

# Minimalinvasive Hüft-OP

Märchen oder Wahrheit?



*Rund 10 Patienten erhalten in Deutschland pro Stunde ein neues Hüftgelenk – und es werden immer mehr. Als Goldstandard gilt dabei das Einbringen des Gelenkersatzes von der Seite oder von hinten. Der Ablauf der Operation ist bewährt. Bei der klassischen Hüftoperation liegt die Länge des Hautschnittes zwischen 15 und 30 Zentimetern. Mit einem minimalinvasiven Zugang kann jetzt die Traumatisierung des umliegenden Gewebes durch den Eingriff deutlich reduziert werden. Die Folge: Die Patienten sind schneller wieder auf den Beinen und haben gleichzeitig weniger Schmerzen und weniger bleibende Kräfteinbußen. Prof. Dr. Markus Rittmeister, Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie am St. Marienkrankenhaus in Frankfurt, erläuterte ORTHOpress, was es mit der minimalinvasiven Hüftoperation auf sich hat.*

**H**err Prof. Rittmeister, warum muss man eine bewährte Technik überhaupt ändern? Sind die Ergebnisse denn nicht gut genug?

Prof. Rittmeister: Obwohl der Hüftgelenkersatz heute ein bewährter Standard-eingriff ist, gibt es natürlich Bereiche, die verbessert werden können. Einer davon ist die starke Weichteiltraumatisierung, insbesondere die weiträumige Ablösung der Gesäß- und Oberschenkelmuskulatur im Operationsgebiet. Viele Patienten erholen sich nur langsam von diesen durch die Operation gesetzten Schädigungen und können aus diesem Grund das operierte Bein vergleichsweise spät wieder belasten.

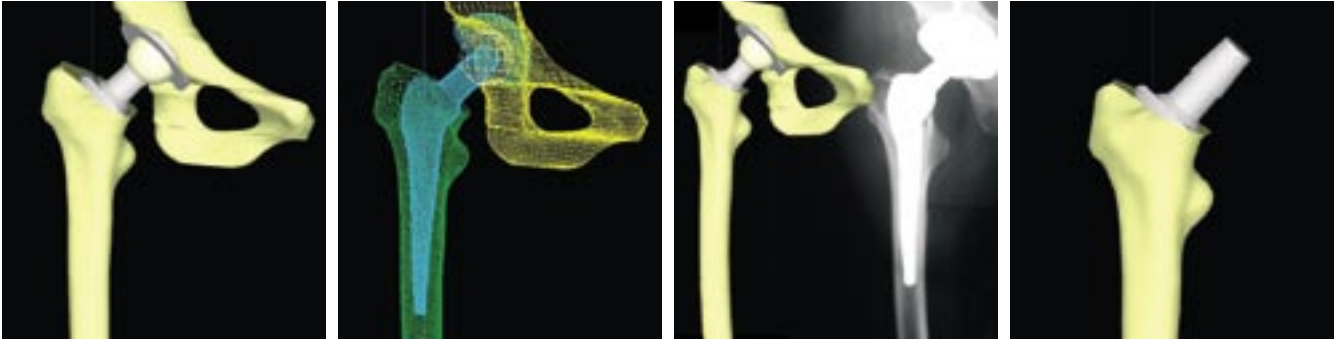
Ist das nicht von der Art der Endoprothese abhängig?

Prof. Rittmeister: Der Zeitpunkt, zu dem eine Vollbelastung der Prothese wieder möglich ist, hängt weniger mit dem Implantat selbst und der Tatsache, ob es zementiert oder unzementiert eingebracht wurde, zusammen. Viel entscheidender ist die Heilung der umfangreichen Weichteilverletzungen; so befürchtet man etwa, dass sich bei zu früher Belastung Operationsnähte öffnen und die Wundheilungsprozesse gestört werden. Übrigens hat auch das bei vielen Patienten nach dem Eingriff

auftretende typische Hinken seinen Ursprung in der Weichteilverletzung, denn die das Hüftgelenk überspan-



*Prof. Dr. Rittmeister: „Man muss davon ausgehen, dass der minimalinvasive Zugang wenigen ausgewiesenen Spezialisten vorbehalten bleiben wird.“*



Prof. Dr. Rittmeister setzt auf die CTX-Individualendoprothese. Die Prothese wird nach einer Computertomographie (CT) des Oberschenkels für jeden Patienten individuell hergestellt. Der „Maßanzug für die Hüfte“ ist so Wirklichkeit geworden.

nenden Muskeln sind zum großen Teil für unser Gangbild verantwortlich.

