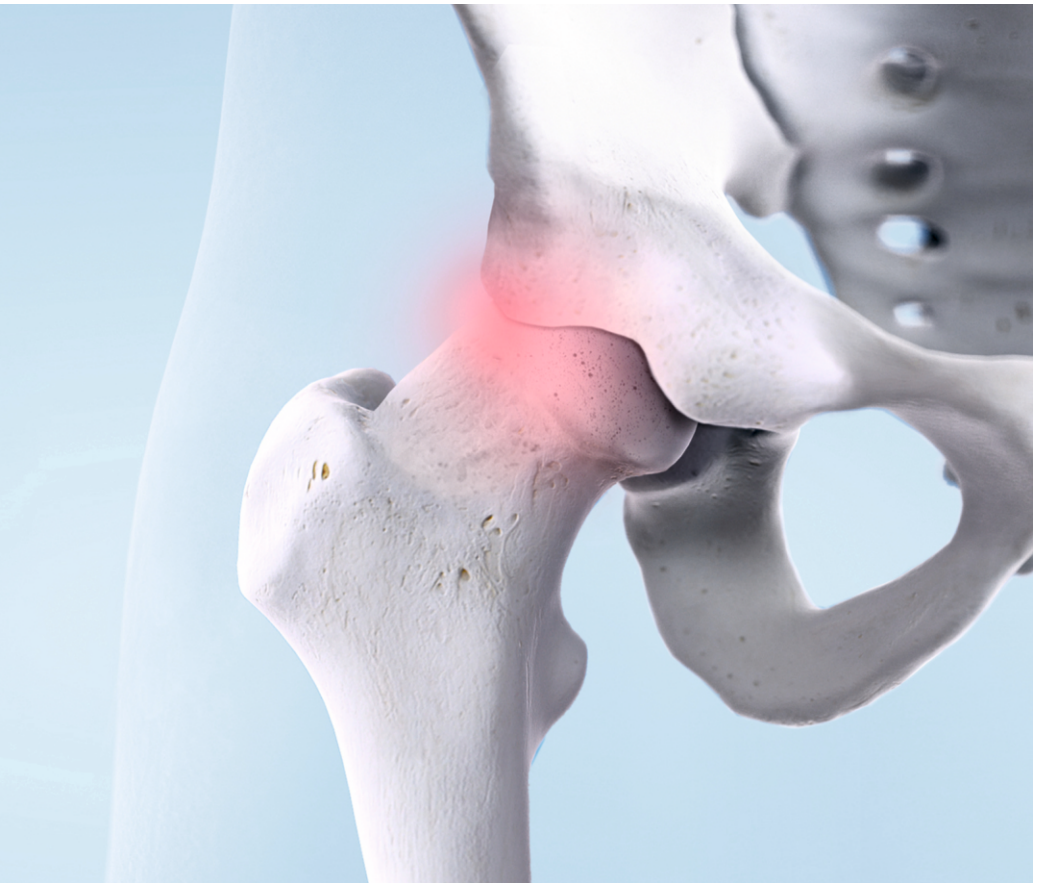


Hüfte/Becken

Gelenkspiegelung

Arthroskopie



Liebe Patientin, lieber Patient

Bei Ihnen ist eine Hüftarthroskopie (Hüftgelenkspiegelung) geplant. Es ist mein Bestreben, diesen Eingriff so schonend wie möglich auszuführen, Sie danach optimal zu mobilisieren und Ihnen damit eine schnelle Rückkehr in ein schmerzbefreites Leben zu ermöglichen.

Vielen Dank, dass Sie sich mir und meinem Team anvertrauen. Ich kann Ihnen versichern, dass Sie bei mir in guten und erfahrenen Händen sind. Dank meiner Begeisterung für die Hüft- und Beckenchirurgie habe ich mich früh in meiner medizinischen Laufbahn auf dieses Gelenk spezialisiert.

Die Erfahrung aus mehreren tausend Operationen hilft mir, in jeder Situation den routinierten Überblick zu behalten und Ihnen als Patient bzw. Patientin immer die für sie geeignetste und schonendste Behandlungsoption zu ermöglichen.

