

HELIOS Klinikum Berlin-Buch

*Primäre Hüftgelenk-  
endoprothese und  
Wechseloperationen*

Patienteninformation zu  
Krankheitsbild, Diagnose  
und Therapie



*Mit höherem Lebensalter nehmen Schmerzen und Funktionseinschränkungen des Hüftgelenks oft zu und schränken den gewohnten Lebensrhythmus ein. Wenn konservative Maßnahmen wie Physiotherapie und Medikamente nicht mehr weiterhelfen und die Lebensqualität des Hüfterkrankten nachhaltig leidet, können durch einen künstlichen Ersatz des Hüftgelenks der Schmerz beseitigt und die Funktion verbessert werden. Moderne Hüftprothesen zeigen dabei Standzeiten zwischen 15 und 20 Jahren bei deutlich über 90 Prozent aller Patienten. Bei der Implantation einer Hüftprothese gibt es ausgezeichnete Langzeitergebnisse, aber auch die generelle Zufriedenheit der Patienten ist groß.*

## Ursachen

Am häufigsten ist dies der Gelenkverschleiß (Arthrose), der durch das Aufbrauchen des Gelenkknorpels am Hüftkopf und der Hüftgelenkspfanne entsteht. Knöcherner Reaktionen wie Zysten oder knöcherner Anbauten an Hüftkopf oder Pfanne (Osteophyten) beeinträchtigen die freie Gelenkbeweglichkeit. Folge der Arthrose ist der Gelenkschmerz vor allem in der Leiste und an der Oberschenkelvorder- und -innenseite. Im weiter fortgeschrittenen Stadium können auch Ruhe- und Nachtschmerzen hinzukommen. Die Beweglichkeit des Hüftgelenks nimmt dann immer mehr ab, vor allem die Überstreckung und Innendrehung.

### Krankheiten als Ursachen:

- Hüftgelenksdysplasie (angeborene Minderanlage der Hüftpfanne)
- Rheumatische Erkrankungen (z.B. rheumatoide Arthritis)
- Hüftkopfnekrose (Durchblutungsstörungen des Hüftkopfes)
- Spätfolgen eines M. Perthes (jugendliche Hüftkopfnekrose)
- Spätfolgen einer Epiphyseolysis capitis femoris (jugendliches Hüftkopfgleiten)
- Spätfolgen nach Knochenbrüchen des Hüftkopfes und der Hüftpfanne
- Spätfolgen nach Infektionen des Hüftgelenks
- Komplikationen bei bestimmten Stoffwechselerkrankungen (z.B. Gicht)

Bestehen durch die Arthrose dauerhafte Schmerzen sowie deutliche Einschränkungen der Beweglichkeit können diese durch die Implantation eines künstlichen Hüftgelenks (Hüftgelenk-Total-Endoprothese, Hüft-TEP) beseitigt werden.

## Ambulante Vorstellung/ Poliklinik

Wir bieten Ihnen eine spezielle endoprothetische Sprechstunde an, in welcher alle Patienten mit Hüftgelenksarthrose oder angrenzenden Indikationen gesehen werden. Telefon für Terminvereinbarungen zur ambulanten Vorstellung:

**(030) 94 01-123 45**

Es erfolgt dabei eine detaillierte Untersuchung jedes Patienten mit Befundung auch auswärtiger Berichte und Röntgenbilder. Falls notwendig, werden dann neue Bilder bei uns erstellt. In der Regel sind Röntgenaufnahmen der Hüfte, die nicht älter sind als sechs Monate, ausreichend. Computertomogramm (CT) oder Kernspinaufnahmen (MRT) sind nur sehr selten notwendig.

Falls eine Operation erforderlich ist, klären wir zuerst über die geplante Methode und über zu verwendende Materialien auf. Bei entsprechenden Nebenerkrankungen oder sonstigen zu berücksichtigenden Besonderheiten erfolgt die Vorstellung beim Anästhesisten (Narkoseabteilung).

