

Aufklärungs-Protokoll bezüglich künstlichem Hüftgelenk (Hüft-Totalprothese)

Diagnose

Arthrose des Hüftgelenkes (Coxarthrose), d.h. Abnützungserkrankung des Knorpels.

Natürlicher Verlauf (ohne Operation)

Es ist mit einem zunehmenden Verschleiss des Knorpels zu rechnen. Die Stossdämpfer- und die Gleitfunktion ist dadurch nicht mehr erfüllt. Formveränderungen des Hüftkopfes und der Hüftpfanne sind die Folge. Der Knochen bildet Randwülste (Osteophyten), was die Beweglichkeit weiter einschränkt. Entzündliche Reaktionen können zu Zysten im Knochen führen. Folge ist eine Zunahme der Schmerzen und der Bewegungseinschränkung.

Zeitliche Dringlichkeit

Grundsätzlich soll ein künstliches Gelenk erst dann operiert werden, wenn der Leidensdruck (Schmerz/ Bewegungseinschränkung etc.) nicht mehr auszuhalten ist und wenn vor allem die Schmerzen durch konservative Massnahmen nicht mehr zu beherrschen sind. Insbesondere sollte in einem Alter von weniger als 65 Jahren der Entscheid sehr sorgfältig überlegt werden.

Alternative Therapiemöglichkeiten

Schmerzmedikamente, knorpelschützende Medikamente, Salben, Physiotherapie, Wickel/Bäderbehandlung. Anpassung der Belastung, (Sportverzicht), Absatz-Pufferung, Stockentlastung. Homöopathie, Chinesische Medizin.

Geplanter Ablauf der Operation

Das erkrankte Hüftgelenk wird durch ein künstliches Implantat (Totalprothese) ersetzt, welches aus vier Komponenten besteht: einer Metallschale aus Titan, einem passenden Einsatz aus Kunststoff (selten Keramik), einem Hüftkopf aus „keramisiertem“ Metall (selten Keramik) sowie einem Schafteil, ebenfalls aus Titan. Die Titankomponenten werden ohne Zement im Becken resp. im Oberschenkel verankert. Bei all diesen Materialien bestehen jahrzehntelange Erfahrungen. Sie zeichnen sich i.d.R. durch eine lange Haltbarkeit und eine sehr gute Gewebeverträglichkeit aus.

Die Operation dauert ca. 1½ Stunden und erfolgt meist in einer Teilnarkose.

Standard-Operation ist minimal-invasiv: Die Operation erfolgt in Rückenlage durch einen ca. 8-10 cm langen seitlichen Hautschnitt. Im Gegensatz zur früheren Operationstechnik müssen keine Muskeln und Sehnen abgelöst und somit auch nicht wieder angenäht werden. Der kranke Hüftkopf wird samt Schenkelhals entfernt, der Knochen vorbereitet und die Prothesenteile im Becken und Oberschenkel fest verankert. Es werden Blutungsdrains (Redons) eingelegt. Das in den ersten Stunden gesammelte Blut wird Ihnen wieder zurückgegeben. Die minimal-invasive Operationstechnik ermöglicht i.d.R. die sofortige Belastung der Hüfte. Selten können vorausgegangene Eingriffe die Operation in herkömmlicher Technik notwendig machen.

Nachbehandlung (im Spital)

Nach der Operation sind Sie zur Überwachung im Aufwachraum. Das Anästhesieteam entscheidet, ob Sie bereits am Abend der Operation oder erst am nächsten Morgen auf die Station verlegt werden können. Erstmobilisierung am 1. postoperativen Tag unter Instruktion des Physiotherapie-Teams. Kontinuierliche Steigerung der Gehdistanz von Tag zu Tag. Sitzen ist bei ausreichender Beugung ab 3. – 4. Tag erlaubt, Treppensteigen etwa ab der zweiten Woche. Normale Aufenthaltsdauer im Spital ca. 6 - 8 Tage. Bei guter Gehfähigkeit und Allgemeinzustand kann die Entlassung auch früher erfolgen.

Nachbehandlung (nach Spitalentlassung)

Ambulant: Üblicherweise erfolgt die Rehabilitation mit ambulanter Physiotherapie von zu Hause aus.

Stationär: Bei einschränkenden Begleiterkrankungen kann die weitere Rehabilitation meist in einer dafür vorgesehenen Reha-Klinik erfolgen. Dazu ist die Kostengutsprache ihrer Krankenkasse notwendig. Dauer etwa 2-3 Wochen. Ziel ist die Erlangung der Selbständigkeit durch Training von Muskelkraft, Beweglichkeit und Koordination.

Gehstöcke sind während ca. 6 Wochen postoperativ notwendig. In der Wohnung sind einige Schritte bei Schmerzfreiheit ohne Stockhilfe häufig bereits nach 2 Wochen möglich.

