

Keine Angst vor Kunstgelenken

Vorurteile entkräften,
Vorteile herausstellen

Der Einsatz von Knie- und Hüftgelenksendoprothesen gehört mittlerweile zu den erfolgreichen und bewährten Eingriffen im Bereich der Orthopädie: Dr. Christian Mauch berichtet über seine Erfahrungen in der Endoprothetik und möchte damit vor allem Betroffenen die Angst vor einem Eingriff nehmen.

Herr Dr. Mauch, welche Erfahrungen haben Sie mit Patienten gemacht, die Kunstgelenke benötigen und wie schätzen Sie das Wissen und die Meinung der Bevölkerung darüber ein?

Dr. Mauch: Wenn ich einem Patienten z.B. einfach nur sagen würde, er brauche ein künstliches Knie oder eine Vollprothese, dann würde er mitunter schockiert reagieren. Benutze ich hingegen den Begriff „Schlittenprothese“ bzw. „Oberflächenersatz“ wird dieselbe Nachricht gleich besser aufgenommen, der Patient hat weniger Angst und Befürchtungen. Gekoppelte Prothesen nach Art eines Scharniers werden nämlich heute nur noch in besonderen Fällen, wie z.B. bei Knochenverlust durch Unfall oder als Revision angewendet. Vielen Patienten und auch manchen Hausärzten ist die Definition eines Kunstgelenks nicht oder nicht richtig bewusst.

Es gibt heute fast nur noch Oberflächenersatz. Der Begriff „Vollprothese“ wird meist synonym mit „Volloberflächenprothesen“ verwendet, was unter Umständen missverständlich für den Laien bzw. den Patienten sein kann. Um bei dem Beispiel Knie zu bleiben, erfolgt der Oberflächenersatz hierbei durch einen sogenannten „Schlitten“. Eine Schlittenprothese wird ganz oder zum Teil (Vollschlitten, Hemischlitten oder Dreiviertelschlitten) an einem Kniegelenk eingesetzt und besteht zum einen aus einem Titanteil, das am Oberschenkel angebracht wird und als eine Art „Kufe“ funktioniert und aus einer Metallscheibe, die an der Oberseite des Schienbeins angebracht wird. Diese Metallscheibe hat einen Kunststoffbelag, der ein Gleiten des oberen Teils der Prothese ermöglichen soll. Die Teile der Schlittenprothesen ersetzen meist durch Arthrose abgenutzten

Knorpel. Die heutigen Schlittenprothesen sind so alltagstauglich, dass sie wenige Einschränkungen bringen und viele Sportarten praktiziert werden können.



Ersatz eines Kniescheibengelenks



*Die Gründer
des Zentrums
für Orthopädie und
Neurochirurgie
Stuttgart:
Dr. Stihler,
Dr. Mauch,
Dr. Langenbach
(von links nach rechts)*

Die Entwicklung ist besonders in den letzten 20 Jahren – auch in anderer Hinsicht – auf dem Gebiet des Kunstgelenkersatzes positiv vorangeschritten: So werden z.B. Blutspenden kaum noch benötigt und durch postoperative Schmerzkatheder sind auch die Schmerzen überschaubar.

Ein Kunstgelenk ist heute keine Katastrophe mehr. Ich möchte den Menschen wirklich die Angst vor Kunstgelenken nehmen, denn diese sind enorm erfolgreich!

Welche Art von Endoprothese und Operationsart können Sie empfehlen?

Dr. Mauch: Eine solche Empfehlung gibt es nicht, die Wahl des Vorgehens ist von verschiedenen Faktoren abhängig. Ich finde es wichtig, dass in dem Bereich der Endoprothetik nicht unbedingt Trends gefolgt wird und Schlagworte wie z.B. „Hightech“ oder „Frauenknie“ mit einem werbewirksamen Einfluss zu falschen Entscheidungen führen. Implantate, die seit über 20 Jahren auf dem Markt sind und sich in ihrer Haltbarkeit und Funktionalität bei tausenden von Patienten bewährt haben, sind meiner Meinung nach



*Modell eines Kniegelenks
mit Endoprothese*

solchen vorzuziehen, die neu auf dem Markt sind und über die noch wenige Erfahrungswerte vorliegen. Als Orthopäde setze ich nicht auf Trends, sondern auf das, was ich kann und was ich bereits viele hundert Mal eingesetzt habe.

