirbelsäule. Betroffen sind überwiegend Menschen ab 50 Jahre. Die Erkrankung nimmt zu, ist aber leider auch in Medizinerkreisen noch wenig bekannt. Oft dauert es Jahre, bis eine richtige Diagnose gestellt wird.

Gereizte Nerven? Dann reicht eine konservative Behandlung.

Das bedeutet Medikamente, physikalische Therapie, Krankengymnastik. Wenn diese keine deutliche Besserung bringen, ist eine Operation angebracht. Ziel dabei ist, die bedrängten Nervenfasern von ihrem

Druck zu entlasten. Dazu werden die Knochen-, Gelenk-, Bänder- und ggf. Bandscheibenanteile, die den Spinalkanal einengen, mit einer feinen Diamantfräse entfernt.

Ein operatives Verfahren, das durch einen erfahrenen Wirbelchirurgen erfolgen sollte. Der Schnitt bei diesem Eingriff ist nur 3-4 Zentimeter breit, nach wenigen Tagen ist der Patient wieder mobil.

Viele Patienten, die vorher nur noch wenige Meter laufen konnten, empfinden diese Operation als ein Wunder.

OP mit guten Erfolgsaussichten.

70-80 % sind mit der Operation zufrieden. Bei gleichzeitiger Wirbelsäulenverkrümmung (Skoliose) oder Wirbelgleiten ist ggf. auch ein zusätzlicher stabilisierender Eingriff erforderlich.

Bei schweren Verschleißerscheinungen ist nach dem operativen Eingriff die Belastbarkeit der Wirbelsäule vermindert. Daher sollte der Patient in den ersten Wochen nach dem Eingriff starke Belastungen der Lendenwirbelsäule vermeiden – dazu gehören schweres Heben, extreme Drehbewegungen und ruckartige Bewegungen.



Wirbelsäule im Alter und die besondere Rolle der Bandscheiben.



PD Dr. med. Achim Hedtmann,
Schulter- und Wirbelsäulenspezialist

Angesichts der demografischen Entwicklung wird die Wirbelsäulenorthopädie und -chirurgie immer wichtiger. Die Zahl der Patienten mit degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule nimmt ständig zu. In diesem Bereich wird viel geforscht und es werden neue OP-Techniken entwickelt. Viele Ursachen für Wirbelsäulenleiden sind aber heute noch nicht eindeutig bekannt wie z. B. die genetischen Faktoren.

Die Orthopädie und Chirurgie der Wirbelsäule sind sehr komplex. Sie erfordern ein umfangreiches Wissen über den Aufbau, über Bandscheiben, Gelenke, Nerven, Rückenmark und auch über die Biomechanik der Wirbelsäule. Die Erkenntnisse über die Veränderungen der Wirbelsäule im Alter sind vielen Patienten kaum bekannt. Sie wissen auch wenig über die Funktion der Wirbelsäule. Daher bietet die Klinik Fleetinsel Hamburg Patienten mit Wirbelsäulenproblemen eine kompetente Spezial-Sprechstunde für Wirbelsäulenerkrankungen an.

Was passiert, wenn die Wirbelsäule altert?

Die Veränderung der Wirbelsäule beim älteren Menschen kann leicht erklärt werden, wenn man weiß, woraus die Bandscheiben bestehen und wodurch sie verändert werden. Bei einem altersbedingten Verschleiß der Bandscheiben kommt es zu einer Verschiebung der Kräfte, die auf die Wirbelsäule einwirken. Die Wirbelsäule besteht aus Wirbelgelenken, Wirbelkörpern, Muskeln, Sehnen und Bändern, die sich gegenseitig beeinflussen und die Wirbelsäule stabilisieren. Eine besondere Funktion kommt der Bandscheibe zu, die eine Art Puffer zwischen den Wirbelkörpern ist. Sie besteht aus miteinander verspannten Fasern. In der Mitte

besitzen die Bandscheiben einen gelatineartigen Kern, der normalerweise zu 80-90 % aus Wasser besteht. Im Laufe des Lebens nimmt der Flüssigkeitsgehalt ab und damit verlieren die Bandscheiben an Höhe. Die Bandscheibe kann sich im Unterschied zu anderen Geweben des Körpers nicht selbst regenerieren, da sie nicht über die Blutgefäße versorgt wird. Der Ausgleich geschieht über einen Flüssigkeitsaustausch durch wechselnde Druckverhältnisse. Beim Liegen entspannt sich die Wirbelsäule und nimmt wieder Flüssigkeit auf. Eine Bandscheibe im Querschnitt zeigt das Fasergeflecht, das nach jahrelanger Beanspruchung gedehnter ist und es dem Kern ermöglicht, in die geschwächten Bereiche auszutreten. Im Laufe der Zeit verändern sich die Kräfteverhältnisse und die angrenzenden Wirbelkörper werden stärker belastet. Dort wo der Druck besonders groß ist, reagiert der Körper mit dem Anbau von Knochen (Spondylophyten) an den Wirbelkörpern. Dies kann weiter voranschreiten, bis sich einzelne Wirbelsäulenabschnitte spontan versteifen. Die Folge war früher, dass sich die Wirbelsäule weiter verkrümmte und der Patient im Alter einen Gehstock benutzen musste, was damals als normal galt.

Sagen die Beschwerden etwas aus über den Verschleiß der Wirbelsäule?

Ein Viertel aller Menschen im Alter von Ende Zwanzig haben bereits Risse in einzelnen Bandscheiben. Mit Mitte Dreißig haben vier von zehn Menschen abgenutzte Wirbelsäulengelenke. Mit Siebzig hat sie jeder. Wie stark der Verschleiß sich entwickelt, bestimmen weitgehend die Veranlagung und die körperliche Belastung. Der individuelle Leidensdruck und die Einschränkung der Lebensqualität sind von Mensch zu Mensch unterschiedlich. Daher kann man nicht vom Verschleiß auf vorliegende Schmerzen oder umgekehrt Rückschlüsse ziehen.

Heute klagen vor allem Menschen im Alter von 30 bis 55 Jahren über Rückenschmerzen. Logisch wäre, dass die 60-jährigen stärker darunter litten, weil ihre Wirbelsäule altersmäßig mehr abgenutzt ist. Der Grad der Abnutzung aber sagt wenig darüber aus, ob der Rücken schmerzt und wie gut sich jemand bewegen kann. Schwere verschleißbedingte Veränderungen, die im Röntgenbild sichtbar sind, müssen keine großen Schmerzen verursachen. Und wenn im Röntgenbild nur wenige Veränderungen erkennbar sind, muss der Patient keine großen Beschwerden haben, die ihn stark in der Mobilität beeinträchtigen. Die Diagnosestellung solcher Beschwerden ist sehr komplex und die Therapiemöglichkeiten müssen individuell auf den Patienten abgestimmt sein.



