

# Beidseitige Hüft-OP

## Sofortige Vollbelastung dank schonender Technik

*In Deutschland werden pro Jahr rund 200.000 Hüftprothesenimplantationen durchgeführt, mit immer noch steigender Tendenz. Dabei besteht bei sehr vielen Patienten der Gelenkverschleiß beidseitig – das heißt, sie müssen sich über kurz oder lang einem zweiten Eingriff unterziehen. Was ist da naheliegender, als gleich beide Eingriffe in einer Sitzung durchzuführen? Möglich wird dies durch moderne minimal-invasive OP-Techniken, erläutert Prof. Dr. Hans Gollwitzer, Leitender Arzt für Hüftchirurgie und Knieendoprothetik an der ATOS Klinik in München.*



### Herr Prof. Gollwitzer, warum hat man Hüftgelenke nicht schon immer beidseitig operiert?

Prof. Gollwitzer: Obwohl die Implantation eines Hüftgelenkersatzes schon seit vielen Jahren ein Standardeingriff ist, war dazu doch bis vor relativ kurzer Zeit eine große Operation mit entsprechendem Blutverlust und entsprechenden Risiken notwendig. In den meisten Fällen wäre der Ersatz beider Hüftgelenke in nur einer Sitzung daher gar nicht infrage gekommen – auch deshalb nicht, weil eine Vollbelastung nach der OP gar nicht möglich gewesen wäre; der Patient hätte also nach dem Eingriff erst einmal nicht aufstehen können.

### Mit den neuen Verfahren ist das jetzt möglich. Aber wie sieht die Zeit unmittelbar danach für den Patienten aus?

Prof. Gollwitzer: Bei der beidseitigen Operation ersetzen wir beide Hüftgelenke nicht nur während des gleichen OP-Termins, sondern auch in nur einer Narkose. Die subjektiv empfundene Belastung durch den Eingriff ist daher nicht wesentlich größer als bei einem einseitigen Eingriff, und tatsächlich zeigt die Studienlage ein gegenüber zwei Operati-

onen verringertes Risiko. Schon am ersten Tag danach können unsere Patienten mit Hilfe aufstehen, nach 2-3 Tagen sind die meisten Patienten meist selbstständig mobil. Der Eingriff selbst ist so muskelschonend, dass die Patienten beide Beine bereits ab dem ersten Tag voll belasten dürfen. Dies ermöglicht gegenüber früheren Operationsmethoden eine sehr schnelle Mobilisation. Wenn die Patienten nach einer Woche in die Reha gehen, ist häufig kein Unterschied zur einseitigen

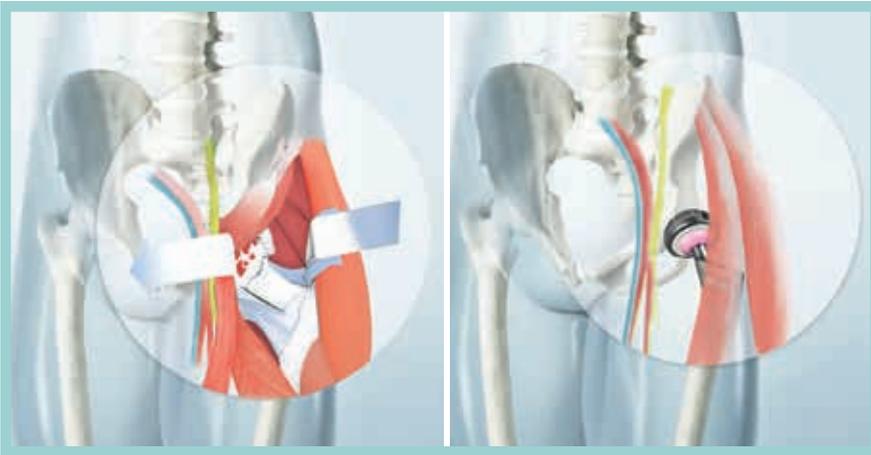
Operation mehr sichtbar. Einige Patienten gehen dann bereits kurze Strecken ins Haus ohne Gehstützen.

### Warum war das denn nicht schon früher möglich?

Prof. Gollwitzer: Auch heute noch erfolgt der Zugang der meisten Hüftgelenkeingriffe vom Gesäß oder seitlich von der Hüfte aus. Dies erfordert jedoch eine teilweise Ablösung oder Einkerbung der Sehnen der für die Funk-

### Die AMIS-Technik

Der AMIS-Zugang ist eine sehr schonende Methode zum Einbringen eines neuen Hüftgelenks. Mit der immer populärer werdenden Technik können viele Nachteile der herkömmlichen OP-Methoden vermieden werden. Trotz minimal-invasiver Technik und kompletter Schonung von Muskeln und Sehnen erlaubt AMIS eine exzellente Übersicht zum sicheren Einbringen der Hüftprothese. Die OP zwischen den Muskelbündeln hindurch vermeidet die unnötige Verletzung der für die Oberschenkelkraft so wichtigen Muskeln. Schon wenige Wochen nach dem Eingriff haben die meisten Patienten vergessen, dass sie überhaupt operiert wurden, da das Ganggefühl und die Koordinationsfähigkeit praktisch wie früher sind. Schon bald nach der OP erinnert nur mehr eine im Vergleich zu anderen Verfahren kleine Narbe an der Vorderseite des Oberschenkels an den Eingriff.