Mir ist wichtig, dass Sie dem Operationstermin gut informiert, mit Vertrauen und Zuversicht entgegensehen können. Darum habe ich für Sie in dieser Broschüre die wichtigsten Informationen zum geplanten Eingriff zusammengefasst, und Sie dürfen sich auch jederzeit in der Sprechstunde oder über mein Sekretariat an mich wenden, falls es Unklarheiten geben sollte und Sie noch Fragen haben.

Ich wünsche Ihnen bis zum Operationstermin möglichst wenig Schmerzen und danach eine schnelle Genesung.

Ihr



Dr. med. Fabian Kalberer

Facharzt Orthopädie und Traumatologie
des Bewegungsapparates, FMH

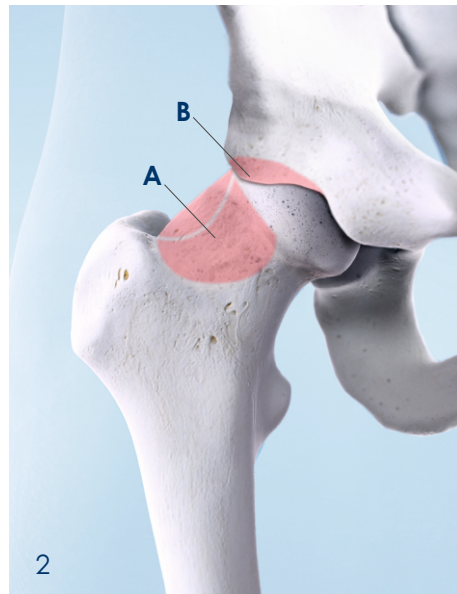


Operationsgrund

Sie leiden an einer Erkrankung des Hüftgelenks, bei welcher der Kopfschenkelhalsübergang ungenügend tailliert sein kann (Cam-Deformität, *Abbildung 2, A*) und/oder der Pfannenrand zu weit vorsteht (Pincer-Deformität, *Abbildung 2, B*). In der Mehrzahl der Fälle liegt eine Kombination aus beidem vor.



