

DOKUMENTIERTE PATIENTENAUFKLÄRUNG

Basisinformation zum Aufklärungsgespräch

Wiederherstellung der freien Hüftbeweglichkeit (femoro-azetabuläres Offset)

Dr. med. Peter Wirz 031 832 43 53
Orthopädische Chirurgie FMH
Bernstrasse 1, CH-3076 Worb

Patientendaten/Aufkleber

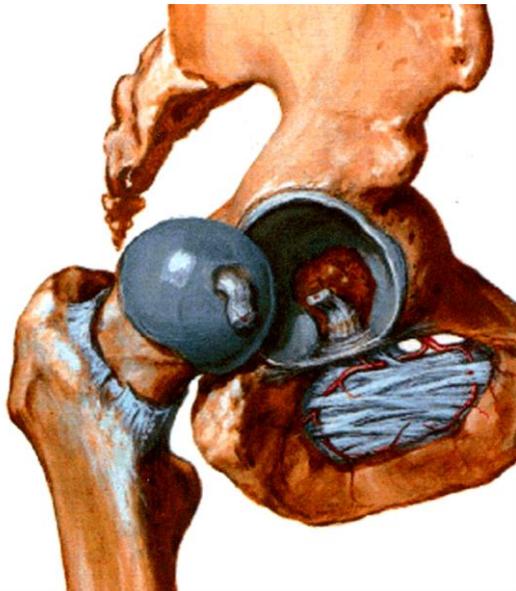
Vorgesehenes Verfahren:
Chirurgische Hüftluxation

rechts links

mit

- Osteophytenabtragung am Schenkelhals
- Osteophytenabtragung am Pfannenrand
- Labrumchirurgie (Refixation, Resektion)

ev. Hüfttotalprothese (bei intraoperativem ausgedehntem Befund bei welchem mit einer gelenkerhaltenden Operation zu wenig Erfolg zu erwarten ist)



Bitte informieren Sie sich!

Liebe Patientin, lieber Patient,

Bei der Untersuchung wurde festgestellt, dass Veränderungen und/oder Konfigurationen des Hüftgelenkes bestehen, welche eine (Beschreibung siehe nachfolgend im Text) erforderlich machen. Die Ursachen liegen an angeborenen und/oder erworbenen Knochenfehlformen, welche die freie Beweglichkeit im Hüftgelenk stören und zu Schäden an der Gelenkklippe und dem Knorpel und in der Folge zu vermehrtem Gelenkverschleiss (Arthrose) führen können. Ursache ist ein mechanischer Konflikt zwischen Pfannenrand und Oberschenkelkopf

Gehäuft tritt das Impingement auf bei nach hinten orientierter Hüftpfanne (Retroversion), vergrößerter Radius der Gelenkfläche am Kopfhalsübergang (Schenkelhalsosteophyt, Pistolgrip deformity → Cam Impingement) und bei vertiefter Hüftpfanne.

Abb. 6.59 Schematische Darstellung des Cam-Impingement. Bei Beugung wird eine Kopfauszühlung (schwarz) oder ein verminderter Kopf-Hals-Offset in die gut fassende Pfanne eingepresst, wobei es zur azetabulären Knorpelschädigung kommt. Das Labrum bleibt dabei zunächst intakt.

