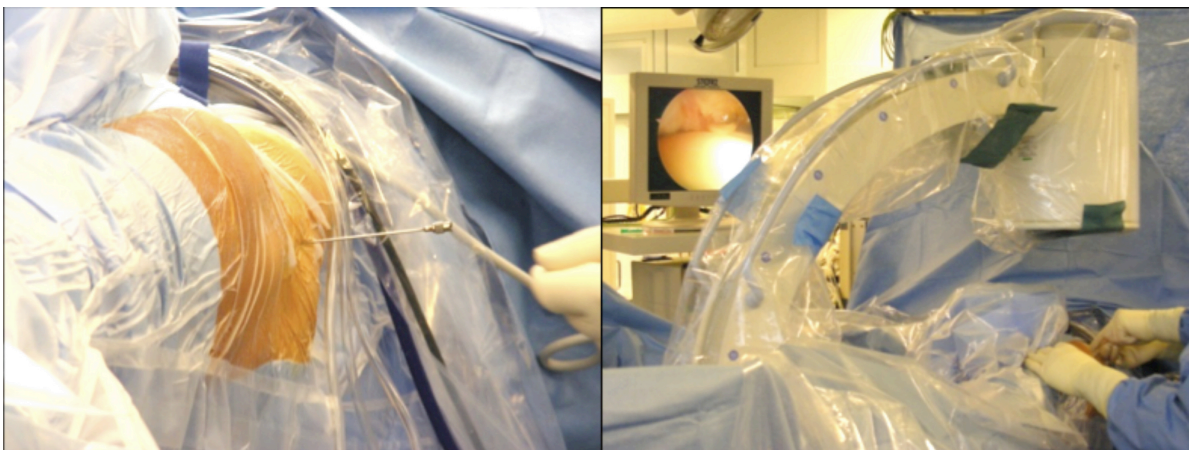


Die Hüftarthroskopie

Was ist eine Hüftarthroskopie?

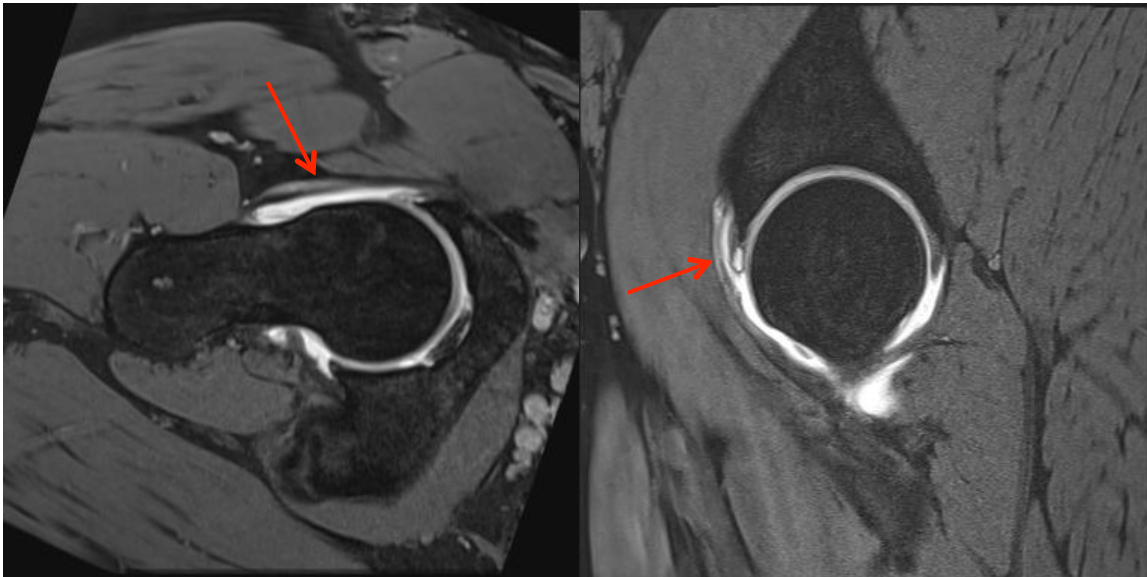
Die Hüftarthroskopie wird auch Gelenkspiegelung genannt. Die Operation erfolgt in Vollnarkose. Für eine Arthroskopie der Hüfte ist die Lagerung auf einem sogenannten Extensionstisch nötig, also auf einem Operationstisch der es ermöglicht durch einen kräftigen Zug am Bein das Hüftgelenk einige Millimeter „auseinanderzuziehen“. Die Extension ist erforderlich damit im Gelenk Platz geschaffen wird um operieren zu können. Üblicherweise sind drei Hautschnitte (sogenannte Portale) mit einer Länge von jeweils knapp 2 cm notwendig, um alle Operationsschritte im Gelenk korrekt durchführen zu können. Die Schnitte werden zum Teil unter Röntgen-Durchleuchtung gesetzt.



