



Prof. Dr. med. Dr. phil. Victor Valderrabano, Chefarzt, SWISS ORTHO CENTER, Schmerzklinik Basel, Swiss Medical Network

Fotos: zVg

## Arthrose am Bein

# Das erfolgreiche künstliche Gelenk

Im diesem Interview beantwortet Ihnen Prof. Valderrabano Fragen zum Thema Arthrose am Bein und wie die Arthrose, die Verschleisskrankheit unserer Gelenke, reduzierte Geh-, Leistungs- und Sport-Fähigkeit verursacht und wie eine Prothese zu einer besseren Lebensqualität verhilft.

**Herr Professor Valderrabano, Sie sind ein Spezialist und Chirurg für die Behandlung der Arthrose an den Beinen. Wie häufig müssen Sie Arthrose-PatientInnen ein künstliches Gelenk empfehlen?**

Die Arthrose als schmerzhafte Gelenkverschleiss-Krankheit muss nicht immer mit einem künstlichen Gelenk oder einer sogenannten Gelenktotalprothese behandelt werden. Die künstlichen Gelenke haben zwar in der Orthopädischen Chirurgie die Arthrosebehandlung revolutioniert, gerade dank den modernen Materialien und neusten Designs, vorher versuchen wir jedoch, die PatientInnen stets mit konservativen Massnahmen oder – falls

möglich – mit gelenkerhaltenden chirurgischen Operationen zu versorgen. Schätzungsweise müssen wir nur 1 von 5 Arthrose-PatientInnen mit einem künstlichen Gelenk versorgen.

**Was verstehen Sie unter konservativen Massnahmen der Arthrose?**

Es ist wichtig, dass man bei jedem/r Arthrose-Patienten/Patientin ein individuell-spezifisches Arthrose-Risiko-Mapping veranlasst und dann die vorliegenden individuellen Risiken 1:1 adressiert. Zum Beispiel: bei physischer Unteraktivität Förderung von low-impact-Sportarten (Laufen, Schwimmen, Radfahren,...), bei

Muskelschwund gezieltes Krafttraining, bei Übergewicht gewichtreduzierende Massnahmen (Ernährungsberatung, Sport, etc.), bei Achsenfehlstellungen korrigierende Einlagen/Schienen oder chirurgische Achsenkorrektur, bei Gelenkentzündung (Arthritis) Vorstellung beim Rheumatologen, und so weiter. Nebst der Einnahme von Entzündungshemmern registrieren wir auch guten Erfolg mit Knorpelaufbaumitteln (Viscosupplementation), sei es oral mit Chondroitinsulfat/Glucosamin oder per Injektion mit Hyaluronsäure oder/und Eigenblut/Platelet Rich Plasma (PRP). Auch die Physiotherapie sollte Teil der konservativen Behandlungsstrategie sein.

**Sie haben gelenkerhaltende Arthrose-Operationen erwähnt. Können Sie hierzu ein paar Worte verlieren?**

Bevor man ein künstliches Gelenk implantiert, muss sich der orthopädische Chirurg fragen:

Kann ich in irgendeiner Form das natürliche Gelenk chirurgisch retten? Darunter versteht man Techniken, die darauf zielen, das bei der Arthrose zugrunde gehende Knorpelgewebe zu reparieren oder zu entlasten. Häufig werden dabei Achsenkorrekturen mit knorpelanregenden oder -ersetzenden Materialien kombiniert. Zum Beispiel bei einem O-Bein kann eine Teilarthrose am Innenknie mit einer X-Bein-einstellenden Schienbein-Achsenkorrektur (Osteotomie) und Knorpel-Membran behoben werden. Leider sind jedoch gelenkerhaltende Arthrose-Operationen bei älteren Patienten nicht möglich, da die Eigenheilungspotenz des Knorpelgewebes im Alter reduziert ist. Oder die Patienten warten zu lange und dann ist lediglich das künstliche Gelenk möglich.

