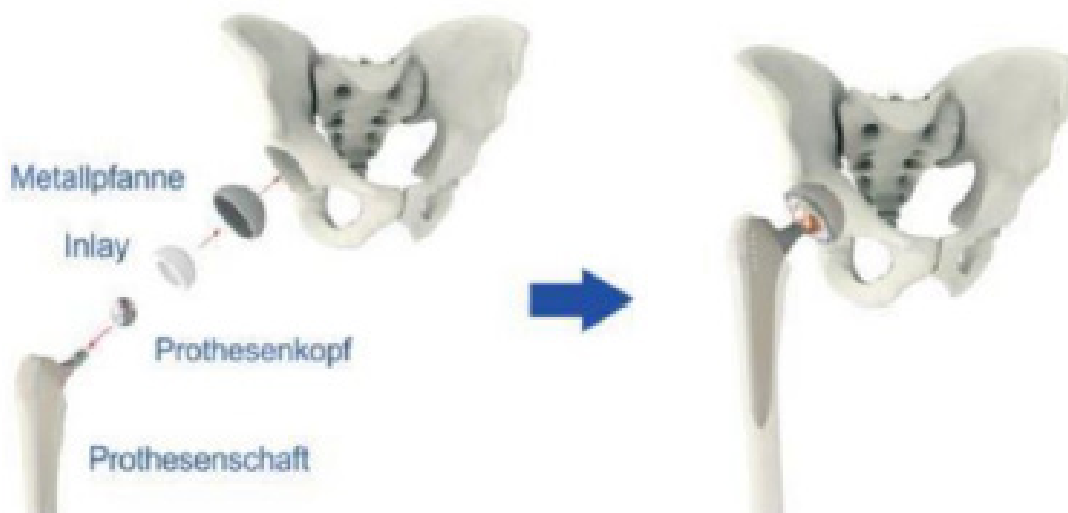


Hüfte – Gelenkersetzende Operationen

Sollte der Verschleiss des Gelenkknorpels (Arthrose) in der Hüfte deutlich fortgeschritten sein und konservative Therapiemassnahmen keine Besserung der Symptomatik mehr ermöglichen, muss ein künstliches Hüftgelenk in Erwägung gezogen werden.

Schon bereits vor der Operation haben wir mit Hilfe entsprechender Computersoftware die korrekte Grösse der Prothesenkomponenten anhand des Röntgenbildes errechnet. Um bei der Hüftgelenksoperation an das Gelenk zu gelangen verwenden wir einen sog. Minimalinvasiven Zugang, bei dem keine Muskeln durchtrennt oder von ihren Ansatzstellen am Knochen abgelöst werden müssen. Nach dem Hautschnitt suchen wir die entsprechenden Lücken zwischen den Muskeln auf und halten diese zur Seite, um an das Hüftgelenk zu gelangen. Der defekte Hüftkopf wird dann mit einer Säge abgetrennt und entfernt. Nachdem überschüssiges Gewebe entfernt wurde und die Gelenkpfanne im Beckenknochen dargestellt wurde, wird diese mit Fräsen soweit präpariert, dass die künstliche Pfanne passt und guten Halt findet. In die Metallpfanne wird dann noch eine Plastikschaale (Inlay aus Polyethylen) gelegt, damit der Kopf im Gelenk reibungslos gleiten kann.

Anschliessend wird die Prothesenkomponente in den Schaft eingebracht. Dafür wird der Schaft ebenfalls mit Fräsen bis zu der geplanten Grösse aufgeraspelt. Zunächst wird mit einem provisorischen Schaft, auf den Köpfe mit verschiedener Länge aufgesteckt werden können, die Hüfte eingelenkt und durchbewegt. Erst wenn sichergestellt wurde, dass das Bein im Hüftgelenk frei beweglich ist und keine Gefahr besteht, dass das Gelenk auskugelt, wird der provisorische Schaft und Kopf gegen die definitiven Implantate ausgewechselt.



Eine Hüftprothese besteht meist aus vier Komponenten

Wir verwenden in der Regel eine der drei folgenden Implantatkombinationen:

Standardprothese (R3, MIA)

Bei der Standardprothese handelt es sich um ein seit Jahren erprobtes Prothesendesign. Sowohl die Pfanne als auch der Schaft besteht aus einer Titaniumlegierung. Als Gleitpaarung dient ein Polyethyleninlay in der Pfanne, und ein Oxiniumkopf auf dem Schaft. Bei entsprechender Knochenqualität ist eine sichere Verankerung aufgrund der Oberflächenbeschaffenheit der Prothesen gewährleistet, ohne dass Knochenzement verwendet werden muss.

Kurzschafthprothese (Optimis, Vitamys)

Bei jüngeren Patienten mit guter Knochenqualität kann ein Kurzschafthdesign verwendet werden. Vorteil des vergleichsweise kürzeren Schaftes ist, dass weniger Knochen im Bereich des Oberschenkelknochens abgetragen werden muss. Hier dient als Gleitpaarung ein Polyethyleninlay in der Pfanne und ein Keramikkopf auf dem Schaft. Auch hier wird für die Verankerung kein Zement verwendet.

Zementierte Prothese (Weber)

Bei älteren Patienten mit schlechter Knochenqualität (Osteoporose) kann es sein, dass eine sichere Verankerung der o.g. Prothesen nicht mehr gewährleistet ist. In diesen Fällen werden die Komponenten in den Knochen einzementiert, um eine sichere Stabilität zu gewährleisten. Betreffend der Gleitpaarungen werden auch Keramikköpfe und Polyethyleninlays verwendet. In allen drei Fällen ist es bereits ab dem ersten Tag nach der Operation möglich, das operierte Bein nach Massgabe der Beschwerden zu belasten. Zur Sicherheit sollten für 4 – 6 Wochen nach der Operation noch Gehstöcke verwendet werden.