Setup für eine Hüftarthroskopie. Die Operation erfolgt in Schlüsselloch-Technik mit Hilfe einer Kamera und eines Monitors. Einige Operationsschritte werden unter Durchleuchtungskontrolle durchgeführt.

Welche Erkrankungen können durch Hüftarthroskopie behandelt werden?

In der überwiegenden Zahl der Fälle wird die Hüftarthroskopie zur operativen Behandlung des Hüftimpingements durchgeführt. Auch Risse der Gelenkklippe (Labrumrisse) können sehr gut arthroskopisch behandelt werden. Die Hüftarthroskopie kann weiterhin zur Entfernung von freien Gelenkkörpern, zum Lösen von Vernarbungen im Hüftgelenk nach Voroperationen (Adhäsionolyse) oder bei weiteren, eher selteneren Problemen zur Anwendung kommen. Die Arthrose der Hüfte (Coxarthrose) stellt üblicherweise *keine* Indikation, sondern zum Teil sogar eine Kontraindikation für eine Hüftarthroskopie dar.



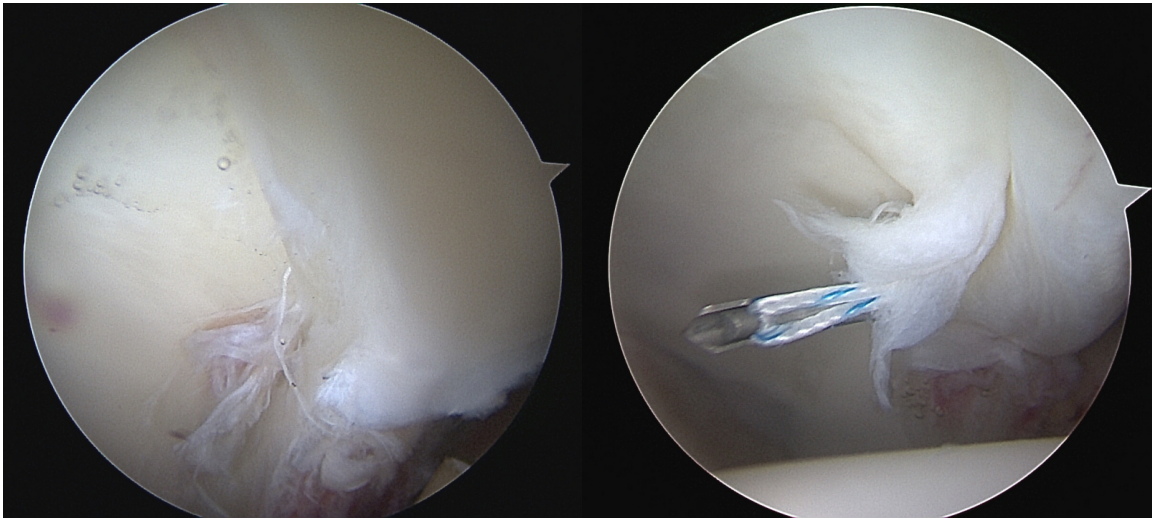
Kontrast-MRT. Nachweis eines CAM-Impingements (knöcherner Buckel) am Übergang vom Hüftkopf zum Schenkelhals (links), sowie Nachweis eines Labrumrisses mit Ausbildung eines Ganglions in der Substanz der Gelenkklippe selbst (rechts).

Welche Operationsschritte werden im Gelenk durchgeführt?