#### **Kann man sich im Falle einer Aussicht auf ein künstliches Gelenk als Patient speziell vorbereiten?**

Ja, eine qualitative generelle Vorbereitung ist essentiell. Zusammen mit dem Hausarzt können die PatientInnen eventuelle Mangelzustände von Hämoglobin (roter Blutfarbstoff), Blut-Proteinen und Vitaminen (z.B. Vitamin D3) feststellen und diese beheben. Dadurch ist die postoperative Genesung und Wundheilung gestützt und Wundheilungs-Komplikationen können so reduziert werden. Auch eventuelle Nebendiagnosen sollen gut behandelt sein. Eine eventuelle präoperative Physiotherapie-Einführung kann helfen, postoperativ schneller auf die Beine zu kommen. Wichtig ist auch ein gutes Studium der Literatur über die Technik und Nachbehandlung der jeweilig geplanten Prothesenoperation: Hüftprothese, Knieprothese, Sprunggelenkprothese.

#### **Wie kann eine Hüft-Totalprothese mit Erfolg realisiert werden?**

Bei der Hüft-Totalprothese muss der Chirurg den/die PatientIn gut untersuchen und das Röntgenbild gut analysieren. Denn je nach Knochenqualität, Muskelqualität/-masse, Gehfähigkeit ändert sich auch der Typ der einzubauenden Hüft-Totalprothese: Z.B. bei

einer Osteoporose sollte eher die Hüft-Totalprothese zementiert werden; bei einem sportlichen Patienten eher eine Prothese mit einem grossen Kopf realisiert werden; bei einer älteren Patientin mit Muskelschwäche oder Nervenproblemen eher eine Antiluxations-Hüft-Totalprothese implantiert werden. Intraoperativ soll möglichst muskelschonend und knochensparend die Hüft-Totalprothese eingesetzt werden. Je nach Nebendiagnosen kann der/die PatientIn ambulant mittels Physiotherapie oder stationär in einer Rehabilitationsklinik aufgebaut werden. Auch in dieser Phase ist die Laborkontrolle beim Hausarzt wichtig, um Mangelzustände zu behandeln. In den ersten Monaten verlangt die neue Prothese von der Muskulatur mehr als die Arthrose, was zu anpassenden Muskelbeschwerden führen kann. Deshalb ist das hüftegezielte Krafttraining von grosser Bedeutung.

#### **Und die Knie-Prothese? Wie kann diese erfolgreich umgesetzt werden?**

Auch hier sind die präoperative Untersuchung durch den Chirurgen und eine gute Bilddiagnostik sehr wichtig. Je nach Ausmass der Arthrose kann auch das Problem mit einer schonenderen Knie-Teilprothese statt einer Vollprothese angegangen werden. Bei reduzierter Bandstabilität, fortgeschrittenem Muskelschwund oder Übergewicht kommen stärkere Knie-Totalprothesen mit mehr «innerer» Stabilität zum Zuge. Wichtig ist postoperativ die intensive Physiotherapie sowie unabhängig davon tägliche Selbstübungen durch die PatientInnen selbst, damit das Kniegelenk früh eine normale Beweglichkeit erreicht: sowohl in Biegung als auch in Streckung. Auch hier müssen eventuelle Blutmangelzustände überprüft und aktiv behoben werden.

#### **Und die Sprunggelenks-Prothese? Welche Faktoren sind für den Erfolg wichtig?**

Die Totalprothese des oberen Sprunggelenks (OSG) behebt die schmerzhafte OSG-Arthrose sehr effizient. Auch hier braucht es bei der Implantation einen erfahrenen Chirurgen, nicht nur um so die Prothese gut in der Achse

und stabil einzusetzen, sondern auch um eventuell notwendige Zusatz-Operationen erfolgreich durchzuführen. Auch hier ist die gute Untersuchung und Analyse der Röntgenbilder vor der Operation das A und O. Mit einer guten Physiotherapie und aktiven Patienten-Mitarbeit kann ein sehr gutes postoperatives Resultat erreicht werden. Risikofaktoren wie Rauchen oder Diabetes müssen prä- und perioperativ behoben werden.