Ein minimalinvasiver Ansatz erlaubt jetzt eine patientenschonende Vorgehensweise. Auch früher hat man aber ja schon versucht, mit kleineren Schnitten auszukommen. Worin besteht jetzt der Unterschied?

Prof. Rittmeister: Früher konnten die wenig invasiven Techniken nicht überzeugen, weil sie meist nur eine sehr eingeschränkte Sicht auf die Hüftpfanne oder aber den Hüftkopf boten. Letztlich wurde so ein kosmetisch ansprechendes Operationsergebnis mit einem möglicherweise nicht optimalen Operationsverlauf erkaufte. Bei der modernen minimalinva-

Bei der minimalinvasiven Technik erfolgt der Zugang über einen sehr kleinen Schnitt. Die Präparation und Implantation erfolgt weitgehend durch sogenannte Muskellogen (natürliche Öffnungen zwischen einzelnen Muskelfaserbündeln). So wird zwischen den Muskeln hindurch gearbeitet und sie müssen nicht mehr durchtrennt werden. Das Ergebnis sind eine schnellere Heilung und ein wesentlich geringerer Kraftverlust.

siven Technik erlaubt der Zugang eine ausgezeichnete Sicht auf das Operationsfeld. So ist das funktionelle Ergebnis hervorragend und das Ergebnis ist kosmetisch sehr ansprechend.

Fordert ein so kleiner Zugang auch generell die Verwendung kleinerer Implantate oder können herkömmliche Systeme gleichermaßen eingesetzt werden?

Prof. Rittmeister: Glücklicherweise ist man nicht auf die Kurzschaffsysteme angewiesen, obwohl man das meinen könnte. Letztlich können nahezu alle auf dem Markt befindlichen Hüftimplantate in dieser minimalinvasiven Technik eingesetzt werden. Nicht geeignet ist die Technik lediglich für die sogenannten Kappenprothesen, weil diese einen besonders großen Kopf haben, der nach einer größeren Eröffnung der Weichteile für die Implantation verlangt.

Kann man davon ausgehen, dass bald nur noch minimalinvasiv operiert wird?

Prof. Rittmeister: Letztlich sind die Erfahrung und das Können des Operateurs entscheidend für den Ausgang einer solchen Operation, weniger der verwendete Zugang oder die Art der eingesetzten Endoprothese. Man kann vermutlich davon ausgehen, dass besonders der minimalinvasive Zugang wenigen ausgewiesenen Spezialisten vorbehalten bleiben wird.

Gibt es Patienten, für die ein solcher Zugang nicht infrage kommt?

Prof. Rittmeister: Der minimalinvasive Zugang ist für die allermeisten Patienten (> 90 %) geeignet. Nicht geeignet ist die Technik bei solchen Hüften, bei denen ein umfangreicher Pfannenaufbau vorgenommen werden muss.

Es gibt also nicht „die“ Lösung für alle Hüftpatienten?

Prof. Rittmeister: Nein. Jeder Mensch ist von seiner Anatomie her verschieden. Natürlich lassen sich für eine große Patientengruppe standardisierte Lösungen mit hochwertigen und bewährten

Standardimplantaten finden. Manchmal ist aber auch das nicht möglich. Wir setzen dann auf die Individualendoprothese, und zwar nicht nur auf solche Systeme, die nur anatomische Unterschiede zwischen Männern und Frauen aufgreifen. Die CTX-Prothese ist eine nach CT-Vermessung des Oberschenkels gefertigte Individualendoprothese, die für den individuellen Patienten eine maßgeschneiderte Lösung darstellt. Diese Hüftprothese trägt den Besonderheiten seines Knochenbaus in besonderer Weise Rechnung und passt dann nur diesem einen Patienten.

Herr Prof. Rittmeister, haben Sie herzlichen Dank für das Gespräch!

## ANZEIGE

Osteoporose-Studiengesellschaft bR  
Dr. Friederike Thomasius  
Rennbahnstr. 36  
60528 Frankfurt/Main

**Männer mit Osteoporose gesucht**

Für eine klinische Studie suchen wir Männer zwischen 50 und 85 Jahren, die bereits unter Osteoporose leiden oder bei denen der Verdacht auf Osteoporose besteht.

Weitere Informationen erhalten Sie unter der Telefonnummer:  
Tel.: 069 - 67 73 73 33  
oder direkt unter  
info@osteoporosezentrum.com  
Die Studie ist bei den zuständigen Behörden angezeigt.