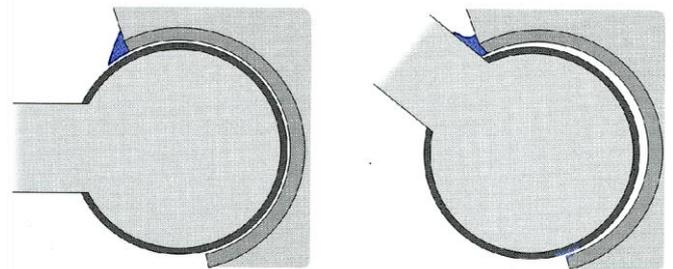
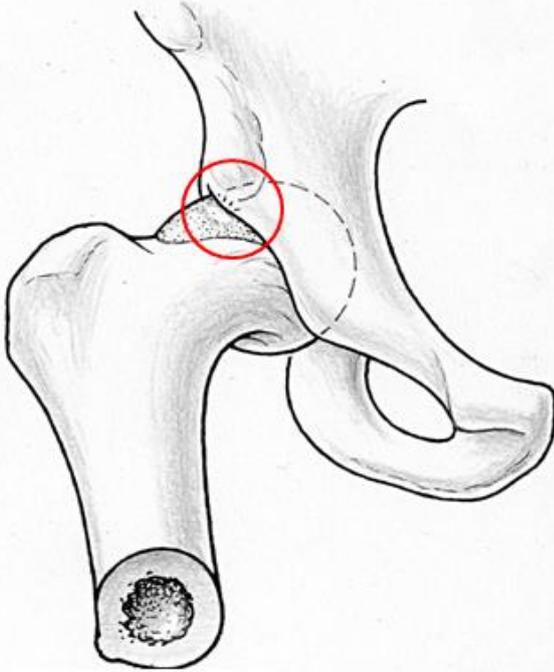
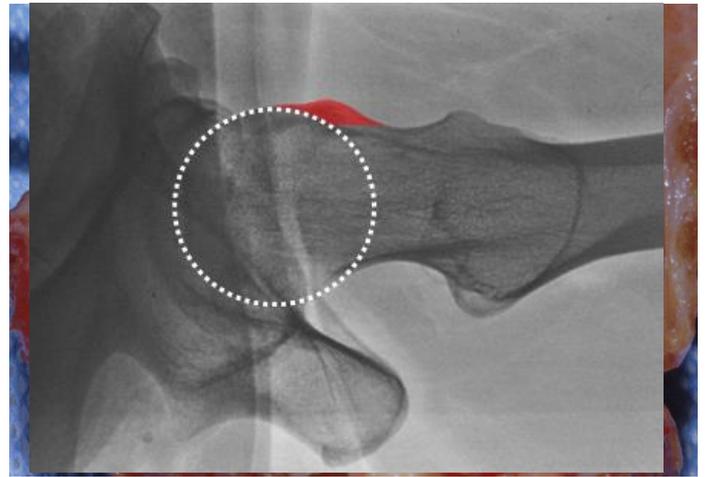
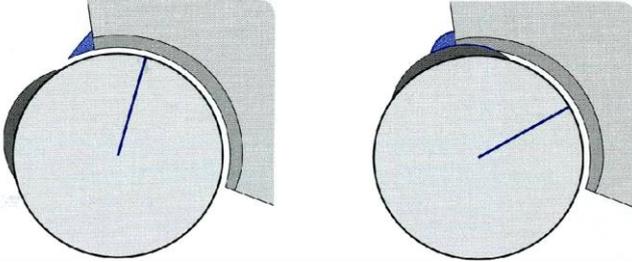


Abb. 6.61 Schematische Darstellung des Pincer-Impingement. Bei Beugung schlägt der Kopf-Hals-Übergang am Pfannenrand an. Die chronische Stauchung betrifft zuerst das Labrum, das entsprechend degeneriert. Auch der angrenzende Knorpel wird in einer schmalen Zone in diese Degeneration einbezogen. Der inferiore Rand des azetabulären Hinterhorns erhält durch Hebelwirkung einen Contre coup mit entsprechend häufigen Knorpelabrasionen.



Bei der Operation wird unter Schonung der Blut- und Nervenversorgung sowie unter Teilablösung der Muskulatur das Hüftgelenk freigelegt. Anschliessend wird der Oberschenkelkopf aus der Hüftpfanne herausgehoben (chirurgische Hüftluxation). Durch dieses Manöver ist es möglich, die Strukturen, die behandelt werden müssen, freizulegen und zu behandeln. Ziel der Operation ist es, die freie Hüftbeweglichkeit und die Funktion der Gelenkklippe so gut als möglich wiederherzustellen.