Wichtig ist es, die Rückenmuskulatur durch gezielte Übungen zu stärken. Vor allen die Bandscheiben brauchen Bewegung und auch Phasen der Ruhe, um den Stoffwechsel zu erhalten.

Was hat sich in der Therapie verändert?

Lange Zeit wurde zu früh und undifferenziert operiert. Dabei wurde häufig zu wenig Augenmerk auf die patientenbezogenen Beschwerden und vor allem den persönlichen Anspruch an die Lebensqualität gelegt. Die Tatsache, dass ein alternder Mensch auch sehr gut mit einer alternden Wirbelsäule zurechtkommen kann, wurde zu wenig beachtet. Heute werden Indikationen für eine Operation wieder zurückhaltender gestellt. Es werden möglichst kleine Operationen großen Eingriffen vorgezogen.

Früher hat man die Wirbelsäule versteift, was bedeutet das?

Die Wirbelsäule besteht aus Einzelgliedern (Segmenten), die sich einwirkenden Kräften (Vor- und Rückneigung, Rotation und Kompression) gut anpassen können. Dabei haben die einzelnen Anteile eine spezifische Funktion. Die Zwischenwirbelgelenke begrenzen die Rotation und „führen“ die Vor- und Rückneigung aus. Die geschwungene Form und die Bandscheiben fangen Stöße auf und können die Energie bei weiterer Bewegung auch wieder abgeben. Wird die Wirbelsäule versteift, werden einzelne Bewegungssegmente

miteinander durch Implantate verbunden und ein knöchernes „Verwachsen“ provoziert. Das führt zu einer Mehrbelastung in den angrenzenden Bewegungssegmenten und es besteht die Gefahr eines frühzeitigen Anschlussverschleißes. Für einige Bereiche der Wirbelsäule werden daher künstliche Bandscheiben entwickelt, um diesem Anschlussverschleiß vorzubeugen.

Was hat sich beim künstlichen Bandscheibenersatz getan?

Die Prothesen haben sich weiter entwickelt. Sie waren früher mehrteilig mit der Gefahr der Dislokation (Verrutschen) einzelner Anteile und ohne die Möglichkeit, axiale Stöße und Belastungen aufzunehmen. Moderne Implantate bestehen heute nur noch aus einem in sich geschlossenen System und ermöglichen es so, auch senkrechte Stöße aufnehmen zu können, ohne in sich die Gefahr eines Verrutschens der Anteile gegeneinander zu besitzen. Die Bandscheibenprothese wird vor allem bei jungen Patienten (bis meist zum 65. Lebensjahr) mit einer verschlissenen Bandscheibe eingesetzt, da sie im Gegensatz zur Versteifung (Fusion) die Beweglichkeit der Wirbelsäule erhält. Allerdings ist zu beachten, dass nicht jeder Patient für eine solche Prothese qualifiziert ist. Hat der Patient einen Bandscheibenverschleiß (Diskopathie) ohne Arthrose in den Zwischenwirbelgelenken und ist er jung, ist er der ideale Patient. Hat

er aber beides – also eine Diskopathie und eine Arthrose der Zwischenwirbelgelenke –, ist er in der Regel nicht für eine Bandscheibenprothese geeignet, denn er würde möglicherweise trotz aufwändiger Operation einen Teil seiner Schmerzen behalten.

Stimmt es, dass Bandscheibenvorfälle über Jahre von selber heilen können? Wieso?

Ja, heute weiß man das. Nicht immer wurde in der vergangenen Zeit dieser Tatsache Bedeutung geschenkt. Heutzutage wartet man ab, wenn keine schweren Gründe für eine OP vorliegen wie unerträgliche, nicht therapierbare Schmerzen, Entzündungen oder Lähmungen. Wer sich für eine konservative Therapie entscheidet, muss viel Geduld mitbringen. Das haben manche Menschen nicht, viele wollen oder müssen schnell wieder fit sein und drängen auf eine OP. Wer aber Zeit hat, hat gute Chancen, ohne OP zurechtkommen, denn evtl. vorgefallenes Bandscheibengewebe wird häufig im Laufe der Zeit vom Körper resorbiert, d.h. dem Gewebe Flüssigkeit entfernt und abgebaut. Restliche Anteile verschieben sich auch in Bereiche des Nervenkanals, in denen kein Druck auf Nerven ausgeübt wird und die Beschwerden somit deutlich zurückgehen.



Bandscheibenvorfall an der LWS. Wie können moderne Therapien helfen?



PD Dr. med. Michael Muschik,
Facharzt für Orthopädie, Unfallchirurgie
und für Physikalische Therapie

Wenn der Rücken schlagartig stark schmerzt, kann das ein Zeichen für einen „Diskusprolaps“, einen Bandscheibenvorfall, sein. Meistens tritt er im unteren Lendenwirbelbereich der Wirbelsäule auf, seltener an der Halswirbel- oder Brustwirbelsäule. Am häufigsten sind Männer und Frauen zwischen 35 und 55 Jahren betroffen. Was ist zu tun? Wann muss operiert werden?

Was sind Bandscheiben und was ist ein Bandscheibenvorfall?

Bandscheiben sind faserknorpelige Verbindungen zwischen den einzelnen Wirbeln der Wirbelsäule. Durch Alterung oder ungünstige Belastung kann das Gewebe der Bandscheibe sich vorwölben. Dann spricht man von einem Bandscheibenvorfall. Dabei werden die Spinalnervenwurzeln oder das Rückenmark zusammengedrückt. Das verursacht starke Schmerzen und kann im schlimmsten Fall zur Lähmung der Beine und Füße führen.

Kann man einen Bandscheibenvorfall vermeiden? Was ist vorbeugend zu tun?

Wichtig ist, dass der Mensch möglichst viel in Bewegung bleibt. Das gilt auch für den Arbeitsplatz. Wer eine sitzende Tätigkeit z.B. am Computer hat, sollte zwischendurch immer mal kurz aufstehen. Wer beruflich schwere Lasten tragen muss, sollte täglich kleine Übungen machen, um die Wirbelsäule zu entlasten und die Rückenmuskulatur zu stärken. Einfache Übungen wie Rumpfbeugen, Liegestütz oder Schulterkreisen können viel bewirken, wenn sie kontinuierlich gemacht werden. Wenig, aber regelmäßig, hilft mehr

als nur ab und zu mal längere Zeit zu trainieren.

Gibt es Warnsignale für einen Bandscheibenvorfall?

