

Chirurgische/Unfallchirurgische Gemeinschaftspraxis Praxisklinik für Gelenkchirurgie Ambulantes Gelenkoperationszentrum Oberlausitz

Dr. med. Ullrich Gebhardt – Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie,
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, D-Arzt
Ralf Körner – Facharzt für Chirurgie

Röntgen – Sonografie – angeschlossenes Med. Gutachtenbüro

Dr. med. Ullrich Gebhardt / Ralf Körner • Töpferstraße 17 • 02625 Bautzen

✉ Töpferstraße 17
02625 Bautzen

☎ 03591 4 31 49
Fax 03591 46 00 94
@ www.op-zentrum-ol.de
Mail op-zentrum-ol@telemed.de

Zusatzinformation für unsere Patienten mit geplanter Hemiprothese des Kniegelenkes bei einseitigem Arthroseprozess zu unserem Aufklärungsbogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

zur Behandlung Ihres einseitigen Gelenkverschleißes wurde die Indikation zur Implantation einer Kniehalbprothese/Hemiprothese/Hemischlitten gestellt.

Ziel ist es, mit diesem Implantat das Gelenk so lange wie möglich zu erhalten. Wir vertreten die Behandlungsstrategie der stadiengerechten Therapie der Gonarthrose.

Es ist festzustellen, dass aufgrund der Problematik des Kniegelenkes, der Zunahme des Verschleißes, auch in jüngeren Altersgruppen, es zu Gelenkzerstörungen kommt, die zunächst oft nur in einem Kompartiment des Gelenkes auftreten.

Hinsichtlich Komplikationsanalysen von totalen Knieendoprothesen, das sind Eingriffe, bei denen das Gelenk durch eine Prothese komplett ersetzt wird, ist man der Meinung, dass – wenn es zu vertreten ist – das Gelenk erhalten werden soll. Darauf baut sich die Strategie der stadiengerechten Behandlung des Verschleißes des Kniegelenkes (Gonarthrose) auf.

Viele sehr kritische Stimmen kamen in den letzten Jahren zu Wort und forderten: Erhalte, was zu erhalten geht.

Ebenso lautet der jetzige Behandlungsgrundsatz: „Weniger Prothese ist mehr.“

Hochkarätige Arbeitsgruppen schlussfolgern:

In der Knieendoprothetik sind häufig Patienten mit einem Knieeilersatz besser versorgt als mit einer Vollprothese, da die Arthrose (Verschleiß) nicht immer alle Gelenkanteile bereits zerstört hat.

Das Verfahren der Hemiprothetik wurde schon in den 50-er Jahren in den USA aufgegriffen. Der Urtyp der Hemiprothese ist die McKeeever-Prothese. Im Laufe der Jahre haben sich die Implantatmaterialien, die Operationstechniken und auch das Design der Hemiprothesen weiter entwickelt. Damit ist die Hemiprothetik des Kniegelenkes ein etabliertes Verfahren in der Behandlungsstrategie der Gonarthrose geworden, um das Kniegelenk möglichst lange erhalten zu können.

Es gibt derzeit unterschiedliche Typen von Hemiprothesen für das innere oder das äußere Gelenkkompartiment, aber auch für das Gelenk zwischen Kniescheibe und Oberschenkel, das so genannte Femoropatellargelenk. Grundsätzlich hat man Variationen mit fest sitzendem Meniskusersatz und einem so genannten mobile bearing mit einem mobilen Gleitkern, der den Meniskus ersetzt. Die Höhe des Gleitkerns, ob fest sitzend oder beweglich (mobile bearing), richtet sich immer nach der Bandspannung. Der Eingriff muss sehr subtil durchgeführt werden. Man benötigt über dem zerstörten Kompartiment eine nicht allzu große Inzision. Operiert wird das Gelenk in Kniebeugung. Der Operateur muss sich aber immer während der Operation vergegenwärtigen, wie das Knie in Streckung funktioniert. Es wird mit Ziellehren nur wenig Knochen vom Oberschenkel und vom Schienbein weggenommen, meist zwischen 5 – 8 mm. Nach entsprechender Zurichtung wird dann die passende Hemiprothese mit Knochenzement implantiert. Nach einer intensiven Wundspülung wird dann das Operationsgebiet schichtweise verschlossen. Der Patient erhält zur Absicherung ein Antibiotikum und genügend wirksame Schmerzmittel. Nach der Operation erfolgt nur eine kurzfristige Ruhigstellung. Ziel ist es, frühzeitig in Bewegung zu kommen, damit durch Vermeiden von Verwachsungen im Gelenk bald wieder eine gute Beweglichkeit erreicht wird.