Normal geformtes Hüftgelenk

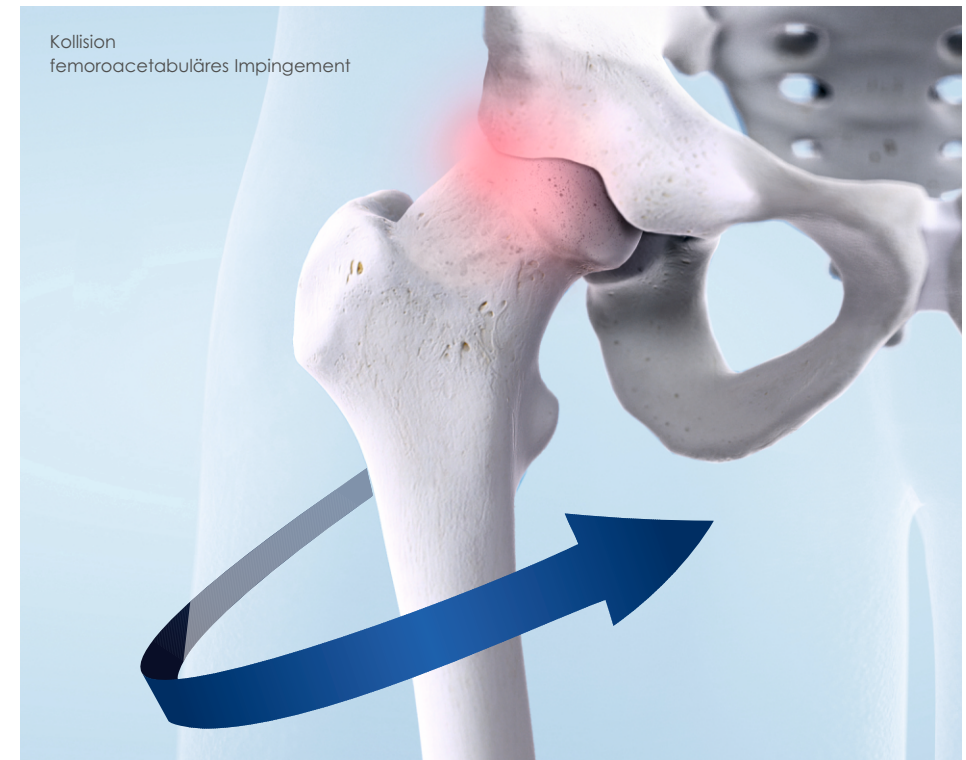


A) Cam-Deformität, B) Pincer-Deformität

Bei der Beugung und einer gleichzeitigen Drehung des Hüftgelenks nach innen kommt es dadurch zwischen dem Kopfschenkelhalsübergang und der Pfanne zu einer Kollision (femoroacetabuläres Impingement). Dies betrifft typischerweise den vorderen oberen Anteil des Hüftgelenks.

Durch das wiederholte Anschlagen des Kopfschenkelhalsübergangs an der

Pfanne kommt es mit der Zeit zu einer Schädigung der Gelenkklippe (Labrum = «Dichtungsring») und des Knorpels, was schliesslich zu einer Hüftgelenkarthrose führen kann. Wenn – wie bei Ihnen – der Knorpelschaden noch nicht zu weit fortgeschritten ist, stellt die Hüftarthroskopie zur Korrektur der oben genannten Deformitäten eine sinnvolle Behandlungsmethode dar, um das Hüftgelenk länger zu erhalten.



Operation

Arthroskopischer Eingriff

Als erster Schritt wird mit Hilfe einer speziellen Einrichtung das Bein in Vollnarkose etwas gestreckt. Dadurch wird der Oberschenkelkopf so weit aus der Pfanne gezogen (Abbildung 1), dass für die erste Phase des Eingriffs das Gelenkinnere eingesehen werden kann. Anschliessend wird durch einen ca. 1 cm kleinen Hautschnitt (Abbildung 2) eine 6 Millimeter dünne Kanüle eingeführt. Diese enthält eine Spülflüssigkeit und ermöglicht es, eine winzige Kamera ins Hüftgelenk einzuführen.

Durch zwei zusätzliche, ebenfalls ca. 1 cm lange Hautschnitte (Abbildung 2) werden weitere Instrumente in das Gelenk eingeführt. Über diese Zugänge werden unter anderem der vorstehende Pfannenrand getrimmt (verkürzt), die Gelenkklippe refixiert (Abbildungen 3) bzw. deren instabiler Anteil entfernt, der Knorpel im Gelenksinnern behandelt oder geglättet und freie Gelenkskörper entfernt. Nach Aufhebung des Zugs wird in einer zweiten Phase der Kopfschenkelhalsübergang retalliert (verschlankt, Abbildungen 4).

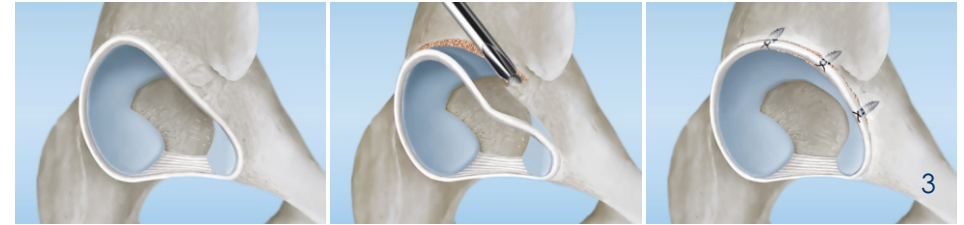
Zum Schluss der Operation wird mittels Röntgenkontrolle überprüft, ob die ausgeführte Knochenkorrektur die Gelenkfunktion in der geplanten Form verbessert hat. Als letzter Schritt werden die drei kleinen Zugänge zugenäht und mit einem Verband abgedeckt.