Ja, ein sicheres Signal ist der wiederkehrende Schmerz im Rücken. Über 80 % der Bandscheiben-Patienten klagen darüber. Der Schmerz tritt meistens im Bereich der Lendenwirbel auf. Bei einem Bandscheibenvorfall im Bereich der Halswirbelsäule macht sich dies durch ein Taubheitsgefühl und Kribbeln in den Händen bemerkbar. Bei einem Vorfall in der Lendenwirbelsäule verspürt der



Patient ein Taubheitsgefühl in den Füßen und ist unfähig, kraftvoll aufzutreten.

Wer ist besonders gefährdet, einen Bandscheibenvorfall zu erleiden?

Gefährdet sind vor allem Menschen, deren Rücken von Berufs wegen besonders belastet ist, z.B. Fernfahrer und Büroangestellte, die viel sitzen, oder Bauarbeiter, die große Lasten heben müssen. Aber es gibt auch anlagebedingte, d.h. vererbte Risikofaktoren, die mit einer erhöhten Neigung zu Bandscheibenvorfällen verbunden sind.

Was kann man selber tun, wenn plötzlich starke Schmerzen im Lendenwirbelbereich auftreten?

Wichtig ist es, die Belastung der Wirbelsäule zu reduzieren, indem man die Beine mit Kissen stufenförmig hoch lagert. Der Rücken liegt dabei flach auf dem Boden oder Bett. Wichtig ist auch, die Schmerzen durch ein Schmerzmittel zu unterbrechen. Halten die Beschwerden jedoch länger als 3-4 Tage an, sollte unbedingt ein Orthopäde aufgesucht und mit einer konservativen Therapie, also Injektionen (Spritzen), Physiotherapie und Krankengymnastik, begonnen werden.



Welche Möglichkeiten bei Bandscheibenbeschwerden bietet die konservative Therapie?

Zur Anwendung kommen die Elektrotherapie sowie bestimmte Methoden der physikalischen Therapie (Wärme- oder Kälteanwendungen) und Physiotherapie. Auch alternative Therapien wirken erstaunlich gut, ohne dass man bisher ihr Wirkungsprinzip genau kennt. Innerhalb von ein bis zwei Wochen sind dann normalerweise die Beschwerden abgeklungen.

Wann ist eine OP erforderlich?

Eine OP ist angesagt, wenn der betroffene Patient die Kontrolle über bestimmte Blasen- und Darmfunktionen verliert oder durch den Vorfall eine Nervenquetschung vorliegt und die Gefahr einer Lähmung in den Füßen besteht. Wenn also neurologische Ausfallserscheinungen auftreten, dann muss innerhalb weniger Stunden operiert werden. Auch wenn sich Rücken- und Beinschmerzen innerhalb von 6-8 Wochen trotz intensiver konservativer Therapie und Medikamenten nicht bessern, kann eine Operation notwendig sein. Ist der Nerv eingeklemmt, sollte der Eingriff nicht zu lange hinausgeschoben werden, denn dann kann die Nervenwurzel chronisch geschädigt werden. Schmerzen und Lähmungen bleiben dann trotz Operation bestehen.

Welche OP-Methoden gibt es heute? Und welche Vorteile bieten sie den Patienten?

Bei der offenen mikrochirurgischen Vorgehensweise wird über einen kleinen Hautschnitt von 2 cm eine Art Fenster über der gequetschten Nervenwurzel geschaffen und die vorgefallene Bandscheibe mit Mikrosinstrumenten entfernt. Die Nervenwurzel wird vom Druck befreit und u. U. können auch Einengungen durch Knochen beseitigt werden. Weitere effektive Zugangsmöglichkeiten bietet die minimal-invasive Chirurgie, bei der es mehrere Verfahren gibt. Ohne große Schnitte wird über einen minimalen Zugangsweg die Nervenwurzel entlastet. Da die Patienten schon kurz nach dem Eingriff wieder aufstehen können, ist nur ein kurzer Aufenthalt in der Klinik notwendig. Welches Verfahren am besten geeignet ist, hängt vom jeweiligen Befund, den individuellen anatomischen Gegebenheiten des Patienten und auch von den Erfahrungen des Operateurs ab. Beim endoskopischen Eingriff wird ein schmales Rohr (Arbeitskanal) von der Seite in den Körper eingebracht. Hier ist nur ein Hautschnitt von sieben bis zehn Millimetern notwendig. Durch das Rohr wird mit sehr feinen Instrumenten operiert. Der Vorteil dieser Methode ist, dass auf dem Weg durch die Muskulatur nur wenig Gewebe verletzt wird und die späteren Vernarbungen geringer sind.

Zum Teil kommt auch der Laser zum Einsatz? Was ermöglicht er?

Sowohl bei der endoskopischen als auch bei der offenen chirurgischen Operation kann der Laser eingesetzt werden. Vorfälle und Vorwölbungen der Bandscheibe können durch Laserenergie geschrumpft werden. Die Lücke, durch die das Bandscheibengewebe durchgetreten ist, wird mit dem Laser wieder verschweißt.

Bei diesem Verfahren muss die Bandscheibe nicht vollständig ausgeräumt werden, was der Stabilität der Wirbelsäule zugute kommt. Bei der endoskopischen Operation können mit dem Laser Bandscheibenstücke verdampft werden, die mit den feinen Zangen nicht erreichbar oder entfernbar sind, z.B. vernarbte oder verkalkte Teile. Zusätzlich können mit dem Laser Schmerzempfinger ausgeschaltet werden, die z.B. im Bereich von Bandscheibenkapseln sitzen.

Welche Risiken haben solche OP-Verfahren?

Die minimal-invasiven Bandscheiben-Operationen gelten heute als risikoarm. Bei sorgfältigem Vorgehen ist die Wahrscheinlichkeit von Komplikationen gering. Bei unter einem Prozent der Patienten kann es zu tiefen Wundinfektionen, Nervenwurzelbeschädigungen oder Nachblutungen kommen.

Was sollte der Patient unbedingt beachten?

Das Ziel einer OP ist es, den Bandscheibenvorfall zu entfernen. Sie kann aber nicht die Wirbelsäule wieder neu machen. An Stelle der entfernten Bandscheibe tritt eine Narbe, die nach etwa zwei Monaten belastbar, aber nie so elastisch und abpuffernd wie eine gesunde Bandscheibe ist. Probleme können durch Narbenbildungen im Bereich der Nervenwurzeln entstehen, die dann erneut zu Schmerzen und Missempfindungen führen. Dieses Syndrom der operierten Bandscheibe ist aber durch die heutigen minimal-invasiven Methoden deutlich verringert worden. Vier bis acht Wochen nach der Operation kann der Patient normalerweise wieder arbeiten.



Neu im Ärzteteam der Klinik Fleetinsel

Dr. med. Sabine Bleuel verstärkt seit Anfang 2012 das Ärzteteam der Klinik Fleetinsel Hamburg.

