



Gelenkendoprothesen bei Rheuma

5. Auflage

Besteht eine chronische Erkrankung des rheumatischen Formenkreises, zum Beispiel eine Arthrose oder eine rheumatoide Arthritis, mit Befall der Gelenke über Monate und Jahre, geht damit meist eine erhebliche Minderung der Lebensqualität einher.

Unter bestimmten Voraussetzungen kann es dann sinnvoll oder sogar notwendig sein, befallene Gelenke, Sehnen oder Schleimbeutel zu operieren. Sehr viele Gelenke lassen sich zuletzt bei einer völligen Zerstörung mit einem schmerzhaften Funktionsdefizit durch eine Prothese ersetzen. Diese Möglichkeit besteht grundsätzlich an der Hüfte, dem Knie, dem oberen Sprunggelenk, der Schulter, dem Ellenbogen, dem Handgelenk und an bestimmten kleineren Gelenken an Fingern und dem Großzeh. Der Einsatz eines künstlichen Gelenks (Endoprothese) kann Schmerzen und Bewegungseinschränkungen mindern und dabei die Beweglichkeit, die Funktionen im täglichen Leben und/oder die soziale Mobilität erhalten.

Die Entscheidung für eine solche Operation fällt nicht immer leicht. Was im Vorfeld und nach dem Gelenkersatz zu beachten ist, darüber informiert dieses Merkblatt.

im Oberschenkelknochen verankerte künstliche Metallschaft mit einem Schaft-Aufsatz in Form einer Kugel. Man unterscheidet zementierte von zementfreien Fixationstechniken der Kunstgelenkanteile. In Abhängigkeit vom Alter der Patienten und dem jeweiligen Implantationsort werden die geeigneten Fixationsformen ausgewählt.

Für Hüft- und Kniegelenkprothesen kann heute eine durchschnittliche Haltbarkeit von 20 bis 25 Jahren angenommen werden, in Einzelfällen können Lockerungen aber auch schon nach wenigen Jahren auftreten. Dann kommen die Verfahren der Revisionsendoprothetik zum Einsatz. Pro Jahr werden in Deutschland mehr als 400.000 Menschen mit Hüft- und Knie-Endoprothesen versorgt.

Knie

Die häufige degenerative („Gonarthrose“) oder rheumatische knöcherner Zerstörung des Kniegelenks ist eine Erkrankung, die sich durch Schmerzen, Bewegungseinschränkungen und Problemen bei den täglichen Aktivitäten, zum Beispiel beim Laufen, äußert. Bevor über eine Operation mit dem Einsatz eines künstlichen Kniegelenks (wie auch an allen anderen Gelenken) nachgedacht wird, sollten unter anderem folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

1. Schmerzen bestehen schon seit ca. sechs Monaten. Sie sind mehrfach wöchentlich oder sogar dauerhaft vorhanden.
2. Die Schädigung des Kniegelenks ist im Röntgenbild erkennbar.
3. Andere Therapiemaßnahmen wie Medikamente und Krankengymnastik zeigen über einen Zeitraum von mehr als drei Monaten keine ausreichende Wirkung mehr.
4. Die Zerstörung der Kniestrukturen ist so weit fortgeschritten, dass das tägliche Leben und die Lebensqualität des Betroffenen extrem beeinträchtigt sind.

In den frühen Erkrankungsstadien bei einer aktivierten Situation mit entzündlichen Symptomen können am Kniegelenk eventuell noch gelenkerhaltende operative Eingriffe empfohlen werden, zum Beispiel eine Spiegelung mit einer „Gelenktoilette“.

Lindern medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapien die Beschwerden zuletzt nicht mehr ausreichend und ist die Lebensqualität extrem eingeschränkt sowie der klinische und radiologische Befund weit fortgeschritten, bleibt nur noch der prothetische Ersatz. Die

Was ist eine Gelenkendoprothese?

„Endo“ heißt „innen“. Eine Endoprothese wird also im Körper in einem Gelenk verankert - im Gegensatz zu einer Exoprothese, zum Beispiel eine Beinprothese nach einer Amputation. Endoprothesen stehen für nahezu alle Gelenke zur Verfügung.