Der Oberschenkelkopf wird durch Zug am Bein so weit aus der Pfanne gezogen, dass das Gelenkinnere für die erste Phase des Eingriffs eingesehen werden kann.



Über 3 kurze Hautschnitte (ca. 1 cm) werden die Kamera und die Arbeitsinstrumente in das Hüftgelenk eingeführt.



Verkürzung des vorstehenden Pfannenrandes und Refixierung der Gelenkklippe (Labrum).



Verschleifung des Kopfschenkelhalsübergangs

Ablauf am Operationstag

Dank dem Vorgespräch in meiner Praxis brauchen Sie erst am Tag der Operation in die Klinik einzutreten. Sie werden am Vortag telefonisch informiert, wann und wo genau wir Sie (nüchtern) erwarten.

Das Anästhesieteam bereitet Sie auf die Operation vor. Der Eingriff dauert rund 90 Minuten. Im Anschluss werden Sie kurzzeitig im Aufwachsraum überwacht. Sobald Sie wieder ansprechbar sind und es Ihnen gut geht, wird man Sie in Ihr Zimmer auf der Bettenstation zurückbringen.

Nach der Operation

Den Rest des Tages werden Sie grösstenteils im Bett verbringen. Die Wirkung der während des Eingriffs verabreichten Schmerzmittel lässt mit der Zeit nach. Sollten Sie Schmerzen verspüren, bitte ich Sie, die Pflege zu informieren, damit man Ihnen frühzeitig schmerzlindernde Medikamente verabreichen kann.

Nachbehandlung

Mobilisation

Noch am Operationstag wird Ihnen durch die Physiotherapie/Pflege eine Bewegungsschiene angepasst, durch die Ihr Hüftgelenk im schmerzfreien Bereich bewegt wird. Die Pflege hilft Ihnen, wenn Sie nach der Operation zum ersten Mal aufstehen.

Am Tag nach der Operation lernen Sie in der Physiotherapie, wie Sie richtig an Stöcken gehen und den Hometrainer korrekt benutzen. Das operierte Bein dürfen Sie im Stehen so weit belasten, wie die Beschwerden es zulassen. Um die Hüfte zu entlasten und um Schmerzen vorzubeugen, ist das Gehen für mindestens 6 Wochen nur mit medizinischen Gehstützen erlaubt.

Wenn beim Eingriff die Gelenkklappe refixiert wurde, gilt für das operierte Hüftgelenk zudem eine Beugelimitation von 90° (d. h., der Winkel zwischen Oberkörper und Oberschenkel darf im Sitzen und insbesondere auf dem Hometrainer nicht kleiner als 90° sein). Im Alltag darf das Hüftgelenk ohne Belastung aber für die Körperpflege/Selbstständigkeit (Socken anziehen etc.) stärker gebeugt werden.

Hometrainer

Damit es nicht zu Verwachsungen zwischen dem retaillierten Knochen und der Gelenkkapsel kommt, ist es für ein gutes Operationsresultat entscheidend, dass das Hüftgelenk bereits ab dem ersten Tag nach der Operation auf dem Hometrainer ohne Widerstand durchbewegt wird. Zu Hause sollten Sie diese Übung in den ersten 6 Wochen täglich zweimal je 20 Minuten lang ausführen. Um die Beugelimitation von 90° einzuhalten, darf der Sattel des Hometrainers nicht zu niedrig gestellt sein.

Tipp: Falls Sie noch keinen Hometrainer besitzen, empfehle ich Ihnen dringend, sich schon vor der Operation einen anzuschaffen, damit Sie die Übungen zu Hause nahtlos fortführen können. Gebrauchte Hometrainer sind auf entsprechenden Internetplattformen (tutti, ricardo, anibis, ebay etc.) schon für weniger als 50 Franken erhältlich.

Normales Velofahren wird wegen des Sturzrisikos und der stärkeren Belastung in den ersten 3 Monaten nicht empfohlen.



