



Neue Hüfte

Operationen früher und heute

IN DEN PIONIERJAHREN der Endoprothetik betraten die Chirurgen der ersten Stunde an der ENDO-Klinik Neuland. Es gab auf diesem Spezialgebiet kaum Erfahrungswerte – dafür aber viele theoretische Vorstellungen.

Auf Langzeitergebnisse und fundierte Studien konnten die Ärzte noch nicht zurückgreifen, denn erst wenige Kliniken weltweit hatten sich mit dem künstlichen Gelenkersatz beschäftigt. Das notwendige Wissen erwarb man sich in den siebziger Jahren am Patienten. Angehende Ärzte begannen ihre medizinische Karriere als „Hakenhalter“ im OP-Saal. Als stiller Assistent der damaligen Operateure hielt der Hakenhalter die für jeden Eingriff notwendigen Haken, um das Operationsfeld über Stunden frei zu halten. Bis zu vier Stunden und länger stand das OP-Team für einen ersten Hüftwechsel am Patienten.

Die Schnitte waren zwischen 25 und 30 Zentimeter lang. Der Patient wurde in Rückenlage operiert. Die heute fest gestützte Seitenlage war unbekannt.

Um an die Hüfte vorzudringen, gab es verschiedene Zugänge. Beim seitlichen Zugang wurde eine Knochenschuppe samt Muskulatur vom großen Rollhügel abgemeißelt, nach der OP mit Draht und Faden befestigt. Damals gab es nur wenige Modelle für Hüfte, Knie, Schulter oder Ellengelenk auf dem Markt, mit denen dann alle Patienten versorgt wurden.

Auch bei den Materialien steckten Forschung und Industrie noch in den Kinderschuhen. Zahlreiche Experimente gingen gründlich schief. So wurde Teflon als das geeignete Material der Endoprothetik angepriesen. Doch es traten verheerende Abriebprobleme und eine Schädigung der Weichteile auf. Auch mit Plexiglas hatten die Hersteller der Pionierzeit wenig glückliche Ergebnisse. Der Durchbruch gelang erst mit Knochenzement zur dauerhaften Verankerung der Prothese – und Materialien von hoher Korrosionsbeständigkeit, die vom Körper besser vertragen werden. Kunststoffbestandteile wie ultrahochmolekulare Polyethylene und Metallkomponenten aus Kobalt-Chrom-Legierungen sorgen heute für ein langes Leben des Kunstgelenkes. Geblieben sind jedoch die Instrumente für das Operationsspektrum an der ENDO-Klinik, die nach wie vor an die Ausstattung eines Tischlermeisters erinnern: Säge,

Fräse, Meißel, Zange, Hammer und dazu Pinzetten, Messer und Klemmen.

Das OP-Team musste aufeinander eingespielt sein, denn der Dialog während der Eingriffe gestaltete sich äußerst schwierig durch das „Astronauten-Outfit“. Eine Art Schutzmaske mit automatischer Luftabsaugung und -zufuhr, die eine höhere Sterilität gewährleisten sollte, schränkte die Kommunikationsfähigkeit durch das laute Absauggeräusch erheblich ein. Früher wurden darüber hinaus für den Körper belastende Substanzen für die Vollnarkose eingesetzt. Eine Maske versetzte den Patienten in das Reich der Träume. Der bei der blutigen Hüftoperation anfallende rote Lebenssaft wurde noch nicht aufgearbeitet. Daran wäre heute nach dem Aufbau einer Eigenblutbank und dank der maschinellen Autotransfusion zur direkten

Aufarbeitung und Zuführung des Blutes während und nach dem Eingriff nicht mehr zu denken.