Für die unterschiedlichen Gelenke gibt es verschiedene Designs, Materialien und operative Versorgungs-„Philosophien“. Im Zuge wissenschaftlicher Erkenntnisse unterliegen sie im Laufe der Zeit gewissen Modifikationen. Im Aufklärungsgespräch gibt der orthopädische Rheumatologe bzw. ein operierender Orthopäde Auskunft über die am besten geeignete Variante, unter Berücksichtigung der vorliegenden Erkrankung, des Grades der Gelenkzerstörung und der individuellen allgemeinen Gegebenheiten eines Betroffenen.

Verwendet werden heute hochwertige unterschiedliche Metalllegierungen. Ein gewisses Grundprinzip von Endoprothesen an allen „Einsatzorten“ besteht in dem Ersatz der beiden knöchernen Anteile mit einem dazwischengeschalteten hoch belastungsfähigen Polyäthylen-Inlay. Am Beispiel der Hüfte wären das zum Beispiel eine künstliche Hüft-Pfanne, das Pfannen-Inlay und der

Implantation einer Knie-Totalendoprothese (Knie-TEP) ist einer der häufigsten endoprothetischen Eingriffe in Deutschland.

Weitere Informationen gibt es in der „Leitlinie Indikation Knieendoprothese“.

www.rheuma-liga.de/leitlinie

Hüfte

Wie bei der Zerstörung anderer Gelenke auch, ist am Hüftgelenk im Falle eines degenerativen („Coxarthrose“; Coxa = Hüfte) oder rheumatischen Verschleißes der Schmerz das entscheidende Symptom. In einer aktivierten Situation, bei noch einigermaßen erhaltenen Gelenkpartnern und Beweglichkeit, kommen erst die Möglichkeiten einer konservativen Therapie zum Einsatz. Nur ausnahmsweise, in sehr frühen Stadien oder bei ganz bestimmten Erkrankungen können am Hüftgelenk noch gelenkerhaltende operative Eingriffe empfohlen werden. Lindern medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapien die Beschwerden zuletzt nicht mehr ausreichend und ist die Lebensqualität extrem eingeschränkt sowie der klinische und radiologische Befund weit fortgeschritten, bleibt nur noch der prothetische Ersatz. Die Implantation einer Hüft-Totalendoprothese (Hüft-TEP) ist der häufigste endoprothetische Eingriff in Deutschland.

Weitere Informationen gibt es in der „Leitlinie Indikation Hüftendoprothese“.

www.rheuma-liga.de/leitlinie

Schulter

Mehr als 50 Prozent der Patientinnen und Patienten mit einer rheumatischen Erkrankung bekommen im Krankheitsverlauf Probleme mit der Schulter. Viele Betroffene werden selbst erst relativ spät darauf aufmerksam. Nicht selten zeigen sich entsprechende Probleme, wenn bereits knochen- und/oder weichteilzerstörende Prozesse vorhanden sind. Eine frühzeitige Erkennung gelingt über eine klinische Untersuchung mit einer Ultraschall- und Röntgenkontrolle sowie einer Magnetresonanztomografie.

In frühen knöchernen Zerstörungsstadien mit Schultergelenkentzündungen, bei noch einigermaßen erhaltenen Muskel- und Knorpelstrukturen, kann (wie am Knie) eine Gelenkspiegelung („Arthroskopie“) mit einer Schleimhautentfernung („Synovialektomie“), gefolgt von einer Radiosynoviorthese (RSO; Infiltration einer radioaktiven Substanz zum Veröden der Entzündung), helfen. Darunter versteht man die operative Entfernung der entzündeten Gelenkinnenhaut. Wenn die Erkrankung weiter fortschreitet und Knochen-, Knorpeloberflächen sowie die Schultermuskeln („Rotatorenmanschette“) immer mehr zerstört, ermöglicht der Einbau einer Endoprothese eine gewisse Beweglichkeit bei möglichst geringen Schmerzen.

Im Endstadium der knöchernen rheumatischen Schultergelenkdestruktion, vor allem bei ausgedehnten Defekten der Schultermuskeln, kann der orthopädische Rheumatologe oder ein versierter Schulteroperateur mit Kenntnissen der Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises die Implantation einer inversen Schultergelenk-Endoprothese anbieten. „Invers“ bedeutet

„umgekehrt“: Normalerweise trägt das Schulterblatt die Gelenkpfanne und der Oberarm den Gelenkkopf. Diese Positionen werden bei inversen Prothesen vertauscht und damit nach der OP eine recht gute Armbeweglichkeit gewährleistet.