## Material der Prothese

Durch die kontinuierliche Verbesserung der Materialtechnik und des Prothesendesigns in den letzten Jahrzehnten wurde die Lebensdauer der Hüftendoprothesen deutlich gesteigert. Laut aktueller Studien sind nach 15 Jahren noch 95 Prozent der meisten Prothesen gut funktionsfähig. Genau auf diese Qualität mit nachweislich exzellenten Ergebnissen in den entsprechenden Publikationen und Registern vertrauen wir. Diese kommen dementsprechend zum Einsatz. Moderne Hüftendoprothesen sind aus mehreren Komponenten zusammengesetzt und stehen, entsprechend individuellem Bedarf, in vielen Größen zur Verfügung. Zementfreie verankerte Hüftprothesen sind der Standard für die Anwendung bei normalen Knochenverhältnissen und ana-

tomisch weitgehend normal geformten Gelenken des Patienten, in der Regel bis zu einem Alter von 75 bis 80 Jahren.

Aufgrund der dann oft vorherrschenden osteoporotischen Knochenqualität sind zementierte Prothesen im Schaftbereich Mittel der Wahl und den zementfreien Schäften insbesondere in der Komplikationsrate deutlich überlegen.

Der im Oberschenkel verankerte Prothesenschaft und die Pfanne bestehen aus besonders knochenverträglichen Titanlegierungen. Für das eigentliche Gelenk – gebildet aus dem Hüftkopf und dem Pfanneninlay – werden spezielle Gleitpaarungen wie Delta-Keramikköpfe in Verbindung mit hochvernetztem Polyäthylen (UHMWPE) oder Keramik-Keramik verwendet. Metall-Metall-Gleitpaarungen kommen nicht zur Anwendung aufgrund der möglichen Metallvergiftung und dazu eindeutiger Studienlage.

## Operativer Eingriff

Bei der ambulanten Vorstellung zur Planung des Operationstermins wird der Patient über die Aufnahme, den OP-Termin und die Operation, umfassend informiert.

Am Aufnahmetag erfolgen weitere notwendige Untersuchungen und z.B. auch die Bestimmung der Laborwerte, Röntgen, EKG und die Anästhesievorbereitung. Am nächsten Tag wird in der Regel die Operation in Allgemein- oder rückenmarksnaher Narkose (Spinalanäs-

thesie, Epiduralanästhesie) durchgeführt. Nach der Operation wird der Patient im sog. Aufwachraum überwacht. Falls erforderlich, z.B. aufgrund von Begleiterkrankungen, ggf. auch auf der Intensivstation.

Jede Hüftprothese wird individuell am aktuellen Röntgenbild vor der Operation geplant, um nicht nur Größe und optimale Passform zu bestimmen, sondern auch die optimale Beinlänge im Vergleich zur oft gesunden Gegenseite.

Der Hautschnitt befindet sich an der Oberschenkelaußenseite über dem von außen tastbaren großen Rollhügel. In den meisten Fällen kann ein sog. minimalinvasiver Zugang verwendet werden. Das heißt, der Hautschnitt und auch die Durchtrennung von tieferen Gewebeschichten und Muskulatur werden so klein wie möglich bzw. nötig gehalten.

Im Vergleich zur früheren Standardtechnik ist das von Vorteil für den Patienten: Die Heilungsphase wird durch die geringe operationsbedingte Verletzung von Muskulatur und Knochen erleichtert. Auch die Narbe ist dadurch viel kleiner und der Patient schneller wieder mobil.