Voraussetzung für unseren Eingriff ist, dass das gegenüberliegende Kompartiment des geschädigten Gelenkes weitgehend intakt ist. Der entgegengesetzt liegende Meniskus sollte intakt sein. Das Gelenk muss bandstabil sein. Sollte eine vordere Kreuzbandläsion vorliegen, kann man in Abhängigkeit der Befunde und unter Beachtung der Aktivität und des Alters des Patienten den Eingriff mit einer vorderen Kreuzbandersatzoperation kombinieren. Auch hierzu liegen gute Erfahrungen aus den letzten Jahren vor.

Sollten wir Unklarheiten anhand der Diagnostik, der Röntgenbilder und der klinischen Beschwerden haben, beginnen wir diesen Eingriff immer mit einer Arthroskopie des Gelenkes, um uns nochmals über den Gelenkbefund rückzuversichern.

Prinzipiell hat das Verfahren der Hemiprothetik nichts mit einer Endoprothese zu tun.

Die Endoprothese ändert die Gesamtkinematik des Kniegelenkes und den Bewegungsablauf. Hier müssen auch teilweise Bandansätze mobilisiert werden. Unser Operationsverfahren der Hemiprothetik ist an eine stabile Gelenkfunktion gebunden.

Sollten wir während des Eingriffs zusätzliche, bisher nicht in Erscheinung getretene größere Knorpelschäden, z. B. im Widerlager der Kniescheibe oder in anderen Regionen, bei sonst noch intakten Verhältnissen entdecken, dann würden wir diese gleich in adäquater Weise mit einem entsprechenden Metallimplantat versorgen, um einen 2. Eingriff zu ersparen.

Nach dem Eingriff ist eine umfassende Physiotherapie erforderlich, damit das Knie wieder muskulär stabilisiert wird. Die Unterarmstützen sollten Sie nur so lange benutzen, wie der behandelnde Arzt festlegt. Wichtig ist, dass nach der OP festes Schuhwerk getragen wird um Ausrutscher und Stürze zu vermeiden. Stürze können die Schmerzsymptomatik verschlechtern und zu Bandläsionen führen, die dann problematisch wären.

Im Verlauf nach der Operation legen wir Wert darauf, dass Sie zunächst in unserer Einrichtung bleiben, denn nur so können ungünstige Verläufe oder auch Komplikationen frühzeitig erkannt und sofort therapiert werden. Nach der Operation legen wir ein individuelles Physiotherapieprogramm für Sie fest und orientieren auf eine Reha-Behandlung – das ist eine intensive Physiotherapiebehandlung zur Konditionierung der Gelenkfunktion, zur Konditionierung der kniesteuernden Beinmuskulatur, zur Verbesserung des Gangbildes und zur Verbesserung der gesamten Gelenkfunktion. Leider werden diese Reha-Behandlungen teilweise nicht genehmigt. Dann müssen Sie Widerspruch bei den Kostenträgern geltend machen.