Gelenkersatz – ja oder nein?

Der Endoprotheseneinbau kann bei fast allen Gelenkerkrankungen genutzt werden – außer bei Betroffenen mit extrem schlechter Knochenqualität, eitrigen Entzündungen oder bei hochgradigen Begleiterkrankungen. Es ist in jedem Fall wichtig, dass Sie mit Ihrem Operateur besprechen, was Sie von einem solchen Eingriff erwarten. Folgende Fragen sollten Sie sich vor der Entscheidung für oder gegen eine solche Operation stellen:

- Wie stark bin ich bereits beeinträchtigt? Ist mein Aktionsradius durch meine Erkrankung eingeschränkt?
- Habe ich mich der Erkrankung bereits angepasst, indem ich auf körperliche Aktivität und soziale Teilhabe verzichte?
- Welche Verbesserung kann durch die Operation erreicht werden? Lässt sich die Lebensqualität wieder verbessern?
- Welche Zukunftspläne bestehen? Was soll durch eine Operation wieder möglich werden?
- Besteht die Gefahr, durch die rheumatische oder die degenerative (Arthrose) Erkrankung von anderen abhängig zu werden?

Im Gespräch mit dem Operateur sollten Sie deshalb unter anderem folgende Fragen klären:

- Welche Operationsrisiken gibt es?
- Gibt es Begleiterkrankungen, die das Operationsrisiko deutlich ansteigen lassen, zum Beispiel Diabetes mellitus, schwere Osteoporose und viele mehr?
- Sollen bestimmte Medikamente wie Immunsuppressiva um die OP herum abgesetzt werden? Wenn ja, wie lange?
- Könnten zu einem späteren Zeitpunkt weitere Operationen drohen?
- Mit welchen Einschränkungen ist nach einer Endoprothesen-Operation zu rechnen?
- Bestehen Erkrankungen, die sich durch diese Operation eventuell auch wieder bessern können, zum Beispiel eine Blutzuckerkrankheit bei einer Verbesserung der Beweglichkeit?
- Empfiehlt sich die Spende von Eigenblut vor der Operation?
- Wie lange muss ich im Krankenhaus bleiben?
- Wie sieht die Nachbehandlung aus? Kommt eine Anschluss-Heilbehandlung (AHB) nach der OP in Frage?

Wenn Sie vor einer geplanten Endoprothesen-Operation unsicher sind, sollten Sie mit einem zweiten Arzt sprechen. Die Krankenkassen nennen das „Zweitmeinung“. Die meisten übernehmen die Kosten dafür. Fragen Sie am besten bei Ihrer Krankenkasse nach.



Die Kliniksuche

Der Vorteil einer planbaren Operation ist, dass sich Patientinnen und Patienten die Klinik aussuchen können. Ihr Hausarzt und/oder der behandelnde Orthopäde werden Ihnen sagen können, wo Endoprothesen-Eingriffe in Ihrer Nähe mit der erforderlichen Routine durchgeführt werden.

Je nach Erkrankung lohnt es sich zudem, Kliniken zu suchen, die eine bestimmte Zertifizierung haben. Speziell in Bezug auf einen geplanten Gelenkersatz an den großen Gelenken (Hüfte/Knie) ist die von der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) begründete Zertifizierung mit dem Namen EndoCert von hoher Bedeutung. In mehreren Schritten werden Kliniken entweder zu EndoProthetik-Zentren oder zu EndoProthetikZentren der Maximalversorgung zertifiziert.

www.endocert.de

Auch die Deutsche Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh) hat eine besondere Klinik-Zertifizierung entwickelt, da die chirurgische Versorgung von entzündlich-rheumatischen Erkrankungen an den Gelenken und der Wirbelsäule eine besondere Expertise erfordert.

www.dgorh.de/zertifizierung

Ob Experten für entzündlich-rheumatische Erkrankungen in einer der in Frage kommenden Kliniken arbeiten und welche Therapiebereiche dort abgedeckt werden, kann zusätzlich über die Versorgungslandkarte der Deutschen Rheuma-Liga abgerufen werden.

www.versorgungslandkarte.de

Wie läuft die Endoprotheseneinbau-Operation ab?