Sie ist Fachärztin für Orthopädie, Unfallchirurgie, Schwerpunkt Fuß- und Handchirurgie mit der Zusatzbezeichnung Sportmedizin. Eine ihrer Spezialitäten ist die Operation des Hallux valgus (Ballenzeh).

Dr. Bleuel kennt bestens die unterschiedlichen Stadien dieser Erkrankung und weiß genau, wann eine OP angebracht ist, und was passiert, wenn nichts passiert.

Lesen Sie dazu den folgenden Beitrag.



Dr. med. Sabine Bleuel,
Orthopädin mit Schwerpunkt Hand- und Fußchirurgie

Das aktuelle Interview Hallux valgus - verschiedene Stadien

Wann ist eine Ballenzeh-Operation notwendig?

Etwa 15 Millionen Menschen in Deutschland leiden unter Fußbeschwerden. Die Füße tragen uns durchs Leben und werden oft vernachlässigt. Erst wenn sie uns den Dienst versagen, merken wir, wie wichtig sie für uns sind. Viele Redewendungen zeigen uns die Bedeutung der Füße auf, wie: auf eigenen Füßen stehen, sicher auftreten, standhaft sein, einen großen Schritt vorwärts tun. In der Entwicklungsgeschichte wandelte sich der Fuß vom Greiforgan zum Grundpfeiler des aufrechten Gangs. Mit dem damit veränderten Körperschwerpunkt veränderte sich auch die Form und Funktion des Fußes grundlegend. Die Standfläche reduzierte sich von stabil vier auf zwei Beine. Im aufrechten Gang wird der Fuß auf komplexe Weise gefordert. Er muss im Stehen balancieren, Gewicht tragen, be-



schleunigen, abbremsen. Belastungen beim Stehen umfassen das eigene Körpergewicht, beim Laufen bis zum 3-fachen, beim Springen das 4-fache, bei Sprungdisziplinen in der Leichtathletik bis zu 1 Tonne, Marathonläufer erreichen eine Belastung für beide Füße bis zu 6000 Tonnen. Ein Nichtsportler geht im Laufe seines Lebens bis zu 200 Millionen Schritte.

Wie häufig tritt ein Hallux valgus auf?

Die Häufigkeit eines Hallux valgus (Ballenzeh) beträgt etwa 25-30 % mit steigender Tendenz jenseits des 40. Lebensjahres. Die Behandlungsbedürftigkeit ist bei Frauen mit 80 bis 90 % wesentlich höher als bei Männern.

Fortsetzung nächste Seite



Was sind die Ursachen für diese Erkrankung?

Diese Fehlstellung der Großzehe entsteht meistens durch Veranlagung (erbliche Vorbelastung). Andere Faktoren wie z.B. hormonelle Stoffwechsel-Veränderungen werden diskutiert. Die Großzehe weicht nach außen ab (Hallux valgus). Die Zugrichtung der Sehnen verändert sich und verstärkt die Verlagerung der Großzehe. Gleichzeitig weicht der erste Mittelfußknochen mit seinem Köpfchen nach innen. Nicht eine Knochenanlagerung, sondern das herausgetretene Mittelfußköpfchen bildet den Ballen. Dieser reibt am Schuh. Neben den kosmetischen Problemen können hier schmerzhafte Druckstellen (Hornhautschwielen), Hautreizungen, Schwellungen und Entzündungen entstehen. Der Schuhkauf wird zum Problem.

Können konservative Therapiemöglichkeiten helfen?

Solche Maßnahmen ändern zwar nichts an der Zehenfehlstellung, lindern aber die Beschwerden. Als besonders wirksam haben sich orthopädische Einlagen erwiesen, die die Zehen entlasten, ein Training der kleinen Fußmuskeln, das Tragen weicher Schuhe und orthopädische Hilfsmittel wie Zehenspreizer oder Hallux valgus Bandagen etc.

Wann ist der richtige Zeitpunkt für eine OP?

Pro Jahr werden bundesweit mehrere 100.000 Operationen am Hallux valgus durchgeführt. Viele Patienten haben Angst vor der Operation. Sie zögern diese hinaus, bis auch die Nachbarzehen betroffen sind und sich dadurch das Ausmaß der Operation vergrößert. Die moderne Fußchirurgie ist bestrebt, die



Ergebnis einer Hallux valgus-OP mit winkelstabiler Titanplatte.

Zehen zu erhalten. Jeder Zeh hat eine bestimmte Funktion beim Bewegungsablauf des Fußes und ist wichtig für dessen Stabilität. Die Angst vieler Patienten vor einer Fuß-OP ist heute unbegründet, denn schonende gelenkerhaltende Maßnahmen stehen an oberster Stelle. Nach der Operation kann mit einem speziellen Schuh mit steifer Sohle voll belastet werden, danach ist das Tragen eigenen Schuhwerks möglich. Der richtige Zeitpunkt für eine OP ist, wenn Schwielen Schmerzen verursachen, es immer wieder zu einer Schleimbeutelentzündung des Ballens kommt. Oder wenn durch die Fehlstellung der Zehen das Abrollen des Fußes und die Körperhaltung beeinträchtigt werden. Ist das der Fall, entstehen auch langfristig Probleme an Knie- und Hüftgelenken, sowie der Wirbelsäule. Je früher eine operative Korrektur des Großzehs durchgeführt wird, desto kleiner der Eingriff und zufriedenstellender das Ergebnis.

Was passiert, wenn man zu lange wartet?

Durch zu langes Warten, was in den meisten Fällen leider zutrifft, wird



eine Operation sehr aufwendig und das Gelenk zeigt bereits Verschleißerscheinungen (Arthrose), sodass Restbeschwerden im Großzehengrundgelenk verbleiben können. Die übrigen Zehen verändern sich dann in eine Krallenstellung und weitere Operationen werden notwendig. Die Wiederherstellung der natürlichen Fußform erfordert die Versetzung des Gelenkköpfchens des ersten Mittelfußknochens in Richtung Fußaußenrand. Je nach Ausprägungsgrad der Fehlstellung und Erfahrung des Operators mit den verschiedenen Operationsmethoden wird der Mittelfußknochen hinter dem Gelenkköpfchen, im Bereich des Schaftes oder an der Basis des ersten Mittelfußknochens durchtrennt (Mittelfuß-Osteotomie).

Welche Vorteile bieten heute die modernen Implantate?