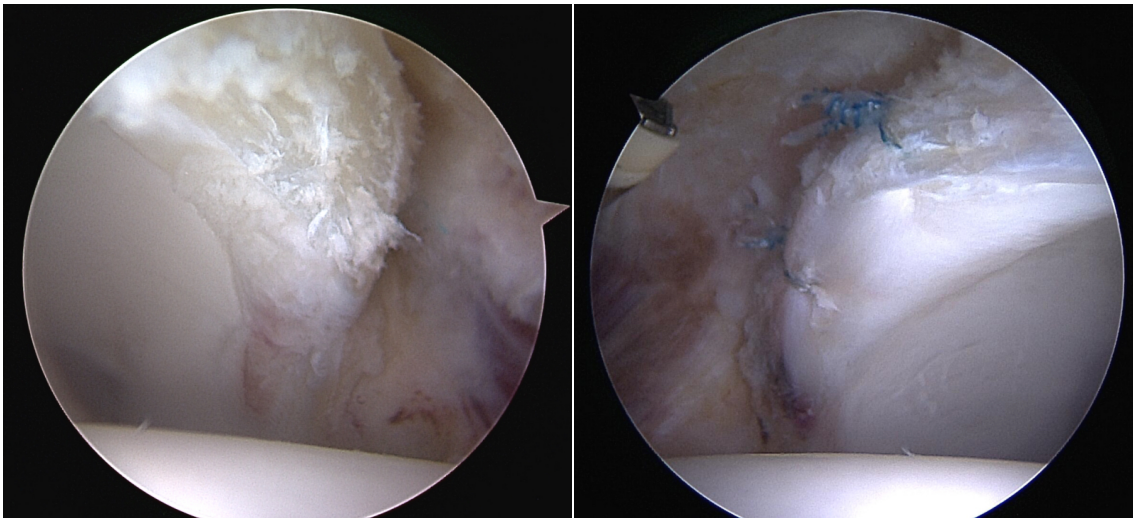
Die Hüftarthroskopie beginnt im sogenannten zentralen Kompartiment. Hier werden zunächst Probleme an der Hüftpfanne (Acetabulum) und am Labrum behandelt. Bei einem Riss des Labrums wird dieses in den meisten Fällen mittels kleiner Knochenanker wieder angenäht (refixiert). Die teilweise Resektion (Entfernung) oder das Débridement eines stark degenerierten und entzündeten Labrums kann allerdings in bestimmten Fällen sinnvoll sein.

Im sogenannten peripheren Kompartiment werden Formstörungen des Hüftkopfes behandelt. Mittels einer Kugelfräse erfolgt die Taillierung des Hüftkopfes zum Schenkelhals hin- der Hüftkopf wird sozusagen wieder „rund gemacht“.

Am Operationsende erfolgen Durchleuchtungskontrollen, die Bewegungskontrolle unter Sicht und eine gründliche Gelenksspülung. In den meisten Fällen wird die Kapsel, welche für die Arbeitsschritte im Gelenk üblicherweise T-förmig eröffnet wird, wieder genäht und es erfolgt der abschliessende Hautverschluss. Die Operation dauert je nach Diagnose und notwendigen Schritten etwa 60 bis 120 Minuten.



Arthroskopisches Bild eines Labrumrisses, der mit Hilfe von Fadenankern genäht wird.

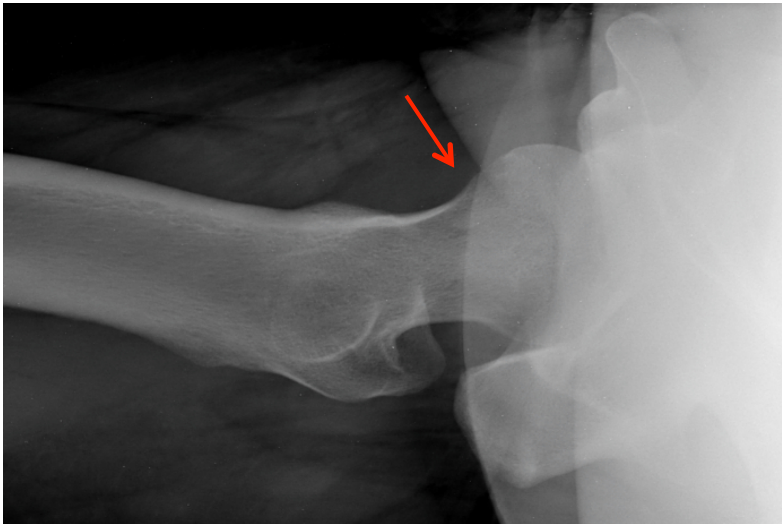


Stabile Situation nach Refixation (Naht) des Labrums mit zwei Ankern.

Wie lange dauert der Spitalaufenthalt und wie geht es danach weiter?