Eine Thromboseprophylaxe ist während der ersten 6 Wochen obligatorisch und erfolgt i.d.R. durch Tabletten (Xarelto), bei Unverträglichkeit durch Injektionen (Clexane).

Röntgenbilder werden nach 6 Wochen (ev. 4 Mt.) und 1 Jahr angefertigt. Weitere Röntgenkontrollen sind empfehlenswert nach 5, 10 und 15 Jahren.

Die Arbeitsunfähigkeit beträgt je nach Tätigkeit zwischen 2 und 3 Monaten.

Gelenkschonende Sportarten wie Schwimmen, Velofahren und Wandern können bereits nach einigen Monaten begonnen werden. Für belastendere Sportarten (z.B. Skifahren) ist eine Wartezeit von 1 Jahr sinnvoll und ein sicheres, schmerzfreies Gehen notwendig.

Allgemeine Operationsrisiken

- Thrombose/Embolie → Eine Prophylaxe ist während 6 Wochen obligatorisch (Tabletten oder Injektionen)
- Infektion → Eine perioperative Antibiotikaprophylaxe wird verabreicht.
- Blutungen → Drainagen (bei grösseren Nachblutungen ev. Reoperation notwendig)
- Wundheilungsstörung → Sorgfältige Wundpflege wichtig
- Nervenläsionen → Führen zu Muskelschwäche/-lähmung, Gefühlsstörungen (ev. bleibend)
- Lagerungsschäden (Dekubitus), v.a. bei empfindlicher Haut

Spezifische Operationsrisiken

- Pfannen- und Schaffteil können ausrenken (Luxation). Die entsprechenden Vorsichtsmassnahmen punkto Lagerung und Beweglichkeit müssen eingehalten werden.
- Identische Beinlängen sind nicht immer möglich; bei allenfalls störenden Differenzen (ab ca. 5-10mm) kann am einfachsten eine Ferseneinlage helfen.
- Da die Sehnen und Muskeln nicht abgelöst werden, ist ein Hinken sehr selten. Zur Vermeidung einer Überlastung der Sehnenansätze ist die 6-wöchige Stockentlastung auf der Strasse trotzdem wichtig.
- Manche Muskeln neigen postoperativ zu Kalkeinlagerungen. Die Prophylaxe besteht in der mindestens 2-wöchigen Gabe eines sog. NSAID (z.B. Tilur, Brufen, Voltaren, Ponstan, resp. deren Generica)
- Durch die Implantation kann es zu Knochenbrüchen kommen, was je nach Lokalisation und Ausmass zu einer Erweiterung des Eingriffs oder zur Reoperation führen kann (Verdrahtung/Verschraubung). Folge davon ist häufig eine Reduzierung der Belastung nach der Operation.
- Auch ein künstliches Gelenk ist dem Verschleiss unterworfen. In der Regel kann von einer Haltedauer von 15, manchmal gar 20 Jahren ausgegangen werden. Je nach Beanspruchung oder Knochenbeschaffenheit kann es jedoch auch früher zu Abnützungen oder Lockerungen kommen. Regelmässige Röntgenspätkontrollen ca. alle 5 Jahre sind deshalb empfehlenswert und erleichtern das rechtzeitige Erkennen. Je nach Befund können/müssen einzelne Teile oder die ganze Prothese ausgetauscht werden.
- Schleichende oder akute Infekte können Revisionseingriffe und u. U. lang dauernde Antibiotikagaben bedingen.

Anästhesie / Narkoseverfahren

Meist erfolgt der Eingriff in Teilanästhesie. Das Anästhesieteam wird die üblichen Verfahren mit all ihren Möglichkeiten und Risiken vor dem Eingriff besprechen.

Rechtliches

Bei allfälligen rechtlichen Auseinandersetzungen gilt Schweizerisches Recht. Gerichtsstand ist Basel.

Besonderes

(z.B. bekannte Leiden(Herzprobleme, Blutverdünnung, durchgemachte Thrombosen und Lungenembolien), Risikofaktoren, Allergien (Metall, Nickel, Antibiotika, Desinfektionsmittel, Jod usw.), welche Einfluss auf Operation und Verlauf haben können)

.....
.....

Spezielle Fragen

.....
.....

Nach persönlicher und umfassender Aufklärung sowie Beantwortung meiner zusätzlichen Fragen erkläre ich mich mit dem vorgesehenen Eingriff und den damit verbundenen Abklärungs-Untersuchungen und Labortests einverstanden. Ebenso gebe ich die Einwilligung, bei entsprechender Notwendigkeit, das geplante Vorgehen zu ändern oder den Eingriff zu erweitern.

Das Aufklärungsgespräch fand statt am (in Anwesenheit von

.....
Unterschrift Patient/Patientin	Unterschrift Arzt