Durch die Verwendung moderner Implantate wie Titanschrauben oder der in der Klinik Fleetinsel durch Dr. Diedrich Haesen entwickelten winkelstabilen Titanplatte ist die Stabilität groß genug, sodass die Belastung nach der Operation mit einem Schuh mit steifer Sohle (6 Wochen) möglich ist. Kombiniert werden die Mittelfuß-Umstellungen mit korrigierenden Eingriffen an den Weichteilen und an der Großzehe. Inzwischen werden mit diesem Operationsverfahren pro Jahr bis zu 2000 Patienten in der Klinik Fleetinsel erfolgreich von ihrem Hallux valgus befreit. Gegenüber herkömmlichen OP-Verfahren bietet die winkelstabile Titanplatte also deutliche Vorteile. Die Patienten sind schneller wieder mobil und können nach ein bis zwei Tagen die Klinik verlassen.

Ab 01.01.2013: Neuer Experte für Erkrankungen der Schulter und des Ellenbogens



PD Dr. med Jörn Kircher,
Facharzt für Orthopädie und
Unfallchirurgie

Priv.-Doz. Dr. med. Jörn Kircher verfügt als Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie über eine langjährige Berufserfahrung im Fachbereich Schulter- und Ellenbogenchirurgie. Seine Kompetenz als anerkannter Spezialist im Bereich der komplexen Schulterchirurgie und Sportorthopädie hat Dr. Kircher in leitender Funktion an großen Kliniken in Rostock, Heidelberg, Düsseldorf und zuletzt als Chefarzt in Köln erworben. Sein Leistungsspektrum

umfasst den Schultergelenkersatz bei Schulterarthrose (Omarthrose) und Defektarthropathie, Arthroskopische Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion bei Engpass-Syndrom unter dem Schulterdach und Rotatorenmanschettenruptur. Arthroskopische Schulterstabilisierung bei Schulterluxation (Ausrenken/Auskugeln des Schultergelenkes), Arthroskopische Stabilisierung des Schulterreckgelenkes. Komplexe Revisionsoperationen und Knorpeltherapie.

Arthrose im Schultergelenk (Omarthrose).

Wichtig sind eine frühzeitige Erkennung und gezielte Therapie.

Die Schulter ist das Gelenk mit der größten Beweglichkeit im menschlichen Körper. Wenn Schmerz und Einsteifung diese Funktion beeinträchtigen, sind nicht nur Sport und körperliche Arbeit sondern auch die Alltagsaktivitäten stark eingeschränkt. Die Arthrose des Schultergelenkes (Omarthrose) betrifft Menschen um das 60. Lebensjahr, also deutlich früher als der Verschleiß von Hüft- und Kniegelenk. In dieser Lebensphase sind viele Menschen aber noch beruflich tätig und sportlich aktiv.

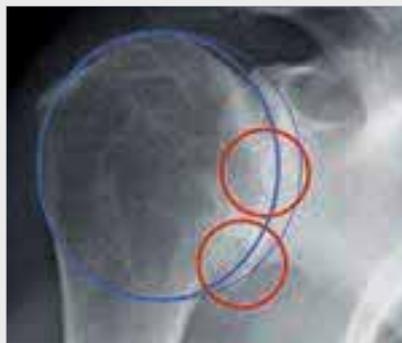


Abb. 1 Röntgenaufnahme der rechten Schulter mit fortgeschrittener Omarthrose. Der obere rote Kreis markiert den verengten Gelenkspalt, der untere rote Kreis markiert die Osteophyten (Knochenanbau). Die blauen Kreise illustrieren die Entrundung des Oberarmkopfes.

Verschiedene Arten der Arthrose

Moderne Therapiekonzepte zielen nicht nur auf die Behandlung bereits bestehender Krankheitsbilder ab, sondern setzen schon in der Prävention an. Die Ursachen dafür sind vielfältig. Neben der sog. primären Omarthrose, die durch altersabhängigen Verschleiß, Beanspruchung und eine gewisse genetische Disposition verursacht wird, gibt es die sekundäre Form. Diese hat eine andere Krankheit als Grundursache und bewirkt die

Zerstörung des Gelenkes. Die Ursachen sind z.B. Infektionen, Unfallfolgen, Hämophilie, Knochennekrosen und andere. Die Rheumatoide Arthritis beispielsweise lässt sich heute ausgezeichnet mit modernen Medikamenten im Frühstadium behandeln, so dass schwere Spätfolgen hinausgezögert oder gar ganz verhindert werden können. Die Instabilitätsarthrose weist schwere Abnutzungen des Gelenkknorpels als Folge von Luxationen (Auskugeln) des Schultergelenkes auf. Diese

Grunderkrankung betrifft vor allem junge Patienten, die 25 Jahre später erst Mitte Vierzig sind. Der künstliche Gelenkersatz ist dann problematisch im Hinblick auf die Lebensdauer der eingesetzten Implantate und erfordert daher möglicherweise später eine Wechsel-OP. Auch Patienten mit sog. Mikroinstabilitäten sind immer häufiger. Hierbei handelt es sich um kleine krankhafte Veränderungen, z.B. Instabilitäten der langen Bizepssehne und Kapselprobleme, die über einen längeren Zeitraum den Gelenkknorpel nachhaltig schädigen. Ziel der Therapie ist daher die frühzeitige Erkennung dieser Probleme und die gezielte Behandlung, oftmals genügt eine kleine arthroskopische Operation.

Typische Symptome und Untersuchung

Die Omarthrose ist in der Regel begleitet durch bewegungs- und belastungsabhängige Schmerzen der Schulter, die häufig mit einer Einsteifung des Gelenkes einhergehen.

Fortsetzung nächste Seite

Typisch sind Nacht- und Ruheschmerzen, die auch unter der Einnahme von Schmerzmitteln nicht vollständig verschwinden. Richtungsweisend ist neben der gezielten körperlichen Untersuchung durch den Spezialisten die bildgebende Diagnostik. Neben der Ultraschalluntersuchung zur Beurteilung der Rotatorenmanschette zeigt ein standardisiertes Röntgenbild in drei Ebenen die typischen Veränderungen: Gelenkspaltverschmälerung, Entrundung des Oberarmkopfes, Ausbildung von Osteophyten etc. (s. Abb. 1). Eine MRT und CT ergänzt die Diagnostik und zeigt im 3-dimensionalen Raum die genaue Ausdehnung des Gelenkverschleißes und der Dezentrierung des Gelenkes.