Bei der AMIS-Technik werden beim Zugang zum Hüftgelenk Nerven, Gefäße und Muskeln maximal geschont.

tion wichtigen kurzen Hüftmuskeln. Diese beim Eingriff gesetzten Verletzungen heilen erfahrungsgemäß nicht immer aus und führen dazu, dass an dem operierten Bein nach der Operation nicht die gleiche Kraft wie vorher zur Verfügung steht. Im schlimmsten Fall kommt es zu einem ausgeprägten Schwächegefühl mit ständigem Einknicken beim Gehen, dem sogenannten „Trendelenburg-Hinken“. Darüber hinaus können durch die Überlastung der verbliebenen Muskulatur und den unphysiologischen Gang langwierige und schmerzhafte Schleimbeutelentzündungen an der Hüfte auftreten.



Prof. Dr. Hans Gollwitzer ist Leitender Arzt für Hüftchirurgie und Knieendoprothetik an der ATOS Klinik München. Außerdem ist er Sektionsleiter am Klinikum rechts der Isar der TU München.

Bleibende Schmerzen durch Sehnen- und Gewebeschäden sind keine Rarität!

**Neurere minimalinvasive OP-Methoden sollen diese Nachteile der klassischen Zugänge vermeiden. Was muss bei der Auswahl des Operationsverfahrens beachtet werden?**

Prof. Gollwitzer: Ganz wichtig ist, eine muskel- und gewebeschonende Operationstechnik zu verwenden, welche den Gelenkersatz mit wenig Blutverlust erlaubt. Deshalb arbeiten wir mit der AMIS-Technik, bei der keine Muskeln durchtrennt werden und die Patienten sehr schnell wieder mobilisiert werden. Das Kürzel AMIS steht dabei für „anterior minimally invasive surgery“, also übersetzt minimal-invasiver vorderer Zugang. Dabei operiert man zwischen den Muskeln und Nerven hindurch, sodass keine Muskelschädigung oder Muskelablösung notwendig ist. Die AMIS-Technik ist tatsächlich der kürzeste Weg zur Hüfte: Wir benötigen nur einen etwa 10cm langen Schnitt an der Vorderseite des Oberschenkels. Die Prothese wird dann durch natürliche Muskellogen hindurch eingesetzt, ohne dass umliegendes Gewebe traumatisiert wird. Nach der Implantation verschließt sich der Zugang quasi von selbst wie eine Theaterkulisse – nur der Hautschnitt und die Faszie müssen noch vernäht werden. Die Vorteile dieses Verfahren liegen auf der Hand: Neben dem geringen Blutverlust und geringem Schmerzmittelbedarf nach der OP kann durch den kompletten Kräfteerhalt der Oberschenkelmuskulatur eine sehr

rasche Mobilisation erreicht werden. Einer der größten Vorteile ist aber natürlich, dass so eine risikoarme, beidseitige Operation möglich wird.

**Gibt es auch spezielle Risiken, die der beidseitige Eingriff mit sich bringt?**

Prof. Gollwitzer: Das Risiko, eine Fremdblutübertragung zu benötigen, ist gegenüber einer einseitigen Operation etwas erhöht. Dennoch ist das Risiko aber durch die von uns eingesetzte minimal-invasive und schonende Operationstechnik als sehr niedrig anzusehen. Auch die meisten der beidseits operierten Patienten benötigen kein Fremdblut. Etwas erhöht sind gegenüber der einseitigen Operation allgemeine OP-Risiken wie Lungenembolie, Thrombose und Komplikationen des Herz-Kreislaufsystems, diese im Wesentlichen bei vorkranken Patienten. Vergleicht man das Risiko jedoch mit zwei einzelnen Operationen, so sind die Risiken insgesamt vergleichbar oder eher geringer.

**Können alle Patienten beidseits mit der AMIS-Technik operiert werden?**

Prof. Gollwitzer: Es gibt tatsächlich fast keine Einschränkungen. Auch ältere Patienten können in den meisten Fällen gut solcherart versorgt werden. Ausgenommen sind lediglich Patienten, bei denen bereits vorher ein deutlich erhöhtes Operationsrisiko besteht, etwa durch schwere Herz- oder Lungenerkrankungen. Hier muss die zusätzliche Belastung durch eine OP grundsätzlich so gering wie möglich gehalten werden, sodass auf einen beidseitigen Eingriff verzichtet werden sollte.

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

► ATOS Klinik München  
Prof. Dr. Hans Gollwitzer  
Leitender Arzt Hüftchirurgie  
und Knieendoprothetik  
Arabellastr. 17  
D-81925 München  
Tel.: 089/92 333 94 - 0  
Fax: 089/92 333 94 - 29  
info@drgollwitzer.de  
www.drgollwitzer.de  
www.ecom-muenchen.de