

MIS an der Hüfte

(minimal invasive surgery)

Minimal invasive Chirurgie, die sogenannte Knopflochchirurgie kennen wir v.a. von der Kniearthroskopie und den laparoskopischen Bauchoperationen her. Der Vorteil dieser Methoden ist evident:

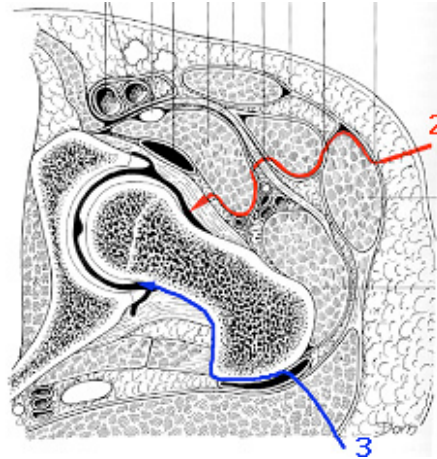
- kaum sichtbare kleine Narben
- Von viel grösserer Bedeutung ist aber, dass bei solchen Eingriffen viel weniger Gewebe verletzt wird. So musste früher bei einer offenen Meniskusoperation das Gelenk eröffnet, Muskel- und Sehnenansätze abgelöst werden. Dies ist bei der arthroskopischen Operation nicht mehr notwendig. Für den Patienten hat dies enorme Vorteile:
 - Weniger Schmerzen
 - Weniger Komplikationen
 - Kürzerer Spitalaufenthalt
 - Vollbelastung möglich
 - Schnellere Rehabilitation

Die minimal invasive Chirurgie ist auch in der Hüftchirurgie sehr sinnvoll. Seit mehreren Jahren ist mir das ein Anliegen.

Das Hüftgelenk ist sehr gut verpackt. Je nach Körperbau, Dicke des Muskelmantels und der Fettschicht, haben wir als Orthopäden gut 15 bis 30 cm zu überwinden, bis wir am Ort des Geschehens sind. Aus diesem Grund kommt eine Knopfloch-Chirurgie an der Hüfte nur in Ausnahmefällen zur Anwendung.

Für den künstlichen Gelenkersatz der Hüfte waren früher Narben von 25 bis 30 cm üblich, manchmal sogar noch längere.

Von einem minimal invasiven Hüftgelenkersatz sprechen wir, wenn der Hautschnitt 10 bis 12 cm kurz ist.



Unter Schonung wichtiger Strukturen (Nerven, Gefäße etc.) und der Vermeidung wichtige Muskeln zu schädigen oder abzulösen kann man sich der Hüfte auf verschiedene Wege heranarbeiten. Deshalb sind auch zahlreiche Zugänge beschrieben. Auch für die minimal invasive Chirurgie hat der Orthopäde die Wahl:

1. Minimaler Zugang mit zwei separaten Hautschnitten für Pfanne und Schaft

Vorteil: minimale Inzisionen

Nachteil: schlechte Übersicht, der Sitz der Gelenkpfanne kann nur ungenau kontrolliert werden; für den Schaft der Prothese braucht man sogar eine Röntgen Durchleuchtung

2. Vorderer Zugang

Vorteil: kosmetisch gut. Es müssen keine Muskeln abgelöst werden. Für die Gelenkpfanne sehr guter Überblick

Nachteil: das Einsetzen des Schaftes ist schwierig, Verletzung der Muskulatur und Abbrechen der knöchernen Sehnenansätze möglich.

3. Hinterer Zugang (mein Favorit)

Vorteil:

- Muskeln, die zum Gehen benötigt werden, werden nicht berührt, auch nicht verletzt. Praktisch keine Gefahr des Hüftthinkens.
- Abbrechen der Sehnenansätze kommt fast nicht vor.
- Verknöcherungen (Folge von Muskelverletzungen) gibt es kaum.
- Sehr gute Übersicht und gute intraoperative Kontrolle der Primärstabilität des Gelenkes.

Nachteil: Früher bestand eine etwas grössere Gefahr des Auskugelns. Diese Gefahr habe ich aber durch einen verbesserten Zugang und besseren Verschluss der Gelenk-Kapsel minimalisiert.

Beim künstlichen Ersatz des Hüftgelenkes spielt die Grösse des Hautschnittes (das kosmetische Resultat von aussen) eine untergeordnete Rolle. Viel wichtiger für das Funktionieren des Gelenkes ist:

- Dass das Kunstgelenk in einer korrekten Stellung verankert wird, und dass Pfanne und Schaft der Prothese von Anfang an völlig stabil fixiert sind. Für das braucht es neben der Erfahrung des Chirurgen auch bei minimal invasiver Technik eine gute Übersicht.
- Auf dem Weg vom Hautschnitt bis ins Gelenk müssen die gefährdeten Strukturen (Muskeln, Sehnenansätze, Nerven, Gefässe) möglichst wenig traumatisiert werden. Folge einer solchen Traumatisierung wären:
 - Verletzung von Nerven und Gefässen
 - Verknöcherungen um das Gelenk, mit Schmerzen und eingeschränkter Beweglichkeit
 - Erhöhte Infektions- und Thrombosegefahr
 - Abgerissene oder abgebrochene Sehnenansätze mit Hüftthinken

Aus diesen Überlegungen, und nach eingehender Analyse der anderen minimal invasiven Zugänge habe ich mich für den **hinteren minimal invasiven Zugang** entschieden und führe diesen (mit regelmässigen Verbesserungen) seit Jahren aus.

Noch ein Wort zur Nachbehandlung

Trotzdem das Hüftgelenk von der Muskulatur her sofort nach der Operation belastbar wäre, empfehle ich eine Teilbelastung mit ca. 20 kg während 6 Wochen. Normalerweise benütze ich unzementierte Gelenke. Bei diesen ist es, auch bei optimaler Primärstabilität, vorsichtiger mit Vollbelastung zu warten, bis sich der Knochen an das neue Gelenk gewöhnt und etwas an dieses angewachsen ist.