Im weiteren Verlauf werden in bestimmten Zeitabständen Röntgenkontrollen durchgeführt, um evtl. Lockerungen der Implantate frühzeitig zu erkennen und einen evtl. Fortschritt der Gonarthrose frühzeitig erfassen zu können. Bei Problemen und Unsicherheiten in der Frühphase, wie auch in den Jahren nach der Implantation der Hemiprothese, können Sie sich jederzeit Rat, Unterstützung und Hilfe bei uns einholen. Darauf legen wir ganz besonderen Wert.

In den letzten Jahren ist auch von Verfahren der patientenindividuellen Herstellung von derartigen Hemiprothesen unter Zuhilfenahme von computertomografischen Gelenkvermessungen berichtet worden. Wir haben dieses Verfahren im Jahr 2010 wieder verlassen,

denn diese patientenindividuell hergestellten Hemiprothesen, die nach CT-Vermessung des Gelenkes hergestellt wurden, bergen Risiken. Der geringste Irrtum im CT-Scan führt zu einer Fehlproduktion des Gelenkersatzteiles. Des Weiteren muss auch bei den patientenindividuell hergestellten Hemiprothesen wie auch Totalendoprothesen Knochen reseziert werden.

Mir ist in der Praxis der Implantation der patientenindividuell hergestellten Hemiprothesen klar geworden, dass das Verfahren der individuellen Herstellung der Prothese die Bandspannung des Gelenkes nicht richtig beachtet, denn der CT-Scan, nach dem die Hemiprothese produziert wird, wird im Liegen angefertigt und berücksichtigt nicht die Bandspannung des Gelenkes. Auch die internationale Fachliteratur beschreibt dieses Verfahren und kommt zu dem Schluss, dass die individuelle Herstellung von Hemiprothesen und Totalendoprothesen nach CT-Scan ein Schritt in der Hemiprothetik oder Prothetik ist, jedoch auch bei beiden Verfahren muss Knochen reseziert werden und es liegen keinerlei Langzeitergebnisse vor. Die internationale Fachpresse berichtet, dass überhaupt nicht bewiesen ist, dass die patientenindividuell gefertigten Prothesen und Hemiprothesen eine gesicherte und verbesserte Behandlungsqualität nach sich ziehen.

Bei den von mir verwendeten Hemiprothesenmodellen handelt es sich um titanbeschichtete Materialien, so dass wir hier prinzipiell einer Metallallergie aus dem Wege gehen. Titan ist das einzige Metall, auf das der Körper nicht mit einer Allergie reagiert. Wir haben von den Prothesenkomponenten genügend Größen zur Auswahl, so dass wir während der Operation individuell die Größe vermessen und abwägen können. Sollte sich im Vorfeld der Diagnostik herausstellen, dass ein Patient ein sehr kleines oder ein sehr großes Gelenk hat, bei dem wir mit unseren Prothesenkomponenten nicht zurecht kommen, dann können wir diese vom Hersteller individuell nach genormten Röntgenbildern und CT-Scan herstellen lassen. Uns bleibt aber eine große Variationsbreite der zu inklinierenden Menisken, egal ob fixiert oder in mobile-Technik implantiert, zur Verfügung, denn die Höhe des Meniskus, des so genannten Gleitkerns, wird nach Implantation der Prothesenkomponenten anhand von Schablonen exakt nach der Bandspannung und nach der Beinachse während der Operation individuell bestimmt.

Zusammenfassend möchte ich noch einmal beurteilen:

Die Hemiprothese ist eine Maßnahme oder ein Schritt im Behandlungsspektrum der Gonarthrose. Für die Implantation müssen bestimmte Voraussetzungen gegeben sein. Die Knochenresektion ist gering. Bei einem Fortschreiten des Verschleißprozesses, bei nicht funktionierendem Implantat oder bei Lockerung der Komponenten kann jederzeit ein Wechsel zu einer Totalendoprothese stattfinden. Jedes Implantat, das man in den Körper einbringt,

kann sich lockern, denn das Problem des dauerhaft bleibenden festen Kontaktes zwischen lebendem Gewebe und Kunstmaterialien ist zwar deutlich verbessert worden, aber es ist noch nicht gelöst.