Alternativen des Eingriffes

Sind die Veränderungen im Hüftgelenk wenig ausgeprägt, so kann unter Beachtung von Vorsichtsmassnahmen (z.B. Überbelastungen und Extremstellungen vermeiden) auf die Operation verzichtet werden. Durch **nichtoperative (konservative) Massnahmen** (siehe nachfolgend im Text) können die Beschwerden gelindert werden. Es sollte aber unbedingt vermieden werden, dass eine weitere Beschädigung nicht rasch fortschreitet. Dazu sind regelmässige Nachkontrollen mit Wiederholung der bildgebenden Diagnostik notwendig. Im Gegensatz dazu kann in einem **fortgeschrittenen Stadium** (wesentliche Knorpeldefekte) zuwenig des

normal funktionierenden Gelenkes gerettet werden. „Der Aufwand zum möglichen Ertrag ist dann zu gross.“ Es ist in dieser Situation sinnvoller zu versuchen mit konservativen Massnahmen (Schmerzmittel, Knorpelaufbaupräparate, Anpassung der Aktivität, Schuhdämpfung) die Beschwerden zu lindern. Werden die Beschwerden trotzdem zu stark, drängt sich dann ein Gelenkersatz auf (**Hüfttotalprothese**).

Bei **wenig ausgedehnten Befunden** kann versucht werden, die Operation mittels einer **Gelenkspiegelung** (Hüftarthroskopie) durchzuführen. Dieses Vorgehen ist für die Weichteile wesentlich schonender und die Nachbehandlungszeit ist wesentlich verkürzt. Der Nachteil ist, dass die Übersicht und Zugänglichkeit wesentlich erschwert ist und oftmals die Resektion ungenügend ist. Daher ist heute immer noch die offene Operation Standard.

Operation

Abklärung/Indikation

Für die Operationsindikation (Entscheid zur Operation) braucht es eine genaue klinische Untersuchung, eine Röntgenuntersuchung und eine Schichtbilduntersuchung mittels Magnetresonananz. Die Entscheidung zur Operation macht der informierte Patient. Zur Beurteilung des allgemeinen Gesundheitszustandes werden vor der Operation gewisse Blutwerte bestimmt. Je nach Alter und Vorerkrankungen wird noch eine Herzstromkurve und ein Thoraxröntgenbild erstellt.

Vorbereitung

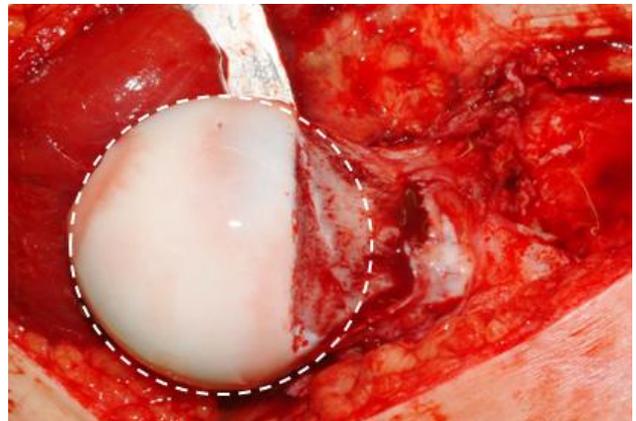
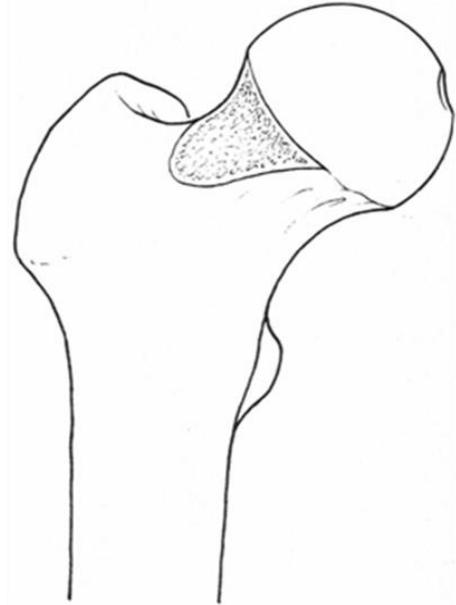
Die Operation wird meistens in Spinalanästhesie (Rückenmarksanästhesie) seltener in Allgemeinanästhesie durchgeführt. Für die Operation werden der Patient / die Patientin auf die gesunde Seite gelagert.