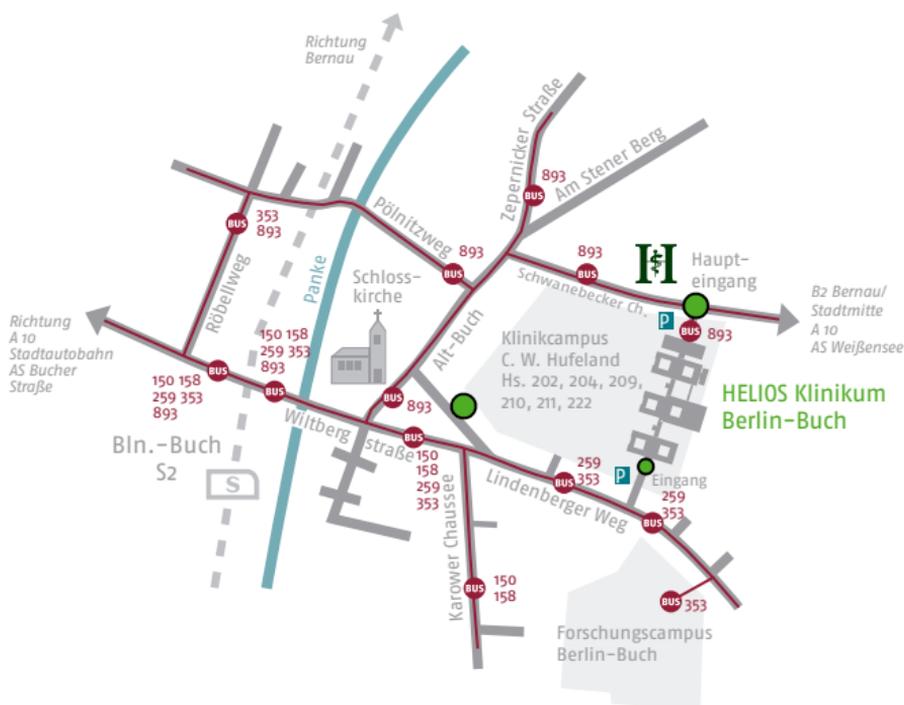
Der normale stationäre Aufenthalt in unserer Klinik beträgt zurzeit etwa 8 bis 10 Tage, kann bei jungen aktiven Patienten aber auch bis auf 6 Tage reduziert werden.

Unsere Patienten verlassen bei normalem Verlauf bereits am Tag nach der Operation unter Anleitung der Krankengymnasten das Krankenbett. Unter intensiver krankengymnastischer Begleitung wird dann in den folgenden

Tagen das „richtige“ Gehen an Unterarmgehstützen sowie das angepasste Verhalten mit dem neuen Hüftgelenk erlernt. Während des stationären Aufenthaltes soll unter anderem der komplett eigenständige Gang zum Bad, das Anziehen sowie abschließend auch das Treppensteigen erlernt werden. Dazu trägt die Anleitung zur täglichen Krankengymnastik bei.

Im Anschluss an den stationären Aufenthalt erfolgt meist direkt eine etwa 3-wöchige Anschlussheilbehandlung (ambulant oder stationär) in einer speziell ausgestatteten Rehabilitationseinrichtung.

## Anfahrt



Parkplätze vorhanden.

Buslinie 893: Direkte Anbindung des Klinikums  
zur S-Bahn Berlin-Buch S2



**HELIOS**  
Klinikum  
Berlin-Buch

Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie

Chefarzt: Prof. Dr. med. Daniel Kendoff

Schwanebecker Chaussee 50 • 13125 Berlin

Telefon: (030) 94 01-523 20

Telefax: (030) 94 01-523 29

E-Mail: [orthopaedie.berlin-buch@helios-kliniken.de](mailto:orthopaedie.berlin-buch@helios-kliniken.de)

[www.helios-kliniken.de/berlin-buch](http://www.helios-kliniken.de/berlin-buch)

Impressum:

Verleger: HELIOS Klinikum Berlin-Buch • Schwanebecker Chaussee 50 • 13125 Berlin

Druckerei: Schmolh & Partner • Gustav-Adolf-Straße 150 • 13086 Berlin