Der richtige Zeitpunkt für eine Operation

Wichtig ist zu beachten, dass das Ausmaß der Gelenkzerstörung nicht immer mit der Intensität der Beschwerden des Patienten einhergeht. Der richtige Zeitpunkt für eine operative Therapie ist dann gekommen, wenn die konservativen Behandlungsmaßnahmen keine ausreichende Beschwerdelinderung mehr bringen. Zusätzlich muss beachtet werden, dass eine starke Einschränkung der Beweglichkeit vor der OP oftmals auch Schwierigkeiten nach dem Eingriff zur Folge hat, wenn die eingesteiften Weichteilstrukturen schnell wieder in Gang gebracht werden sollen. Für den behandelnden Schulterchirurgen gibt es aber auch Grenzen des technisch Machbaren. Das ist dann der Fall, wenn eine starke Zerstörung der Gelenkpfanne mit Aufbrauch des Knochens vorliegt. Diese kann schnell zu

einer Verringerung des Knochenlagers führen - die Gelenkpfanne ist im Gegensatz zum Hüftgelenk etwa viermal kleiner als der Oberarmkopf-, sodass ein Pfannenersatz nicht mehr ohne sehr großen Aufwand mit Standardimplantaten möglich ist. Regelmäßige Kontrollen der Schultern in der Sprechstunde sind hier erforderlich, um rechtzeitig eingreifen zu können.

Moderne Therapieverfahren

In den Frühstadien der Erkrankung steht neben der Prävention die Früherkennung möglicher Schäden und Erkrankungen, die langfristig das Gelenk zerstören können, im Vordergrund. Mit kleinen arthroskopischen Eingriffen können oftmals schwere Langzeitschäden verhindert werden. Hat die Arthrose als generalisierte Erkrankung des Gelenkes einmal eingesetzt, lässt sich das Rad nicht mehr zurückdrehen. Dann kann zunächst mit konservativen Maßnahmen, wie gezielter Krankengymnastik, Einnahme von Schmerzmitteln, physikalische Therapie etc. Symptomlinderung geschaffen und Zeit gewonnen werden. Auch die Behandlung mit Hyaluronsäure-Injektionen hat ihren Stellenwert. Da der Körper aber recht schnell die injizierten Substanzen abbaut, muss die Behandlung wiederholt durchgeführt werden. Sind Knorpelschäden bereits nachweisbar, können in frühen Stadien auch operative Knorpeltherapieverfahren, wie z.B. die Mikrofrakturierung, autologe osteochondrale Transplantation oder die Chondrozyten-Transplantation erfolgreich angewendet werden. Größere Schäden können heutzutage mit einem Teilerflächenersatz knorpel- und knochensparend behandelt werden (s. Abb. 2). Ist die Gelenkpfanne noch hinreichend erhalten und der Patient noch relativ jung, ist der Teilerflächenersatz (Hemiendoprothese) zu

empfehlen. Die Pfanne kann dann bei weiterem Fortschreiten der Erkrankung später zusätzlich noch ersetzt werden. Das Risiko von Pfannenlockerung und aufwendigen Wechseloperationen wird so verringert.

Ist die Erkrankung fortgeschritten wie in Abb. 1, liefert der totale Gelenkersatz die besten Ergebnisse sowohl hinsichtlich der Funktion, als auch der Beschwerdefreiheit. Moderne Implantate erhalten dabei soviel Knochen wie möglich, eine Stielverankerung im Oberarm ist oftmals nicht notwendig, ebenso wenig wie die Verwendung von Knochenzement zur Verankerung. Ausgeklügelte Oberflächengeometrien und -beschichtungen begünstigen das Einwachsen des Knochens an das Implantat und ermöglichen so eine biologische Verankerung.

Erfolge der modernen Schulterendoprothetik

Die endoprothetische Versorgung des Schultergelenkes hat sich in den letzten Jahren enorm entwickelt. Dies beruht einerseits auf den Ergebnissen der klinischen Grundlagenforschung, andererseits auf der rasanten technischen Entwicklung der Implantate. Die zurzeit verfügbaren Endoprothesen werden durch ihre Modularität, Variabilität und Konvertierbarkeit der individuellen Situation des einzelnen Patienten immer gerechter. Die Langzeitüberlebensraten und Komplikationen können sich mit dem sehr erfolgreichen Gelenkersatz des Hüft- und Kniegelenkes durchaus messen. Die Schulterfunktion und die Reduktion der Beschwerden nach einer OP sind so positiv, dass auch sportliche Aktivitäten nach einer intensiven Phase der Rehabilitation wieder aufgenommen werden können. Tennis, Golf, Nordic walken und Wandern gehören zu den empfohlenen Sportarten, Kontaktsport- und Hochrisikosportarten jedoch nicht.



Abb. 2 Teilerflächenersatz des linken Oberarmkopfes bei Humeruskopfnekrose.

Den Satz „Wenn ich gewusst hätte, wie gut das Ergebnis ist, wäre ich viel früher gekommen ...“ höre ich sehr oft in meiner Sprechstunde.

Knorpelschäden am Oberen Sprunggelenk: Arthroskopie und Knorpeltherapie.

Das Obere Sprunggelenk (OSG) ist das am stärksten belastete Gelenk des menschlichen Körpers. Beim normalen Gehen, bei jedem Schritt trägt es das Siebenfache des individuellen Körpergewichts. Kein Wunder, dass vor allem sportlich aktive Menschen immer häufiger unter Knorpelschäden in diesem Bereich leiden.



Dr. med. Ernst Helmut Schwer,
Arzt für Orthopädie und Sportmedizin

Das trifft besonders für Sportler zu, deren Füße und Sprunggelenke hohen Belastungen ausgesetzt sind, wie Langstreckenläufer, Skateboardfahrer, Fuß-, Hand- und Basketballer.

Das Obere Sprunggelenk wird durch drei Knochen gebildet, das Wadenbein (Fibula), das Schienbein (Tibia) und das Sprungbein (Talus). Diese Knochen sind durch ein komplexes System aus Kapseln und Bändern miteinander verbunden. Der Außenband-Apparat wird besonders häufig verletzt. Daraus können sich Instabilitäten entwickeln, die chronisch werden und eine Knorpelschädigung begünstigen. Durch Verletzungen bei wiederholtem Umknicken des Fußes entwickelt sich ein voranschreitender Knorpelverschleiß. Die Folgen davon sind Schwellneigung, Ergussbildung, zunehmender Belastungsschmerz bis hin zu nächtlichen Ruheschmerzen.



Arthroskopie des Oberen Sprunggelenkes:
Überprüfung der Knorpelqualität mit dem Tasthaken.

Arthroskopie (Gelenkspiegelung) des Oberen Sprunggelenkes

Die Arthroskopie oder Gelenkspiegelung ist weit verbreitet und wird bisher vor allem beim Knie- und Schultergelenk eingesetzt. Das Obere Sprunggelenk ist aber wesentlich enger als die anderen Gelenke, bei dem die arthroskopische Therapie seit Jahren zum Standard zählt. Durch Verfeinerung und Verbesserung der Optiken, der Instrumente und der technischen Möglichkeiten ist mittlerweile auch eine präzise arthroskopische Diagnostik und zugleich operative Therapie am Oberen Sprunggelenk möglich. Dabei werden spezielle Arthroskope angewandt. Sie sind wesentlich dünner und kleiner (2,7 mm Optik). Über einen zweiten Eingang zum Gelenk (Portal) können mit endoskopischen Instrumenten verschiedene Therapieschritte durchgeführt werden.