Operation

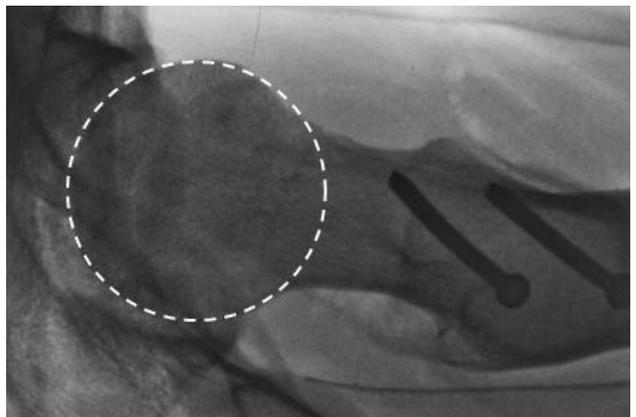
Als Zugang braucht man einen Hautschnitt von ca. 12cm Länge. Ein Teil der Hüftmuskulatur wird mit einem Stück des Oberschenkelknochens abgelöst. Unter Schonung der Blut- und Nervenversorgung wird das Hüftgelenk freigelegt. Anschliessend wird der Oberschenkelkopf aus der Hüftpfanne herausgehoben. Durch dieses Manöver ist es möglich, die Strukturen die behandelt werden müssen, freizulegen und zu behandeln:

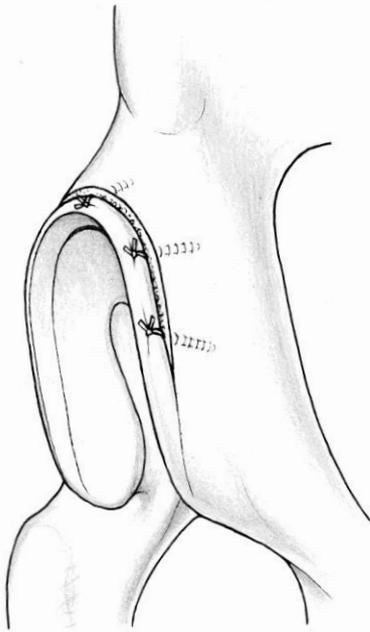
1. Osteophytenabtragung (Abtragung von störenden Knochenarealen) am Schenkelhals

Osteophytenabtragung am Pfannenrand



Labrumchirurgie (Refixation, Resektion von Schäden an der Gelenkklippe)





2. Knorpelchirurgie (Refixation, Resektion von Schäden am Knorpelknochenlager)

Ziel der Operation ist es, die freie Hüftbeweglichkeit wiederzuerlangen, und die Funktion der Gelenkklippe so gut als möglich wiederherzustellen um weiteren Knorpelschaden zu vermeiden.

Zur Vorbeugung einer Infektion wird unmittelbar vor der Operation ein Antibiotikum verabreicht.

Besondere Umstände, die wir erst während eines Eingriffes feststellen, können zu einer Änderung oder Erweiterung zwingen. Bitte geben Sie Ihre Einwilligung auch dazu. Für den Patienten bedeutet es eine zusätzliche Belastung, wenn der Eingriff abgebrochen und später fortgesetzt werden muss. Es wäre dazu auch ein erneutes Betäubungsverfahren erforderlich. Unter Umständen sieht man während der Operation, dass der Schaden am Gelenk unerwarteterweise zu gross ist und ein gelenkerhaltender Eingriff wenig Sinn macht. In entsprechenden Fällen ist es sinnvoll, direkt auf einen Gelenkersatz (Hüfttotalprothese) umzusteigen.

Behandlung nach der Operation

Hospitalisationsdauer 4 - 7 Tage

Abschwellende Therapie

Durch den erfolgten Eingriff an Weichteilen und Knochen entsteht eine Schwellung der operierten Region. Zur Entzündungshemmung und gleichzeitiger Schmerzstillung werden in der Regel einige Tage postoperativ Tabletten (nicht steroidale Entzündungshemmer) verabreicht. Als Nebenwirkung dieser Therapie können Magenbeschwerden auftreten, die man unverzüglich dem Arzt melden sollte. Ferner ist es wichtig, die operierte Region nach Möglichkeit hochzulagern.

Thromboseprophylaxe

Zur Vorbeugung einer Thrombose sollten Sie möglichst bald, sofern von der Operationsart her möglich, regelmässig das Sprung-, Knie- und Hüftgelenk bewegen. Nach der Operation wird ein blutverdünnendes Medikament (niedermolekulares Heparin) unter die Haut gespritzt. Als unerwünschten Nebeneffekt besteht eine leicht erhöhte Blutungsneigung.

