



**GELENKE :
UNSERE KOMPETENZ**

**Hüft-
Totalendoprothese**



Bus ab Hauptbahnhof: 121 (Richtung Haltenhoffstraße), 128 oder 134 (Richtung Peiner Straße)

Bus ab Kröpcke/Theaterstraße: 200 (Richtung August-Holweg-Platz)
Jeweils an der Haltestelle „Emmichplatz“ aussteigen

Anreise mit dem Auto: Wir empfehlen das **Parkhaus** unter der **Raschplatzhochstraße**. Von hier gelangen Sie zu Fuß durch den Ausgang „Volgersweg/Justizbehörden“ nach links (in die Unterführung) innerhalb weniger Minuten zu uns.

go:h Gelenkchirurgie
Orthopädie Hannover
Uhlemeyerstraße 16
30175 Hannover
Tel. +49 (0)511 700525-0
info@g-o-hannover.de

www.g-o-hannover.de



GELENKE : UNSERE KOMPETENZ

Die Historie

Die ersten Versuche der Implantation einer Hüftprothese gehen bis ins Jahr 1821 zurück. In den 50er-Jahren entstanden die erste Schaftprothese aus Plexiglas und die erste Totalprothese, bei der beide Komponenten aus Metall waren. Sir John Charnley führte 1959/60 den Knochenzement ein und verwendete Polyethylen als Gleitpartner der Prothese. Seitdem sind die Grundzüge der Hüftendoprothetik unverändert, wengleich fortschreitende Entwicklungen in den Bereichen Reibungslehre, Materialforschung, Biomechanik und operative Techniken gemacht und umgesetzt wurden.

Arthrose des Hüftgelenks: Wer ist betroffen?

Patienten mit **Hüftgelenkschäden** im Sinne einer Arthrose (Verschleiß), welche Schmerzen und **Bewegungseinschränkungen** hervorrufen, könnten für die Implantation einer Hüftprothese infrage kommen.

Zeigen die Schmerzen und Einschränkungen bei **alltäglichen Belastungen** keine Besserung und bleiben konservative Maßnahmen erfolglos, sollte eine weiterführende Diagnostik erfolgen. Im Falle eines vollschichtigen **Knorpelverschleißes** (Knorpelglätze) und entsprechender Symptomatik ist eine **Ersatzoperation des Hüftgelenkes** indiziert.



Symptome

- Anlaufschmerz, z.B. Steifigkeit nach Ruhe
- Nachtschmerz
- Belastungs- bzw. Ruheschmerz in Leiste, Gesäß oder Oberschenkel
- Bewegungseinschränkung
- Gangstörung, z.B. Hinken

Risikofaktoren

- mechanische Fehlbelastung
- genetische Einflüsse
- Übergewicht

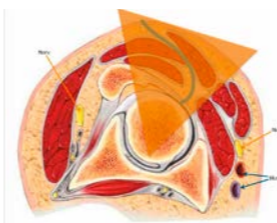
Diagnostik

- Ausschluss anderer Ursachen für den Schmerz
- klinisches Bild
- Untersuchung
- Röntgen
- MRT bei speziellen Fragestellungen

Operationstechnik: Der Zugang zur Hüfte

Es existieren verschiedene Zugänge zur Hüfte, die jeweils unterschiedliche Vor- und Nachteile haben. Der hauptsächliche Nachteil aller klassischen Hüftzugänge ist eine mehr oder minder starke Ablösung der Muskulatur und/oder sogar die Durchtrennung von Knochen. Die große Herausforderung liegt für den Operateur darin, einerseits das Gelenk gut und vollständig einsehen zu können, um ausreichend Platz für das Einbringen der Implantate und die dazu notwendigen vor- und nachbereitenden Operationsschritte zu haben. Andererseits hat der Arzt den Anspruch, das Kapselgewebe und die Muskulatur bestmöglich zu erhalten bzw. zu schonen und die umgebenden Nerven und Blutbahnen zu schützen.

Moderne Zugänge mit kleinem Hautschnitt (z.B. anterolateral, nach Röttlinger) nutzen weichteilschonend Muskellücken und können so diese Herausforderung meistern. Der Eingriff wird daher auch minimalinvasiv genannt. Das bei der Nutzung klassischer Zugänge häufig zu beobachtende Hinken von Hüftprothesenpatienten wird bei dieser Methode weitgehend ausgeschlossen. Weitere Vorteile sind die deutliche Reduzierung der Schmerzen nach der Operation und die schnellere Mobilisierung der Patienten.



Minimalinvasiver Zugang bei einer Hüftoperation



Hautschnitt nach einer Hüftoperation

Die Implantation einer Hüftprothese kann zementiert oder zementfrei erfolgen. Die Ärzte der go:h nutzen – wenn möglich – ausschließlich die zementfreie Methode, da dabei die Prothese im Knochen einwächst und keine Trennschicht zwischen Knochen und Prothese besteht.

Die Komponenten der Hüftprothese



Moderne Hüftprothesen bestehen aus mehreren Komponenten unterschiedlicher Materialien. So bestehen der Schaft, der im Oberschenkelknochen versenkt wird und als kurze oder lange Variante

verfügbar ist sowie die Pfanne (Schraubring oder Pressfit), die im Becken angebracht wird, aus Titan. Der Prothesenkopf ist meist aus Keramik, das Inlay für die Pfanne aus Polyethylen oder Keramik. Im Unterschied zur Endoprothese des Kniegelenkes ist die Materialzusammensetzung daher nickelfrei und stellt auch für Allergiker aus heutiger wissenschaftlicher Sicht kein Problem dar.

Was passiert nach der Operation?



Die Patienten mit einer Hüft-Endoprothese können bereits am OP-Tag an Gehstützen belasten. Eine volle Belastung ist – bei entsprechender Einhaltung des individuell abgestimmten Nachbehandlungsplanes – nach

etwa 3 bis 4 Wochen möglich. Trotz zementfreier Verankerung ist eine sofortige Belastbarkeit der Prothese möglich. Mit der Mobilisation der Patienten wird direkt nach dem operativen Eingriff begonnen. Hierzu werden die Patienten im Rahmen eines individuellen Nachbehandlungsplans physiotherapeutisch angeleitet. Im Verlauf der stationären Versorgung (ca. 7 Tage) ist meist eine Eigenmobilisation möglich. Im Anschluss an diese erste Phase erfolgt eine Gewöhnung an das neue Gelenk und ca. 6 bis 8 Wochen nach der Operation ist die Alltagsfähigkeit wieder hergestellt.