Die folgenden Veränderungen können effektiv behandelt werden:

- Probleme der Gelenkschleimhaut wie Verwachsungen, Narben, übermäßige Ausprägung (Hypertrophie) und entzündliche Veränderungen.
- Überstehende Knochenkanten und

Einklemmungen von Weichteilen an Knochen des Sprunggelenkes (Impingement).

- Freie Gelenkkörper und Schädigungen der Außenbänder.
- Knorpelschäden im Sprunggelenk werden genau analysiert, das Schadensmuster, die Schwere und exakte Verteilung der Schädigung wird festgestellt.

Bei oberflächlichen Knorpelschädigungen wird meist eine Glättung mit einem arthroskopischen Instrument vorgenommen.

Fortsetzung nächste Seite



Bei tiefer liegenden Knorpelschäden, die bis auf den Knochen oder tiefer reichen, werden die Knorpelränder stabilisiert, also abgelöste Knorpelanteile entfernt und sogenannte Mikrofrakturierungen angelegt. Dabei werden genau definierte Perforierungen in den freiliegenden Knochen eingebracht. Aus diesen Öffnungen tritt stammzellreiches Blut aus dem Knochenmark aus und bildet eine Art biologische Plombe in dem Knorpeldefekt. Daraus entsteht dann über Wochen ein Ersatzfaserknorpel.

Diese Technik funktioniert bis zu einer Größe des Knorpelschadens von 1,2 - 1,5 cm². Ist der Defekt größer, werden die Ergebnisse schlechter. Daher wurde als neue Entwicklung die sogenannte AMIC Technik eingeführt, eine echte Verbesserung in der Therapie größerer Knorpeldefekte am Knie und Sprunggelenk. AMIC steht für Autologe Matrixinduzierte Chondrogenese, d.h., dass die Defekte zusätzlich mit einer bioaktiven Matrix aus Kollagen bedeckt werden. So wird eine bessere und stabilere Deckung des Defekts mit Ersatzknorpel erreicht. Diese Technik kann arthroskopisch oder bei Bedarf auch in einer offenen Operation angewendet werden. Die Fixation der Kollagenmatrix erfolgt mit einem Fibrinkleber. Bei sehr tiefen Defekten wird noch mit Knochenschwammgewebe (Spongiosa) unterfüttert. Gelenkinstabilitäten oder Achsenfehler sollten mitbehandelt werden. Nach dem Eingriff darf das operierte Gelenk sechs Wochen nur teilbelastet werden, danach erfolgt der schrittweise Belastungsaufbau.

Durch die modernen arthroskopischen Behandlungsmöglichkeiten auch größerer Knorpelschäden am Oberen Sprunggelenk steht eine effektive, minimal-invasive operative Therapie zur Verfügung. Ziel ist es, Knorpelschäden zu rekonstruieren und damit einer Arthroseentstehung vorzubeugen.

Tipps für Ihre Gesundheit - von den Experten der Klinik Fleetinsel Hamburg.

Spezielle Wirbelsäulensprechstunde von PD Dr. Achim Hedtmann und PD Dr. Michael Muschik

Am häufigsten haben die Patienten, die in die Sprechstunde kommen, verschleißbedingte Probleme der Wirbelsäule, wie Bandscheibenvorfälle, Verengungen des Wirbelkanals und Instabilitäten der Wirbelsäule wie Wirbelgleiten und Skoliosen. Zunehmend auch Folgezustände nach Unfällen und Voroperationen. Im Vergleich sind Entzündungen und Tumorerkrankungen der Wirbelsäule eher selten.

Anmeldung zur Wirbelsäulensprechstunde: Telefon 040 / 37671 -16

Bewegung ist wichtig für die Wirbelsäule, rät PD Dr. med. Achim Hedtmann

Wer rastet, der rostet, dieser Satz gilt besonders für die Wirbelsäule. Vor allem die Bandscheiben brauchen Bewegung und Phasen der Belastung und Ruhe, um ihren Stoffwechsel zu erhalten. Bewegung kräftigt die Muskulatur des Rumpfes, lockert Verspannungen, verbessert die Körperhaltung.

Gut für die Wirbelsäule: Auf das Gewicht und gesunde Ernährung achten.

Die Experten empfehlen, Übergewicht abzubauen, um Gelenke und Wirbelsäule zu entlasten. Körperliche Belastung durch Sport regt auch den Knochenstoffwechsel an. Wer regelmäßig Sport treibt, hat „stabiler“ Knochen. Bei der Ernährung sollte auf die für den Knochenstoffwechsel wichtigen Substanzen (Kalzium, Vitamin D) geachtet werden.

Krampfadern in der kalten Jahreszeit behandeln lassen, empfiehlt Dr. med. Christiane Gebhardt, Gefäß- und Venenexpertin - Warum?

Weil der Patient nach einer Krampfaderbehandlung sechs bis acht Wochen Bandagen oder Kompressionsstrümpfe tragen muss, um die Venen zu entlasten. In der kalten Jahreszeit fällt das leichter.

Infoabende der Klinik Fleetinsel 2013

Die sehr gefragten Infoabende für Patienten und Interessierte starten wieder.

Hotel Steigenberger Hamburg, 8. Stock. Heiligengeistbrücke 4, 20459 Hamburg.

24.1., 18.30 bis ca. 20.00 Uhr
Themen und Experten:

Schulter-Arm-Schmerz: Ursache Halswirbelsäule (HWS)?
PD Dr. med. Michael Muschik

Häufige Schulter-Erkrankungen und moderne Therapie-Konzepte
PD Dr. med. Jörn Kircher

18.2., 18.30 bis ca. 20.00 Uhr.
Themen und Experten:

Operative Behandlung von Durchblutungsstörungen
Prof. Dr. med. E. Sebastian Debus
Leiter der Klinik und Poliklinik für Gefäßmedizin, UKE Hamburg

Häufige und seltene Venenerkrankungen, operative Möglichkeiten
Dr. med. Christiane Gebhardt
Klinik Fleetinsel Hamburg

Da die Teilnehmerzahl wegen der räumlichen Möglichkeiten begrenzt ist, bitten wir um Ihre verbindliche Anmeldung per Telefon **040-376 71-24** oder per E-Mail: **info@klinik-fleetinsel.de**.



Einmal Klinik Fleetinsel immer Klinik Fleetinsel.