#### **Professor Valderrabano, was darf man mit einem künstlichen Gelenk erwarten?**

Mit einem künstlichen Gelenk bzw. einer Gelenkprothese darf der/die PatientIn eine Schmerz-Reduktion bis gar -Aufhebung sowie eine bessere Lebensqualität erwarten. Mit den oben erwähnten Faktoren können chronische Schmerzzustände nach künstlichen Gelenken vermieden oder reduziert werden. Die PatientInnen können heute mit einem künstlichen Gelenk bedenkenlos low-impact-Sport treiben, wie: Radfahren, Wandern, Laufen, Schwimmen, etc. Die heutigen Studien bestätigen, dass ein künstliches Gelenk gut eine Lebenserwartung von bis 20 Jahre erreichen kann. Dies ist je nach eigenen Patientenfaktoren, Gelenk und Belastungsmuster in der Dauer nach unten, aber auch nach oben variabel. Im Falle einer Prothesenlockerung oder eines -verschleisses muss man keine Angst haben, denn heutzutage kann jede Prothese gut revidiert und mit einer Revisionsprothese ersetzt werden. ■

#### **Kontakt und Terminvereinbarung:**

Prof. Dr. Dr. Victor Valderrabano

  
**SCHMERZKLINIK**  
Basel

#### **SWISS ORTHO CENTER**

SchmerzKlinik Basel, Swiss Medical Network  
Hirschgässlein 15, 4010 Basel  
Tel. 061 295 88 80 ■ Fax 061 295 89 74  
vvalderrabano@swissmedical.net  
www.swissorthocenter.ch ■ www.schmerzlinik.ch  
www.swissmedical.net

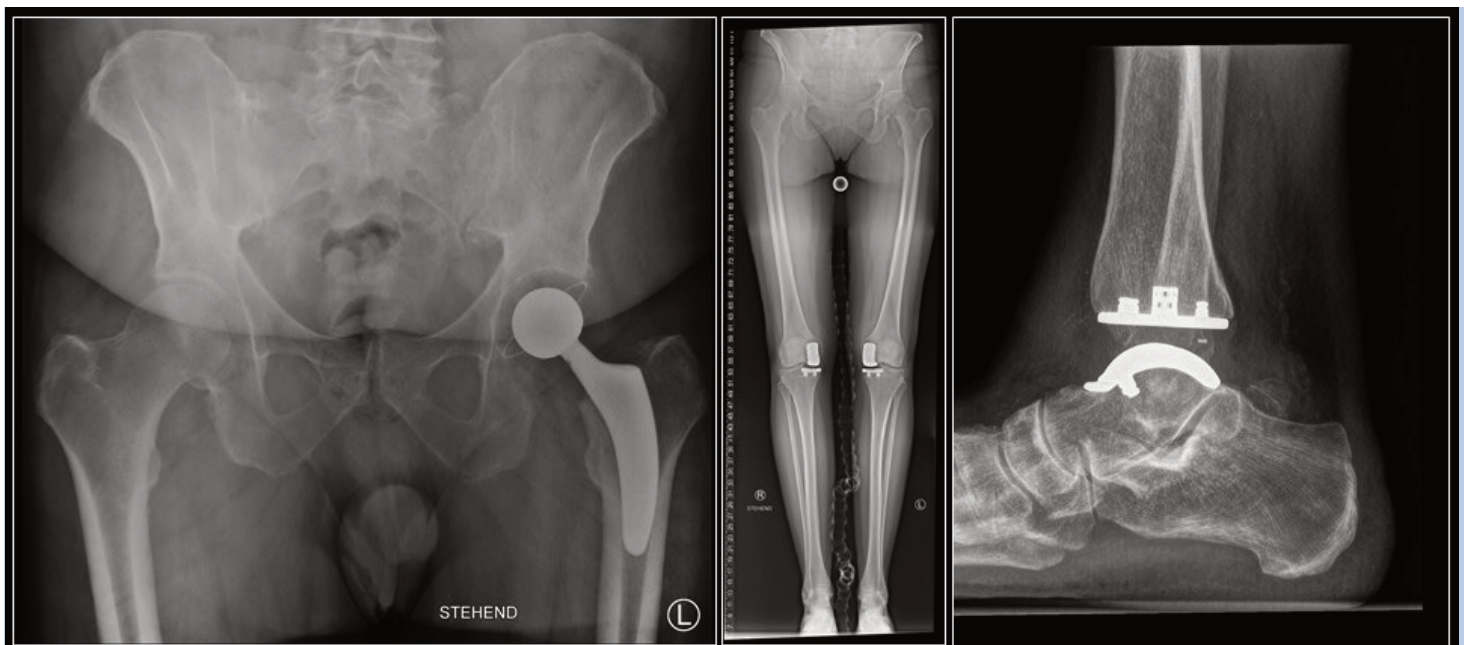


Abbildung: Hüft-Totalprothese, beidseitige Knie-Teilprothese, Sprunggelenktotalprothese.