Ich implantiere derartige Hemiprothesen am Knie seit 1998. Das Verfahren ist etabliert und es ist eine wertvolle Hilfe im Rahmen der Therapie des Verschleißprozesses des Gelenkes, wobei man wissen muss, dass Verschleiß nicht heilbar ist. Man kann ihn nur durch Behandlungsmaßnahmen aufhalten und stoppen.

Sollte eine Hemiprothese im Verlauf der Zeit Probleme bereiten, sich lockern oder die Funktion aufgeben, dann hat der Patient biologische Zeit gewonnen und eine Knie totalendoprothese kann implantiert werden. Für eine Knie totalendoprothese ist man eigentlich nie zu alt, aber eher zu jung. Sollte eine Knie totalendoprothese Komplikationen verursachen, dann sind es gravierende Probleme, denn ein Wechsel einer totalen Knieendoprothese zu einer Revision totalprothese zieht immer ein höheres Operationsrisiko und einen größeren Knochenverlust nach sich. Unter diesen Gesichtspunkten sollte die Knie totalendoprothese so lange wie möglich aufgeschoben werden. Das Motto von Expertenforen „Weniger Prothese ist mehr,“.

Das Verfahren der Hemiprothetik ist etabliert. Experten der Kniechirurgie bezeichnen dieses Verfahren als Ersatz von zerstörtem Knorpel und des Meniskus in einem Gelenkkompartiment – „weniger Prothese ist mehr.“

Die Nachbehandlung von Patienten mit implantierter Hemiprothese steuere ich gern selbst. Der Operateur weiß am Besten über die Gelenksituation Bescheid. Sollten größere Probleme auftreten, kann jederzeit revidiert werden. Für größere Revisionen oder einen Wechsel von einer Hemiprothese zu einer totalen Knieendoprothese kommt eine stationäre Einweisung in Frage. Diesbezüglich beraten wir unsere Patienten gern. Wir kooperieren auch mit Einrichtungen, die sehr große Erfahrungen in der Knie totalendoprothetik haben.

Liebe Patientin, lieber Patient, die einseitige Gonarthrose hat sich über einen langen Zeitraum entwickelt wie jeder Verschleißprozess eines Gelenkes.

Beschwerden treten erst auf wenn das Gelenk einen bestimmten Schädigungsgrad und eine bestimmten Grad der Funktionsminderung erreicht hat. Lange Zeit kann dieser Prozess stumm oder relativ stumm verlaufen und sich aufbauen. Durch die Operation kann dieser Prozess durchaus gestoppt werden. Deshalb ist die Nachbehandlung und Nachbetreuung des Patienten eminent wichtig. Den Behandlungserfolg kann man nicht sofort messen, denn die muskuläre

Führung des Gelenkes und die Koordinationsfähigkeit bauen sich erst nach Monaten wieder auf. Wir brauchen Geduld in der Nachbehandlung.

Sollten Sie noch Fragen zur Operation oder Unklarheiten und Fragen nach der Operation haben, können Sie sich jederzeit an mich und an unsere Ärzte wenden. Nach der Operation erhalten Sie auch alle privaten Telefonnummern von uns Ärzten, damit wir jederzeit zu einer eventuellen Kontaktaufnahme bereitstehen.

Die Ärzte und das Team der Chirurgisch-Unfallchirurgisch-Orthopädischen Gemeinschaftspraxis Bautzen, Töpferstraße 17, wünschen Ihnen einen guten Behandlungserfolg.

Dr. med. U. Gebhardt
FA für Chirurgie/Unfallchirurgie
FA für Orthopädie und Unfallchirurgie
Instruktor der AGA

Datum der Aufklärung:

Ich habe den Zusatzaufklärungsbogen gelesen und habe keine Fragen mehr.

Unterschrift Patientin/Patient.

Datum: