

ORTHOPÄDIE. 01-2012

NEWSLETTER



**ENDOPROTHETIK UND
REVISIONSCHIRURGIE**
und weitere Themen



KRANKENHAUS
BARMHERZIGE
SCHWESTERN
Linz

EIN UNTERNEHMEN DER VINZENZ GRUPPE
Medizin mit Qualität und Seele www.vinzenzgruppe.at



LIEBE KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN!

Sie halten heute die erste Ausgabe des „Newsletters Orthopädie“ in Händen, mit dem wir Sie künftig in regelmäßigen Abständen über Entwicklungen, Fortschritte und Neuigkeiten in der Orthopädie im Allgemeinen und an unserer Abteilung im Besonderen informieren möchten.

Dieser Newsletter soll aber nicht nur eine einseitige Informationsweitergabe sein, sondern **auch Ihre Wünsche und Anliegen aufgreifen und damit die Interaktivität erhöhen**. Denn sämtliche Untersuchungen über Patientenversorgung belegen die Notwendigkeit **einer besseren und intensiveren Kommunikation zwischen dem extra- und dem intramuralen Bereich**. Es sollte daher nicht nur der Datenaustausch optimiert werden, sondern auch die Information über konkrete Behandlungsüberlegungen. Aus diesem Grund möchten wir in jeder Ausgabe auch einen Kollegen aus dem niedergelassenen Bereich einladen, einen Fall zu präsentieren.

Wir wollen über dieses Konzept des Newsletters neue Wege der Kommunikation mit Ihnen erschließen und damit auch eine Verbesserung der Behandlung unserer gemeinsamen Patienten erreichen.

Jede der drei Ausgaben pro Jahr wird schwerpunktmäßig einen Themenbereich aus dem Fachgebiet der Orthopädie behandeln. In den Mittelpunkt der ersten Ausgabe unseres Newsletters haben wir einige Aspekte der Endoprothetik gestellt, die den Bereich der Revisionschirurgie betreffen.

Ich hoffe, damit Ihr Interesse geweckt zu haben, und freue mich auf ein reges Feedback.

Ihr

Prim. Dr. Josef Hochreiter
Abteilungsleiter Orthopädie



NEU FÜR BERUFSTÄTIGE: AMBULANTE REHA

Als Alternative zur stationären Rehabilitation nach Operationen an Hüfte, Knie oder Schulter bieten wir an unserer Abteilung nun ein spezielles ambulantes Rehaprogramm an. Es ist in erster Linie für noch im Arbeitsleben stehende Patienten gedacht, die sich in wohnortnaher Umgebung auf einen schnellen Wiedereinstieg ins Berufsleben vorbereiten möchten. Das Therapieprogramm dauert insgesamt sechs Wochen, wobei in der ersten Hälfte wöchentlich drei Einheiten zu je vier Stunden und in den letzten drei Wochen je zwei Einheiten à drei Stunden vorgesehen sind.

Das Rehaprogramm findet in den Räumlichkeiten unserer Physiotherapie statt, deren Mitarbeiter über eine langjährige Erfahrung im Bereich der postoperativen Behandlung verfügen. Es besteht eine engmaschige Zusammenarbeit und Abstimmung unserer Therapeuten mit den Operateuren, sodass für jeden Patienten das optimale Programm festgelegt werden kann. Die Anmeldung zur ambulanten Rehabilitation erfolgt bereits im Rahmen des stationären Aufenthaltes durch unsere Mitarbeiter und ist für alle ASVG-Versicherten zugänglich.

Das ambulante Therapieangebot umfasst:

- Physiotherapie (Einzel- und Gruppentherapie): Kraft-, Ausdauer- und Sensomotoriktraining
- Unterwassertraining, Ergotherapie
- Massagen und Strombehandlungen
- Erlernen von Strategien zur Schmerzvermeidung
- Psychologische und Ernährungsberatung
- Bei Bedarf Einbindung der Angehörigen (Schulungen)



Ass. Dr. Conrad Anderl



ARTHROSE: ENGE ZUSAMMENARBEIT ZWISCHEN INTRA- UND EXTRAMURALEM BEREICH

In Zeiten der „high sophisticated medicine“ wird die Zusammenarbeit der einzelnen Fachbereiche und Institutionen immer wichtiger. Dabei rücken die Früherkennung und Prävention, die in der Regel durch den Hausarzt vorgenommen werden, in den Vordergrund. **Die primäre Entscheidung über das weitere Vorgehen stellt sich nach Versagen der konventionellen Per-os-Schmerztherapie mit NSAR, wofür folgendes Konzept hilfreich sein kann:**

Der Hausarzt entscheidet:

- **Akutsituation:** Krankenhaus.
- **Chronisches Beschwerdebild:** Primärbehandlung mit Kryotherapie, Topfenumschlägen, NSAR und in weiterer Folge Überweisung zum niedergelassenen Orthopäden.

Niedergelassener Orthopäde:

Weiterbetreuung und Ausschöpfung der therapeutischen Möglichkeiten wie Ausreizung der Schmerztherapie, Infiltrationstherapie, Punktionen, Einleitung der Physiotherapie, therapeutische Eingriffe, Anpassung der Schmerztherapie bis hin zur Überweisung ins Krankenhaus zur Therapieübernahme inklusive Operationsterminierung.

Krankenhaus:

Vorgabe des weiteren Therapieschemas inklusive Vergabe des OP-Termins und Weiterleitung des Patienten zum niedergelassenen Facharzt für die Weiterbetreuung bis zur definitiven operativen Sanierung.



Erna S. (69) wurde vor wenigen Wochen am rechten Knie eine Prothese implantiert. Die Pensionistin litt zuvor bereits seit einem knappen Jahr an zunehmenden Kniebeschwerden, die sich anfangs nur unter Belastung, später aber auch während der Ruhephasen in der Nacht äußerten und schließlich zur Operation führten.

Das Beispiel unserer Patientin, Frau Erna S., soll aufzeigen, wie beim Arthrosepatienten eine optimale Behandlungskette vom Haus- über den Facharzt bis zum Krankenhaus aussehen kann.

Frau Erna, was hatte sich an Ihrer ursprünglichen Situation verändert, sodass Ihnen die vom Hausarzt verordneten Schmerzmittel (1-3 NSAR pro Tag) plötzlich nicht mehr geholfen haben?

Erna S.: Sechs Monate lang haben mir die Schmerzmittel sehr gut geholfen, ich konnte meiner liebsten Freizeitbeschäftigung, dem Nordic Walken mit meinen Freundinnen, problemlos nachgehen. An einem Samstag im Juni war ich mit meinem Mann einige Stunden bergwandern. Beim Bergabgehen spürte ich bereits leicht stechende Schmerzen im Knie, die im Laufe der Nacht immer schlimmer wurden. Außerdem schwoll das Knie stark an.

Nachdem die Schmerzen nicht mehr nachgelassen hatte, haben Sie schließlich Ihren Hausarzt aufgesucht.

Erna S.: Ja genau, ich bin gleich am Montag zu ihm in die Ordination gefahren. Er verordnete mir eine dreimal tägliche Kryotherapie und empfahl mir, zweimal täglich einen Topfenwickel zu machen. Diese Behandlungen haben mir rasch und gut geholfen.

Wann sind die Schmerzen wiedergekommen?

Erna S.: Drei Wochen später bin ich mit einem geschwollenen Knie aufgewacht und konnte nicht mehr auftreten. Mein Hausarzt meinte, ich solle einen niedergelassenen Orthopäden aufsuchen, um die Ursache für die wiederkehrenden Schmerzen zu finden. Der Facharzt hat mich am Knie punktiert, Cortison ins Gelenk gespritzt und meine Schmerzmitteldosis erhöht. Außerdem hat er mich zum Radiologen geschickt.

Wie lange waren Sie beim niedergelassenen Orthopäden in Behandlung und was war dafür ausschlaggebend, dass er Sie an unsere Abteilung überwiesen hat?

Erna S.: Mein Orthopäde betreute mich fast vier Monate lang mit der genannten Therapie. Als mir diese nicht mehr ausreichend half, empfahl er mir, Ihre Ambulanz aufzusuchen, um einen Operationstermin zu vereinbaren. Er meinte, es sei wichtig, lieber früher ins Krankenhaus zu gehen, um das Fortschreiten der Erkrankung zu verlangsamen.

Danke für das Gespräch.



Ass. Dr. Michael Siegl



Präoperativ



Postoperativ



Verlauf

DIE HOHE HÜFTLUXATION – EINE CHIRURGISCHE HERAUSFORDERUNG

Fragen aus der orthopädischen Praxis

Die 49-jährige Patientin litt an einer rechtsseitigen hohen Hüftluxation. Sie hatte bei einer ausgemessenen Beinlängendifferenz (BLD) von 9,2 cm zeitlebens ein ausgeprägtes, hinkendes Gangbild, jedoch anfangs nur geringe Schmerzen. Die Beweglichkeit der Hüfte war immer eingeschränkt, für die Bedürfnisse ihres täglichen Lebens jedoch ausreichend. Da in letzter Zeit die Schmerzen stark zunahmen und die Mobilität dramatisch abnahm, war für sie die Situation nicht mehr akzeptabel, sodass sie an unsere orthopädische Abteilung zur Operation überwiesen wurde.

Dr. Bischofreiter: Wann ist aus Ihrer Sicht der optimale OP-Zeitpunkt? Hätte es Sinn gemacht, die HTEP-Implantation, auch aufgrund des bekannt komplexen chirurgischen Eingriffs, noch länger aufzuschieben?

Sicherlich ist die HTEP-Implantation bei einer kongenitalen hohen Hüftluxation nicht mit einer routinemäßigen Endoprothese zu vergleichen. Da die Betroffene von Kindheit an mit gewissen Einschränkungen bez. ihres Hüftgelenkes umzugehen lernte, konnte sie diese Defizite sehr gut kompensieren. Unserer Erfahrung nach ist der OP-Zeitpunkt abhängig von der Klinik der Patientin, insbesondere von der Schmerzsymptomatik. In diesem Fall war die Patientin durch die zunehmenden Beschwerden in ihrem Alltag, aber auch im Berufsleben so stark eingeschränkt, dass für uns eine klare OP-Indikation bestand. Eine prophylaktische Sanierung bei noch geringer Symptomatik ist aus unserer Sicht nicht als sinnvoll zu erachten.

Dr. Bischofreiter: Primär lag bei der Patientin aufgrund des zu hoch angelegten Pfannenlagers eine funktionelle Beinverkürzung im Ausmaß von 9,2 cm vor. Wie planten Sie, den Beinlängenausgleich zu erreichen, bzw. wie viele Zentimeter sind möglich?

Der Beinlängenausgleich ist sicherlich ein entscheidendes Kriterium für eine erfolgreiche Operation. Eine ausreichende biome-

chanische Stabilität und damit Haltbarkeit des Implantates kann nur erreicht werden, indem das physiologische Drehzentrum des Hüftgelenkes rekonstruiert wird. Dafür stellen wir die Pfanne im – oftmals nur rudimentär angelegten – primären Pfannenzentrum (PHC = primary hip center) ein. Damit verbunden ist allerdings die Notwendigkeit einer Verkürzungsosteotomie am Femur, da Verlängerungen über 2 bis 3 cm mechanisch kaum möglich sind und neurovaskuläre Komplikationen nach sich ziehen.

Dr. Bischofreiter: Was ist aus Ihrer Sicht der entscheidende Schritt in dieser OP?

Aus orthopädischer Sicht ist das Einstellen der Pfanne in das meist nur ansatzweise angelegte PHC immens wichtig. Dies aufzufinden gestaltet sich, aufgrund der veränderten Anatomie, meist als sehr komplex. Durch den fehlenden Gegendruck des Hüftkopfes ist die Pfannenanlage zu klein, überdies ist der Knochen aufgrund der fehlenden mechanischen Belastung hochgradig osteoporotisch.

Die zweite Schwierigkeit ist die Planung und exakte Durchführung der Verkürzungsosteotomie am Schaft. Nur damit ist eine weitgehend seitengleiche Beinlänge ohne Gefahr einer Nervenläsion bei der Reposition möglich.



**Die Fragen stellte:
Dr. Reinhard Bischofreiter**

Facharzt für Orthopädie
und orthopädische Chirurgie
(Waidhofen/Ybbs)



NEUE VERANKERUNGSTECHNIK IN DER RTKA

Bedingt durch eine zunehmende Versorgung der Bevölkerung mit Knieendoprothesen steigt auch die Zahl an Revisionseingriffen und damit gewinnt die Technik der Revisionschirurgie immer mehr an Bedeutung. **Eines der wesentlichen Ziele einer Knierevision ist die stabile Verankerung des neuen Implantates.** Steht bei Primäreingriffen die großflächige, unversehrte Oberfläche der Epiphyse für eine zementierte oder zementfreie Verankerung zur Verfügung, so findet man im Revisionssetting in der Regel eine defekte und sklerosierte epiphysäre Oberfläche vor. Man muss daher in die Meta- bzw. Diaphyse ausweichen und erreicht die Verankerung über eine komplette Zementierung des Implantates oder über eine hybride Fixation mit Zementierung der Epiphyse und zementfreiem, langem und füllendem Stiel. **Beide Verankerungstechniken haben Erfolgsraten von 8 bis 19 % im mittleren FU, bringen aber auch beträchtliche Nachteile mit sich** wie beispielsweise eine schwierige Entfernbarkeit, die Gefahr der Malposition und schlecht behandelbare Schafschmerzen. **Eine Verbesserung der Fixation war daher das lange angestrebte Ziel der Revisionsendoprothetik.**

Seit 2008 stehen uns nun so genannte „metaphysäre Sleeves“ zur zementfreien Verankerung der Revisionsimplantate in der Metaphyse zur Verfügung, mit denen wir bislang exzellente Ergebnisse erzielen konnten. Die neuen Implantatteile sind konisch abgestufte Hülsen, die mit einer Beschichtung zur zementfreien Verankerung versehen sind. Sie werden an die anatomische Gegebenheit der Metaphyse angepasst und treten mit gut vaskularisierten, tragfähigen Knochen in Kontakt. **Eine primäre Stabilität in Varus-/Valgus-, axialer wie auch rotatorischer Richtung ist auch bei schweren Knochendefekten relativ sicher zu erreichen.** Obwohl diese Implantatteile primär ein Tool der Fixation sind, können damit auch zahlreiche gedeckte und ungedeckte Defekte gefüllt werden. Sie sind bis zu einem gewissen Grad unabhängig vom Implantat platzierbar, wodurch die Gefahr einer Implantatmalposition geringer ist. Zudem kann in vielen Fällen auf Stiele verzichtet werden. **Einzig eine „tibial tuberosity osteotomy“ ist für „metaphysäre Sleeves“ ungünstig, da in diesem Fall eine stabile Präparation kaum möglich ist.**

Weiters gibt es noch wenig Erfahrungswerte hinsichtlich Entfernbarkeit und Trennung der Hülsen vom Implantat. Diesbezüglich liegen bis jetzt erst die Daten von zwei Studien vor, in denen

jedoch – bei relativ geringen Fallzahlen – keine Revisionen in einem FU von vier Jahren beschrieben werden. **In einer retrospektiven Aufarbeitung unserer Revisionen von 2008 bis 2011 finden wir in der Gruppe der Revisionen ohne Sleeves vier aseptische Lockerungen und in der Gruppe der Revisionen mit Sleeves bislang keine Lockerung.**

Nach unseren bisherigen Erfahrungen lässt sich somit sagen, dass „metaphysäre Sleeves“ eine Optimierung der Fixation – speziell bei schweren Defekten – und eine Verbesserung der Revisionsergebnisse mit sich bringen.



Prim. Dr. Josef Hochreiter



TERMINE

11.09.12 | 17.00 Uhr

Patienteninformationsveranstaltung

Beantwortung aller Fragen rund um den Gelenkersatz sowie Vorstellung der am häufigsten verwendeten Materialien.

15.06.12, 28.09.12, 16.11.12

Learning-Center KTEP-Revision

19.10.12., 14.12.12

Learning-Center Patellofemoralprothese

Termine auf Anfrage

Learning-Center Schulter-TEP

Bitte bei allen Terminen um Anmeldung bei Maria Ertl (DW 7136). Veranstaltungsort jeweils: KH Barmherzige Schwestern Linz.



LEARNING-CENTER FÜR KNIEREVISIONSENDOPROTHETIK

Immer älter werdende Patienten und eine hohe Versorgungsdichte mit Endoprothesen machen die Revisionsendoprothetik zu einem echten Zukunftsthema. Die Anzahl der notwendigen Prothesenwechsel steigt kontinuierlich an. Durch eine Schwerpunktsetzung trägt die Abteilung diesem Trend schon seit mehreren Jahren Rechnung. **Die Versorgung aller Prothesenrevisionen in Spezialistenteams erhöht die chirurgische Expertise.** Die Ausstattung mit Spezialimplantaten lässt auch die Versorgung von hochkomplexen Ausgangssituationen mit maximaler Sicherheit für den Patienten und ohne logistischen Mehraufwand zu.

Die große Erfahrung in diesem chirurgischen Segment wird auch über die Grenzen Österreichs hinaus wahrgenommen. Aus diesem Grund wurde an unserer Abteilung ein viermal jährlich stattfindendes Learning-Center für Knierevisionsendoprothetik eingerichtet. **Dabei haben Kollegen aus dem In- und Ausland die Möglichkeit, komplexe Revisionssituationen theoretisch und im Rahmen einer gemeinsamen Operation auch praktisch zu diskutieren.** Bei dieser Veranstaltung wird nicht nur die Anwendung des von uns verwendeten Prothesensystems LCS®/Complete™ Modular Revision, sondern auch die anatomische Wiederherstellung der Gelenkbiomechanik oder aufwendige Rekonstruktionen von Knochendefekten dargestellt. **Unsere eigene, nach dem europäischen Gewebe-**

sicherheitsgesetz zertifizierte Knochenbank liefert uns dazu die benötigten Transplantate in standardisierter und hervorragender Qualität.

GROSSE RESONANZ AUF UNSER LEARNING-CENTER

Seit dem **Jahr 2005** wurden 20 exklusive Lehrveranstaltungen mit 36 Teilnehmern aus sechs Ländern (Schweden, Norwegen, Niederlande, Slowenien, Deutschland, Österreich) abgehalten.



OA Dr. Florian Dirisamer

Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz
Seilerstätte 4, 4010 Linz, Tel.: +43 732 7677 - 0
E-Mail: office.linz@bhs.at

Zertifiziert gemäß



Impressum gem. § 24 Mediengesetz:

Medieninhaber und Herausgeber: Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz Betriebsgesellschaft m. b. H., Abteilung für Orthopädie; Anschrift von Medieninhaber und Herausgeber: Seilerstätte 4, 4010 Linz; Redaktion: Prim. Dr. Josef Hochreiter, OA Dr. Florian Dirisamer, Ass. Dr. Conrad Anderl, Ass. Dr. Michael Siegl; Organisation, Koordination und Abwicklung: Sigrid Miksch, M. Sc.; Hersteller: Salzkammergut Media; Herstellungsort: 4810 Gmunden; Layout: upart Werbung und Kommunikation GmbH; Fotos: Fotostudio Satori GmbH, BHS Linz, Dr. Reinhard Bischofreiter, DePuy; Auflage: 800 Stück; Erscheinungsweise: 3 x jährlich. Wir bitten im Sinne einer verbesserten Lesbarkeit um Verständnis, dass auf die geschlechterspezifische Formulierung teilweise verzichtet wird. Selbstverständlich sind Frauen und Männer gleichermaßen angesprochen. Die im Medium etwaig angegebenen Medikamentennamen sind als Beispiele für alle Produkte mit gleichem Wirkstoff zu verstehen.