Eine mit modernster Technik ausgeführte postoperative Nachbehandlung ist in der ENDO-Klinik wichtiger Baustein des Erfolgskonzeptes und trägt zur raschen Genesung des Patienten und der Überwachung seiner Körperdaten per Monitor bei. Eine Intensivstation gab es in den Pionierjahren der ENDO-Klinik zwar auch – aber Probleme mit Nieren und Herz nach den aufwendigen Eingriffen bargen ein hohes Risiko. Eine ausgefeilte Schmerztherapie sorgt jetzt hingegen für eine wesentlich erträglichere Zeit nach einem Hüftwechsel oder dem Einsatz eines künstlichen Kniegelenkes.

Und wie läuft heute ein Hüftgelenkersatz in der ENDO-Klinik ab? Kleinere Schnitte und ein standardisierter OP-Ablauf bestimmen diesen nach wie vor anspruchsvollen Eingriff. Die Schnitte sind wesentlich kürzer und der Eingriff dauert je nach Aufwand zwischen 40 und 80 Minuten. Dank Langzeitstudien können sehr viele Patienten heutzutage zuverlässig mit fundierten Verfahren behandelt werden. Als besonders wertvoll in der täglichen Arbeit hat sich auch das schwedische und norwegische Hüftregister mit mehreren 100.000 Prothesendaten erwiesen. Die erfolgreichsten Prothesenmodelle in Skandinavien werden seit Jahrzehnten in der ENDO-Klinik eingesetzt.

Die ENDO-Klinik kann darüber hinaus über ihre in den vergangenen Jahren stetig weiterentwickelten Prothesenmodelle zurückgreifen. Gab es in der Pionierzeit nur wenige Modelle, so stehen heute je nach individuellem Anforderungsprofil eine Vielzahl von Modellen zur Verfügung. Das gilt für Dysplasieprothesen und Wechselprothesen gleichermaßen. Der Operateur ist in der Lage, sich flexibel und schnell auf jede Situation einzustellen – ein Griff in den Materialschrank reicht. In der umfangreichen Lagerhaltung und Verfügbarkeit von Implantaten liegt einer der wesentlichen Vorteile der Spezialklinik.

Maßgeschneidert ist ebenfalls die Arbeit der Anästhesisten. Das Narkoseverfahren ist auf das Risikoprofil des Patienten zugeschnitten. Der Anteil an Regionalanästhesie wächst stetig. Wenn die gesundheitlichen Voraussetzungen des Patienten es zulassen, wird beispielsweise bei einer Knie-OP nur das entsprechende Bein betäubt. Die nach wie vor unangenehmen Säge- und Fräsgeräusche muss sich der Patient dank akustischer Ablenkung nicht antun: Er hört während des Eingriffs seine Wunschmusik über Kopfhörer. Geblieben ist nach 30 Jahren bewegter und bedeutender Veränderungsprozesse im OP aber eine Funktion, auf die trotz modernster Medizintechnik nicht verzichtet werden kann: der Hakenhalter.

Anzeige

Anzeige



Instru clean
Aus Erfahrung kompetent
in der Sterilgutversorgung



m MEIKO
Mit dieser Technik
spült die Welt!
www.meiko.de

LINK® C.F.P.® HÜFTPROTHESENSCHÄFTE UND LINK® T.O.P.® HÜFTPFANNEN



Was bedeutet
Bioharmonie
für die Hüfte?

671-V1-A2003(3)01.11.08Fo

Schenkelhalserhalt und trabekelorientierte Konstruktion führen beim LINK® C.F.P.®/T.O.P.® Hüftsystem zu einem physiologisch ausgerichteten und stabilen Prothesensitz. Die sparsame Resektion erhält wertvolle Substanz für spätere Interventionen.

- Erhalt des Schenkelhalses
- Erhalt der intramedullären Spongiosa
- biomechanisch richtiges Verankerungsprinzip
- Integration des physiologischen Kraftflusses in die Prothesenkonstruktion
- Zementfreie Verankerung



WALDEMAR LINK GmbH & Co. KG · Barkhausenweg 10 · D-22339 Hamburg
Telefon +49 (0)40 5 39 95-0 · Fax +49 (0)40 5 38 69 29
e-mail info@linkhh.de · Internet www.linkhh.de

LINK® 

HÜFTE