Austritt

Sobald Sie eine gewisse Selbstständigkeit (aus dem Bett aufstehen, Gehen an zwei Stöcken, sicheres Treppensteigen etc.) wiedererlangt haben und in der Physiotherapie in Bezug auf den Hometrainer instruiert wurden, dürfen Sie das Spital verlassen; in der Regel am 2. Tag nach der Operation.

Operationswunden

Die Operationswunden werden mit jeweils zwei Einzelknopfnähten verschlossen. Der im Operationssaal angelegte Verband wird normalerweise am ersten Tag nach der Operation durch drei kleinere Folienheftpflaster ersetzt. Diese sind wasserdicht und Sie können damit duschen. Sofern sie nicht undicht werden, können sie belassen werden, bis der Hausarzt sie nach ca. zwei Wochen entfernt und gleichzeitig die Fäden zieht.

Verknöcherungsprophylaxe

Nach einem Eingriff am Hüftgelenk kann es um das Gelenk zu Verknöcherungen kommen. Um dieses Risiko zu minimieren, müssen Sie während 2 Wochen nach der Operation NSAR (nichtsteroidale Antirheumatika, meist Voltaren®) einnehmen.

Thromboseprophylaxe (Blutverdünnung)

Da sich nach einem Eingriff am Hüftgelenk in den Beinvenen Blutgerinnsel bilden können, was die Gefahr einer

Lungenembolie birgt, ist in den ersten 2 Wochen eine Blutverdünnung (Thromboembolieprophylaxe, meist Xarelto®, Tabletten à 10 mg) notwendig.

Physiotherapie

In den ersten 6 Wochen nach der Operation braucht es in der Regel keine Physiotherapie. Wichtig sind jedoch die täglichen Übungen auf dem Hometrainer, wie vorgängig beschrieben.

Die Gehstöcke werden nach der ersten klinischen und radiologischen Verlaufskontrolle in meiner Sprechstunde nach 6 Wochen weggelassen. Nun setzt die aktive Physiotherapie ein, die zum Ziel hat, die Muskulatur zu stärken und den Bereich zu erweitern, in dem sich das Gelenk schmerzfrei bewegen lässt.



Für die Physiotherapie können Sie entweder weiterhin das Angebot der Klinik in Anspruch nehmen oder zu einer Physio-Praxis Ihrer Wahl an Ihrem Wohnort wechseln.

Arbeitsunfähigkeit

Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit nach einer Hüftarthroskopie variiert stark und hängt von der Art der vorgenommenen arthroskopischen Operation und Ihrer beruflichen Tätigkeit ab. Bei einer nicht körperlich belastenden Tätigkeit (Büro) beträgt die Arbeitsunfähigkeit 6 Wochen; ist Homeoffice möglich, können Sie bereits nach 2 Wochen wieder zu 50 % arbeiten.

Bei einer körperlich belastenden Tätigkeit ist mit einer Arbeitsunfähigkeit von 12 Wochen zu rechnen.

Sport

Auf Sport sollten Sie in den ersten 3 Monaten nach der Operation generell verzichten.

Frühestens 3 Monate nach der Operation und erfolgreichem muskulärem Aufbau können Sie wenig belastende sportliche Aktivitäten, wie normales Velofahren und Joggen, wieder aufnehmen.

Mit sogenannten Stop-and-go-Sportarten (abruptes Stoppen und Losrennen aus dem Stand) wie beispielsweise Tennis, Squash, Handball, Fussball, Hockey sollte frühestens nach 4 Monaten wieder begonnen werden.

Ärztliche Nachkontrollen

Eine erste Kontrolle mit Röntgen erfolgt nach 6 Wochen. Einerseits wird die Beweglichkeit des Hüftgelenks untersucht und andererseits die Form der korrigierten Knochenanteile analysiert.

Die zweite Kontrolle findet nach 3 Monaten statt und beschränkt sich auf eine körperliche Untersuchung.

Nach einem Jahr wird die Behandlung in der Regel mit einer letzten klinischen und eventuell einer radiologischen Kontrolle abgeschlossen.