Ähnlich stehe ich zu der Frage, ob offen oder minimal-invasiv operiert werden soll: Ziel ist es natürlich immer, minimal-invasiv zu bleiben, jedoch ist das nicht für jeden Patienten die idealste Lösung. Es ist am wichtigsten, dass die Prothese exakt platziert wird und in manchen Fällen ist dafür auch ein größerer Hautschnitt nötig. Während die minimal-invasive Herangehensweise beim Knie eine weniger große Rolle spielt, wird sie aufgrund der Gewebeschonung bei beispielsweise der Hüfte oft und gerne angewendet. In den langfristigen Ergebnissen jedoch ist kein Unterschied zwischen einem offen durchgeführten und minimal-invasiv erfolgten Eingriff zu sehen. Der Vorteil eines größeren Hautschnittes beim offenen Operieren ist, dass die Endoprothese noch exakter platziert werden kann. In der Regel gehen wir „von klein nach groß“, das heißt, wir erweitern den Hautschnitt während des Eingriffs, wenn dies notwendig wird.

Wie viel Erfahrung sollte Ihrer Meinung nach ein guter Operateur für den Einsatz einer Endoprothese mitbringen?

Dr. Mauch: Nach den Richtlinien des Gesetzgebers muss ein Operateur mindestens 60 Kunstgelenke im Jahr einsetzen. Diese Anforderung halte ich für ausreichend. Jeder Operateur – egal, ob in einem kleinen oder großen Krankenhaus oder als Belegarzt tätig – sollte Kenner seines Faches sein, wenn er zwischen 50 und 100 Prothesen im Jahr einsetzt. Ich selbst führe jährlich ungefähr 150 sol-

cher Eingriffe am Knie durch. Die Kunst eines guten Operators liegt begründet in einem soliden Handwerk und einer soliden Materialkunde. Es sollten keine Experimente gemacht werden, denn dafür ist die Gesundheit der Patienten zu wichtig.

Sich auf ein Gebiet zu spezialisieren, finde ich außerdem sinnvoll. Ich führe ausschließlich Kunstgelenkchirurgie am Knie durch. In unserer Gemeinschaftspraxis sind wir insgesamt sechs Ärzte, die sich die verschiedenen Bereiche der Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen (operativ und konservativ) aufgeteilt haben.

Wie lange dauert der Einsatz einer Endoprothese am Knie, wie ist der Verlauf nach dem Eingriff und wie lange sind die Kunstgelenke ihrer Erfahrung nach haltbar?

Dr. Mauch: Im Schnitt benötige ich für eine Kniegelenksprothese 65 Minuten. Meine Patienten bleiben nach der Operation in der Regel acht bis neun Tage im Krankenhaus. 90 Prozent von ihnen sind innerhalb eines halben Jahres schmerzfrei, 10 Prozent von ihnen haben nachher noch Restprobleme. Infektionen sind zum Glück selten.

Wie lange ein Kunstgelenk, beispielsweise im Knie hält, ist schwer zu sagen. Die verbreitete Meinung, die Haltbarkeit liege bei 10 – 15 Jahren, vermittelt ein falsches Bild. Denn es ist ja nicht so, dass nach Ablauf dieser Zeit ein Knopf gedrückt würde, der dann Verfall und Schmerzen plötzlich beginnen ließe. Der Verschleiß ist ein gradueller Prozess, der individuell verschieden ist und unter anderem mit dem Grad der Belastung und der Prothesenqualität zusammenhängt. Zwar steigt die Lockerungsrate mit den Jahren an, jedoch kann beobachtet werden, dass nach 15 – 20 Jahren noch ein großer Teil der Prothesen fest sitzt.

Herr Dr. Mauch, herzlichen Dank für Ihre Erläuterungen!

Weitere Informationen

Tel.: 0711 - 87 03 530
info@orthopaedie-stuttgart.de