Der Spitalaufenthalt dauert in der Regel zwei bis vier Tage, danach kehrt der Patient nach Hause zurück. Eine stationäre Rehabilitation ist nicht erforderlich. Nach der Operation werden in den meisten Fällen für drei bis vier Wochen Stöcke benötigt. Bei Eingriffen auf Grund eines grösseren Knorpelschadens ist in der Regel eine Teilbelastung von 6 Wochen erforderlich. Eine spezifische Hüft-Physiotherapie und eigenständige Heimübungen werden verordnet bzw. instruiert. Um das Risiko von Verklebungen der Gelenkkapsel (Adhäsionen, s. u.) zu minimieren ist es empfehlenswert, das Hüftgelenk frühzeitig und regelmässig nach der

Operation ohne Belastung durchzubewegen. Dies ist beispielsweise sehr gut auf einem Fahrrad-Ergometer (Hometrainer) möglich. Nach rund sechs Wochen erfolgt die erste Nachkontrolle beim Operateur.



Röntgenkontrolle nach Hüftarthroskopie. Der Übergang vom Hüftkopf zum Schenkelhals wurde arthroskopisch tailliert (Offset-Korrektur) und es ist keine Impingement-Form mehr nachweisbar.

Was gibt es für Risiken und Komplikationen?

Die Komplikationsrate der Hüftarthroskopie ist gering (< 5%). Vorübergehende Gefühlsstörungen am Fuss oder im Intimbereich stellen die häufigsten unerwünschten Nebenwirkungen dar, was auf die Lagerung und den Zug am Bein zurückzuführen ist. In den ersten Wochen nach der Operation kann häufiger ein Ziehen oder leichtes Klemmen in der Leistenregion verspürt werden, was auf den Heilungsprozess der Gelenkkapsel und eine mögliche Reizung der vorderen Oberschenkelmuskeln zurückzuführen ist und anfänglich keinen Grund zur Beunruhigung darstellen sollte. Als weitere Risiken sind operationsbedingte Knorpel- und Labrumschädigungen und sehr selten auch der Übertritt von Arthroskopie-Flüssigkeit in den Bauchraum zu nennen. Über- oder Fehlkorrekturen sind zu vermeiden und werden bei erfahrenen Operateuren selten gesehen. Das Risiko einer Durchblutungsstörung des Hüftkopfes (Femurkopfnekrose) ist bei korrekter Operationstechnik nahezu null. Gelegentlich kann die anatomische Fehlförmigkeit, die zum Impingement führt, nicht vollständig beseitigt werden, da bei der Arthroskopie nicht alle Bereiche im Gelenk uneingeschränkt zugänglich sind. Etwas häufiger (bis zu 5%) können Verklebungen der Gelenkkapsel, sogenannte Adhäsionen, beobachtet werden. Nicht alle Adhäsionen bereiten Beschwerden oder müssen behandelt werden, grössere Verklebungen können jedoch ähnliche Symptome wie vor der Operation hervorrufen, da die Kapsel selbst

auch gut mit Nerven versorgt ist. In einzelnen Fällen kann eine erneute Arthroskopie zum Lösen dieser Verklebungen notwendig werden (Adhäsiolyse). Beinvenenthrombosen, Lungenembolien oder Infektionen sind sehr selten.

Wie sind die Erfolgsaussichten der Hüftarthroskopie?

Die Erfolgsaussichten hängen vor allem von der Diagnose (Grundproblem) ab, auf Grund derer die Arthroskopie durchgeführt wurde. Im Falle eines Impingements oder eines Risses der Gelenkklippe sind bei korrekt gestellter Indikation und korrekt durchgeführter Operation in 75-80% der Fälle gute oder sehr gute Ergebnisse zu erwarten. Die grössten Fortschritte nach einer Hüftarthroskopie werden innerhalb von 4 bis 6 Monaten erreicht, das Endergebnis kann nach etwa 9 Monaten beurteilt werden. Je nach Verlauf der postoperativen Rehabilitation können leichte sportliche Aktivitäten nach 6 bis 12 Wochen wieder aufgenommen werden. Intensive Sportarten mit Sprung- oder Stop-and-Go-Sequenzen können nach 3 bis 5 Monaten wieder ausgeübt werden. Leistungssportler können mit einer Rückkehr zum Wettkampfsport nach 5 bis 8 Monaten rechnen (je nach Sportart). In 15-20% der Fälle verbleiben gewisse Restbeschwerden, welche zu einer subjektiven Unzufriedenheit führen können. Die individuellen Erfolgsaussichten der Operation werden stets vorgängig gemeinsam besprochen. Sie hängen massgeblich vom Alter und vom Knorpelschaden (beginnende Arthrose) zum Zeitpunkt des Eingriffs ab.