Risiken und Komplikationen

Jede Operation birgt gewisse Risiken und kann zu Komplikationen führen. Was dies bei einem hüftarthroskopischen Eingriff bedeutet, wird im Folgenden erläutert.

Schnitte

Bei der Operation gelangt man über (mindestens) drei kleine Hautschnitte bis zum Hüftgelenk. Dabei können grundsätzlich alle zwischen Haut und Gelenk liegenden Strukturen (Nerven, Gefässe) verletzt werden.

Schäden am Hüftgelenk

Beim Anlegen des ersten Zugangs zum Gelenk (für das Einführen der Kamera) muss ich mich als Operateur allein auf meinen Tastsinn und das Röntgengerät verlassen. Dabei kann es in seltenen Fällen (1–3 %) zu umschriebenen Schäden an der Gelenkklippe oder dem Gelenknorpel kommen, die aber für den Patienten normalerweise nicht spürbar sind. Sobald die Kamera im Gelenk ist, können die anderen beiden Zugänge unter Sicht angelegt werden, so dass bei diesen Schritten eine Schädigung weitgehend ausgeschlossen ist.

Äusserst selten (< 1 %) bricht bei einem arthroskopischen Eingriff die Spitze eines Arbeitsinstruments im Hüftgelenk ab. Wenn der Fremdkörper so gross ist, dass er später stören würde, muss er geborgen werden, wodurch sich die Operation verlängert.

Durch die Retainierung des Kopfschenkelhalsübergangs wird der Knochen vorübergehend geschwächt, so dass er in den ersten Wochen nach der Operation im Extremfall brechen kann, beispielsweise bei einem Sprung aus grosser Höhe (sogenannter Schenkelhalsbruch). Wenn Sie in den ersten 6 Wochen jedoch konsequent zwei Gehstöcke benutzen, ist eine solche Komplikation weitgehend ausgeschlossen.

Eine weitere, ebenfalls äusserst seltene Komplikation (< 1 %) ist das Absterben des Hüftkopfes infolge einer Minderdurchblutung nach der Verletzung eines versorgenden Blutgefässes.

Verwachsungen am Hüftgelenk

Auch bei regelmässigem Durchbewegen des Hüftgelenks auf dem Hometrainer besteht ein Risiko von rund 3 %, dass es zu Verwachsungen zwischen dem re- taillierten Knochen und der Gelenkkapsel kommt. Falls diese Verwachsungen sich im weiteren Verlauf nicht von selbst lösen und der Bereich, in dem sich die Hüfte nach der Operation schmerzlos bewegen lässt, eingeschränkt bleibt, müssen sie unter Umständen in einer Folgeoperation gelöst werden.

Nervenverletzung

Das Risiko einer Nervenverletzung im Rahmen einer Hüftarthroskopie liegt bei 1–2 %. Meist handelt es sich dabei um eine vorübergehende Schädigung. Die Ursache ist die spezielle Lagerung während des Eingriffs, bei welcher Zug auf das Bein ausgeübt wird. Von einer solchen Nervenverletzung erholen sich die Patienten in der Regel innerhalb weniger Wochen bis Monate nach der Operation. Äusserst selten kommt es zu bleibenden Schäden, beispielsweise weil beim Einführen der Instrumente die Struktur eines Nervs verletzt wird. In aller Regel führen bei einer Hüftarthroskopie verursachte Nervenverletzungen nur zu einem temporären Gefühlsausfall, nicht aber zu einer Muskellähmung. Besonders gefährdet sind die Genital- und die Dammregion sowie die Oberschenkelregion. In diesen Bereichen sind ausserdem lagerungsbedingte Druckschäden an der Haut möglich, die sich aber meist rasch zurückbilden.

Gefässverletzungen, Blutergüsse und Nachblutungen

Bei einer Hüftarthroskopie kommt es aufgrund der Verletzung kleinster durch die Muskulatur verlaufender Gefässe relativ häufig zu Blutergüssen im Oberschenkel, die aber keiner speziellen Therapie bedürfen. Äusserlich sind sie an druckempfindlichen blauen Flecken zu erkennen, wie sie auch im Alltag auftreten, wenn man beispielsweise mit dem Bein irgendwo angestossen ist.