Bewegung/Belastung

Nach der Operation müssen für 4 Wochen Stöcke benützt werden. Dabei darf die axiale Belastung maximal 30kg betragen und es darf keine aktive Beugung und kein Abspreizen über 70 Grad erfolgen. Zur Bewegungsverbesserung und zum Kraftaufbau empfiehlt es sich, mit mehrmals täglichen kurzen Trainingseinheiten zu beginnen. 2 Monate postoperativ wird mit dem gezielten Kraftaufbau der Hüftabspreizer begonnen.

Nachkontrolle

Nach 2 Wochen werden die Fäden entfernt. Bis zum genügenden Bewegungs- und Kraftaufbau erfolgen regelmässige Kontrollen. Es empfiehlt sich anschliessend, jährliche Kontrollen zu machen

Erfolgsaussichten

Im Regelfall wird das durch die Operation das angestrebte Behandlungsziel erreicht. Ein langsames Weiterschreiten der Arthrose, wenn auch weniger rasch ist in den meisten Fällen nicht vermeidbar.

Allgemeine Risiken

Den Erfolg seiner Behandlung und ihre Risikofreiheit kann kein Arzt garantieren. Die allgemeinen Gefahren operativer Eingriffe wie Thrombosen (Bildung von Blutgerinnseln), Embolien (Schlagaderverschlüsse durch verschleppte Gerinnsel), Infektionen, Blutungen mit der Notwendigkeit von Blutübertragung (mit seinerseits Infektionsgefahr), Verletzungen von Blutgefäßen und Nerven (mit Lähmungserscheinungen), grössere Weichteilschäden, Sudecksche Erkrankung (sehr schmerzhaften Knochenentkalkung und / oder Weichteilschwellung mit Funktionseinschränkung), Druckschäden an Weichteilen und Nerven, Gelenksversteifungen (Arthrofibrose), überschießende und störende Narben, verzögerte Knochenheilung und Frakturen sind durch sorgfältiges fachgerechtes Vorgehen und dank der technischen und medikamentösen Fortschritte der Medizin aber seltener geworden. Wir können auch mehr als früher dagegen tun.

Spezielle Risiken

Der Patient muss sich bewusst sein, dass durch diesen Eingriff das Fortschreiten der Arthrose gebremst, nicht aber aufgehalten wird. Es ist mit Restbeschwerden zu rechnen und es besteht die Möglichkeit, dass zu einem späteren Zeitpunkt trotzdem die Implantation einer Hüfttotalprothese nötig wird.

Durch den Zugang kann eine Störung der Durchblutung des Oberschenkelkopfes auftreten. Im schlimmsten Fall kommt es zur Femurkopfnekrose (Absterben des Oberschenkelkopfes), welches in der Folge die Implantation einer Hüfttotalprothese nötig machen würde. Durch genaue konsequente Präparation sollte dies vermieden werden können.

Die Befestigung der Muskeln kann sich bei ungenügender Fixation und/oder Überbelastung lösen. Durch geeignete Operationstechnik und Beachtung der Maximalbelastung des Beines sollte dieser Fall kaum eintreten. Aufgrund der Heilungsprozesse können Verkalkungen auftreten, welche die freie Hüftbeweglichkeit behindern. Durch eine Medikamentengabe kann dies verhindert werden.

Die meisten der genannten Komplikationen können Nachoperationen erforderlich machen.

Wie sind die Erfolgsaussichten?

In der Regel sind die Patienten mit dem Zustand nach der Operation zufrieden. Durch den Eingriff werden die Schmerzen beseitigt oder zumindest gelindert, und die Beweglichkeit wird verbessert. Im Allgemeinen ist es möglich, wieder schmerzfrei zu gehen und dem Alter entsprechende körperliche Leistungen zu vollbringen.

Bitte helfen sie uns

Vor der Operation durch

- vollständiges Ausfüllen ihrer Vorerkrankungen, Operationen, Unverträglichkeiten und Medikamente auf dem **Patientenfragebogen**. Insbesondere

wichtige **Allergien** und **Blutverdünnung** (inklusive **Aspirin**) müssen aufgeführt und dem Arzt auch persönlich mitgeteilt werden. Die Blutverdünnung muss einige Tage vor der Operation gestoppt werden.