„Es ist soweit, mein OP Termin steht fest. Nach meiner Anreise aus Wittmund, Nähe Jever wurde ich am Empfang der Station 4 von Schwester Isabel sehr herzlich begrüßt und bekam schon erste Informationen über den weiteren Ablauf.“



Ich kenne die Klinik bereits, denn ich hatte im vergangenen Jahr dort eine erfolgreiche Fuß-OP durch Dr. Jürgen Walpert. Damals habe ich mich dort total wohl gefühlt und habe die exzellente Betreuung durch die Ärzte und Schwestern schätzen gelernt. Jetzt bekomme ich ein künstliches Kniegelenk, da ich unter starker Arthrose im Gelenk leide und kaum noch ohne Schmerzen bin.

Ich mag das moderne Ambiente der Zimmer der neuen Station. Hier kann man leicht zur Ruhe kommen. Die Geduld und Freundlichkeit der Schwestern, die einem - fast - jeden Wunsch erfüllen, tun besonders gut, wenn man krank ist. Die große Auswahl an Speisen und Getränke, die aus der Küche des benachbarten Hotels Steigenberger Hamburg kommen, ist sehr verlockend. Die Vorbereitungen zur OP gehen weiter: Messung des Blutdrucks, Puls und Blutabnahme etc. Dann schaut Dr. Sellckau, den ich schon von den Voruntersuchungen kenne, vorbei. Er strahlt Kompetenz und Vertrauen aus.



Für die OP ist alles bestens vorbereitet.

Vorbereitung für die OP

Um 6 Uhr werde ich geweckt und erhalte eine Tablette zur Beruhigung. Dann bringt mich ein junger Pfleger zum OP-Saal. Von da an weiß ich nichts mehr. Ich wache erst wieder im Aufwachraum auf. Eine Schwester beugt sich über mich und will wissen, wie ich mich fühle. Gut, noch etwas müde. Ich habe erstaunlicherweise keine Schmerzen und verspüre keinerlei Übelkeit. Dann werde ich auch schon in mein Zimmer gebracht und sanft umgebettet. Die Thrombosestrümpfe sind ein Muss. Die werden mich die nächsten Tage und auch Nächte begleiten. Kurze Zeit später gibt es bereits eine leichte Stärkung und das aktuelle Patientenmaga-

zine in der Klinik bleiben und wir werden jeden Tag – auch am Wochenende – zusammen KG (Krankengymnastik) und Lymphdrainage machen. Die KG beginnt schon im Bett mit leichten Fußübungen. Das ist wichtig zur Vorbeugung gegen Thrombose. Und dann macht Dr. Sellckau wieder Visite bei mir, denn ich werde die ganze Zeit vom gleichen Arzt betreut.

Am nächsten Tag werde ich bereits auf die Beine gestellt. Mit Hilfe von Unterarmgehilfen (so heißen die und nicht Krücken) lerne ich wieder laufen. Auch Treppen. Nach einer Woche in der Klinik naht der Abschied. Von der Klinik geht es sofort in die Reha. Ich bin einerseits froh, jetzt in die Rehaklinik zu kommen, andererseits fällt



mir der Abschied von den Schwestern und Ärzten, die mich so wunderbar betreut haben, nicht leicht. Aber es heißt jetzt, nach vorne zu schauen, ich will ja bald wieder richtig laufen, radeln und tanzen können und sage daher Tschüss und VIELEN DANK.“

Krankengymnastik schon im Bett

Dann schaut auch schon die Physiotherapeutin vorbei. Ich muss ca. eine

Woche in der Klinik bleiben und wir werden jeden Tag – auch am Wochenende – zusammen KG (Krankengymnastik) und Lymphdrainage machen. Die KG beginnt schon im Bett mit leichten Fußübungen. Das ist wichtig zur Vorbeugung gegen Thrombose. Und dann macht Dr. Sellckau wieder Visite bei mir, denn ich werde die ganze Zeit vom gleichen Arzt betreut.



DAS KLINIK FLEETINSEL MAGAZIN

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 heruntergeladen werden.

2012

Journal Schleswig Holstein Nov. (Tageszeitungen)

Rücken ohne Schmerzen
PD Dr. Michael Muschik

Die 2 Nr. 44

Neue Hüft-OP:
Arthroskopie - Gelenkspiegelung
Dr. Roland Sellckau

Hörzu

Den Schmerz im Griff:
Schulterbeschwerden
PD Dr. Achim Hedtmann

Bild am Sonntag

High Heels und Rücken
Dr. Ernst-Helmut Schwer

WOCHE HEUTE

Kleiner Anker gibt Meniskus wieder Halt
Dr. Jürgen Walpert

Fit for Fun

Knie kaputt und dann?
Dr. Roland Sellckau

Freizeit Revue

Neue Hilfe bei Bänderriss
Am Sprunggelenk
Dr. Ernst-Helmut Schwer

2011

Echo der Frau

Neue Prothese Großzehen-Grundgelenk
Dr. Diedrich Haesen

Auf einen Blick

Therapien bei Bandscheibenerkrankungen
PD Dr. med. Michael Muschik

Wissenswertes - Medizin von A - Z

Arthroseerkrankung

Verschleiß des Gelenkes

(HWS), kann verschiedene Symptome haben

Arthroskop

Bei der Arthroskopie (Gelenkspiegelung) am OSG werden spezielle Arthroskope mit einer kleinen 2,7 mm Optik angewandt

Impingement

Einklemmungen von Weichteilen an Knochen des Sprunggelenkes

Bandscheiben

Teile der WS, eine Art Puffer zwischen den Wirbelkörpern

Minimal-invasive OP

Kleine Schnitte meist endoskopisch, geringe Gewebebelastung

Diskopathie

Bandscheibenvorfall ohne Arthrose

OSG

Obere Sprunggelenk

Diskusprolaps

Bandscheibenvorfall im Lendenwirbelbereich (LWS)

Spinalkanalstenose

Verengung Wirbelkanal der Wirbelsäule (WS)

Fibula

Wadenbein

Spondylophyten

knöcherne Auswüchse an den Wirbelkörpern

HWS-Syndrom

Erkrankung der Halswirbelsäule

Tibia

Schienbein



Impressum

Herausgeber:

Klinik Fleetinsel Hamburg GmbH & Co. KG
Admiralitätstraße 3-4, 20459 Hamburg
Telefon 040/37671-0
www.klinik-fleetinsel.de
info@Klinik-Fleetinsel.de

Internet:

E-Mail:

Verantwortlich für den Inhalt:

PD Dr. Michael Muschik
PD Dr. Achim Hedtmann
Ellen Hosbach, Johanna Strömsdörfer
Ellen Hosbach Kommunikationsberatung HH
PHOTOGRAPHY Sabine Wendler

Redaktion:

Fotos Station:

Fotos:

Layout und Satz:

u.a. fotolia.de
Design toBe . Agentur für Mediendesign