Eine Verletzung grösserer Blutgefässe, die eine Folgeoperation erforderlich machen würde, ist äusserst selten (< 1 %).

Häufiger kommt es hingegen nach der Operation zu einem Anschwellen des Oberschenkels durch Spülflüssigkeit, die aus dem Gelenk austritt. Eine solche Schwellung geht jedoch innert weniger Tage von selbst zurück.

Infektion

Das Eindringen von Bakterien ins Hüftgelenk im Rahmen einer Hüftarthroskopie kommt nur äusserst selten vor (< 1 %), würde aber eine Folgeoperation zur Spülung des Gelenks erfordern.

Hüftarthrose/Prothese

Typischerweise treten bei Ihrem Leiden die ersten Symptome erst auf, wenn das Hüftgelenk durch das wiederholte Anschlagen des Kopfschenkelhalsübergangs an der Pfanne schon in einem gewissen Mass geschädigt ist. Entsprechend wird ein femoroacetabuläres Impingement auch erst dann diagnostiziert.

Die bis zu diesem Zeitpunkt entstandenen zentralen Knorpelschäden können durch die Hüftarthroskopie nicht rückgängig gemacht werden. Deshalb bleibt das Risiko bestehen, dass sich im Laufe der Zeit eine Hüftarthrose ausbildet. Diese kann durch den Eingriff also meist nicht verhindert, sondern lediglich hinausgezögert werden. Je nachdem, wie stark der Knorpel zum Zeitpunkt des arthroskopischen Eingriffs bereits geschädigt ist, muss das Hüftgelenk früher oder später durch eine Totalprothese ersetzt werden. Um die Differenz zwischen der Lebenserwartung des Patienten und der Lebensdauer einer Prothese so gering wie möglich zu halten, wird mit einer Hüftarthroskopie auch das Ziel verfolgt, den Ersatz des Hüftgelenks so lange wie möglich hinauszuzögern.

Kurzübersicht – Ablauf der Behandlung



Vorgespräch

In meiner Sprechstunde kläre ich in einem Vorgespräch Ihre medizinischen Bedürfnisse und erarbeite für Sie ein auf Sie zugeschnittenes, individuelles Behandlungskonzept.



Aufgebot

Dank dem Vorgespräch in meiner Praxis brauchen Sie erst am Tag der Operation in die Klinik einzutreten. Sie werden am Vortag telefonisch informiert, wann und wo genau wir Sie (nüchtern) erwarten.



Spitalaufenthalt

Am Operationstag wird die Hüftarthroskopie ausgeführt. Anschliessend erholen Sie sich auf der Bettenstation. In der Regel können Sie am 2. Tag nach der Operation wieder nach Hause.



Mobilisierung

Eigenmobilisierung zuhause nach Spitalentlassung; ein stationärer Rehabilitationsaufenthalt ist nicht notwendig.

Tägliche Hometrainerübungen gemäss unseren Instruktionen.
Ambulante Physiotherapie ab der 7. Woche.



Rekonvaleszenz

Je nach Tätigkeit beträgt die Arbeitsunfähigkeit 6 bis 12 Wochen; Homeoffice zu 50 % bereits nach zwei Wochen möglich.

Sport ist nach 3 Monaten wieder möglich, gelenkbelastende Kontaktsportarten ab ca. 4 Monaten.



Nachkontrollen

Wundkontrolle und Fädenziehen nach ca. 2 Wochen beim Hausarzt.

Erste Kontrolle bei mir nach 6 Wochen.

Zweite Kontrolle bei mir nach 3 Monaten.

Abschlusskontrolle nach einem Jahr.



Dr. med. Fabian Kalberer

Facharzt Orthopädie und Traumatologie
des Bewegungsapparates, FMH

Hüft- und Beckenchirurgie

Gelenkzentrum Winterthur AG
Schickstrasse 11
8400 Winterthur

T +41 52 266 12 12
F +41 52 266 12 13
praxis@gzw.ch



gzw.ch