- **sorgfältige Beantwortung der Fragen**, die wir Ihnen stellen.
- Hinweise auf **besondere Belastungen** z. B. durch Ihre Berufstätigkeit oder Ihr Hobby.
- **Nikotinabstinenz**, um dem Gewebe (Haut, Sehnen, Bänder) die optimalen Heilungschancen zu geben.
- Vermeiden von **Übergewicht**.

Nach der Operation durch

- **unverzögliche Information** falls Schmerzen, Bewegungs- oder Gefühlsstörungen, Temperaturerhöhung oder Verfärbungen der Haut auftreten. Es kann sich dabei um Durchblutungs- oder Nervenstörungen oder eine Infektion handeln, die rasch behandelt werden müssen.
- um die **gewissenhafte Beachtung der empfohlenen Nachbehandlung**:
 - Belastung: 0-30kg für 4 Wo
 - Bewegung: keine aktive Beugung und Abspreizung über 70°
 - Thromboembolieprophylaxe: für..... Tage/....Wochen: mindestens 4 Wochen und bis zum hinkfreien Gehen
 - Nachkontrolle: 2, 4 und 6 Wochen
 - **Arbeitsunfähigkeit**: Beträgt im Minimum 2 Wochen (guter Verlauf, sitzende Tätigkeit und konsequente Verwendung der Gehstöcke) in der Regel aber 6 Wochen und bei körperlich tätigen Handwerkern 2-3 Monate. Die Wiederaufnahme der Arbeit erfolgt am besten schrittweise. So besteht die Möglichkeit, regelmässig die Physiotherapie zu besuchen und sich nach der Arbeit genügend zu erholen. Das Autofahren kann wiederaufgenommen werden, wenn man sicher stockfrei gehen kann, d.h. frühestens nach 2 Monaten.
 - **Sport**: Auf Fahrradfahren sollte wegen der starken Hüftflexion während 2 Monaten verzichtet werden. Leichtes Jogging kann ab 2 Monaten begonnen werden. Folgende Angaben zur Wiederaufnahme der sportlichen Aktivität sind Mittelwerte und gelten nur, wenn man diese vor der Operation schon beherrscht hat. Brust- und Crawlschwimmen, Parallellanglaufen und leichtes Joggen ist ab ca. 8 Wochen möglich. Kontaktsport und Skifahren sollten frühestens 4 Monate nach der Operation betrieben werden.
 - Metallentfernung: nur bei Bedarf
- die **Information ihrer behandelnden Ärzte** falls Sie Medikamente zur Thromboseprophylaxe einnehmen, insbesondere vor weiteren Eingriffen (wie z.B. Zahnbehandlungen).

- Die Ausfüllung des Fragebogens Qualitätskontrolle

Ärztlicher Vermerk über das Aufklärungsgespräch

z. B. Sicherheit der Diagnose, Notwendigkeit und Dringlichkeit der Behandlung, risikoe erhöhende Umstände (z. B. Wiederholungseingriff, Begleiterkrankungen), Behandlungsalternativen, Nebeneingriffe, (z. B. Bluttransfusion, Eigenblutspende), etwaige Folgemaßnahmen (z. B. Intensivbehandlung)

.....

.....

.....

.....

Einwilligungserklärung

Herr **Dr. med. Peter Wirz** hat mit mir anhand der Hinweise im Merkblatt und der Ergebnisse der Voruntersuchungen ein abschließendes Aufklärungsgespräch geführt. Ich habe die Aufklärung verstanden und konnte alle mich interessierenden Fragen stellen.

Ich habe keine weiteren Fragen und benötige keine zusätzliche Überlegungsfrist.

Ich willige hiermit in den vorgeschlagenen Eingriff, einschließlich der Schmerzbetäubung sowie der erforderlichen Untersuchungen und Nebeneingriffe ein. Ich bin mit Änderungen und Erweiterungen des Eingriffes einverstanden, die sich während der Operation als erforderlich erweisen. Ich werde die erforderlichen Kontrollen und Nachbehandlungen gemäss Anweisungen des Arztes durchführen. Ich werde vor der Operation und mindestens 2 Monate nach der Operation nicht rauchen.

Datum:

.....

Unterschrift des Arztes

.....

Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzl. Vertreters