Mit dem Operateur können Sie den konkreten organisatorischen Ablauf besprechen. Dieser informiert Sie auch über alle nach der Operation vorgesehenen Schritte, wie eine Anschlussheilbehandlung, konkrete Verhaltensweisen zuhause, Thromboseprophylaxe, Termine für die Entfernung des Nahtmaterials, notwendige Röntgenkontrollen und weiteres.

Die Implantation einer Endoprothese dauert an praktisch allen Gelenken meist kaum mehr als 90 Minuten. Der Patient profitiert dabei für die Schmerzfreiheit entweder von einer Vollnarkose oder er kann sich für eine „Rückenmark- oder eine Armnarkose“, ggf. unter Beruhigungsmitteln, entscheiden.

Welche Risiken gibt es bei einer Operation?

Es bestehen die allgemeinen Komplikationsmöglichkeiten von Operationen. Bei Menschen mit rheumatischen Erkrankungen kommen die erhöhte Infektionsgefahr im OP-Gebiet durch die gestörten immunologischen Prozesse und die besondere Medikation, die empfindliche

re Haut (Kortison) sowie die Gefahren der häufig verminderten Knochendichte, aber auch die der Anämie („Blutarmut“) hinzu.

Besonders nach Eingriffen an den Beinen besteht das Risiko einer Thrombose.

Selten neigen Patienten Wochen und Monate nach Endoprothesen-Operationen zu Verknöcherungen, die gelegentlich zu Bewegungseinschränkungen der versorgten Gelenke führen können.

Eine weitere mögliche Komplikation ist das Herausspringen einer Prothese (Prothesenluxation) an bestimmten Gelenken, zum Beispiel der Hüfte.

Lagerungsbedingt kann es im Rahmen von Operationen zu Nervendruckschäden kommen, die zu Empfindungsbeeinträchtigungen und vorübergehenden Teillähmungen führen können und sich meist über einige Wochen oder Monate zurückbilden.

Der Operateur informiert über allgemeine und spezielle Komplikationsmöglichkeiten bei allen Eingriffen.

Reha – ambulant oder stationär?

Nach einer von den Kassen vorgesehenen Operation, zum Beispiel Hüft- oder Knie-TEP, unterstützt eine stationäre Anschlussrehabilitation/Anschlussheilbehandlung die Gesundheit und den Wiedereinstieg in den Alltag. Solche Rehabilitationsmaßnahmen sollten maximal 14 Tage nach der operativen Versorgung beginnen.

Eine ambulante Rehabilitation in einer Therapieeinrichtung oder Reha-Klinik empfiehlt sich (in Abhängigkeit von dem jeweilig versorgten Gelenk) bei guter Beweglichkeit und früher Belastbarkeit. Dabei sollten die häuslichen Umstände günstig sein: Wenig Treppen, helfende Angehörige, Krankengymnastik in der Nähe usw.

Weitere Informationen finden Sie im Merkblatt „Rehabilitation bei rheumatischen Erkrankungen“ und auf der Internetseite der Deutschen Rheuma-Liga.

www.rheuma-liga.de/reha

Leben mit einer Endoprothese

Nach der Operation sind Patientinnen und Patienten, die sich noch im Arbeitsleben befinden, meistens noch bis zur zwölften Woche krankgeschrieben. So lange dauert es üblicherweise, bis eine Prothese fest in den Knochen integriert ist. In dieser Zeit sollten zum Beispiel Hüftprothesenpatienten nachts noch auf dem Rücken liegen oder mit einem Spreizkissen schlafen und das operierte Bein wegen der Tendenz zu Beinschwellungen hochlegen.

Nach der Rehabilitation brauchen einige Hüft- oder Knieprothesenpatientinnen und -patienten auf längeren Strecken noch Gehstützen, nur wenige Patienten benötigen noch länger Krankengymnastik.

Vermeiden Sie anfangs langes Sitzen. Hüftprothesenpatienten sollten die Beine nicht übereinanderschlagen, Patienten mit Knieprothesen sollten das Bücken und Knien vermeiden. Bis zur zwölften Woche nach einer

Hüftoperation bestehen für Frauen und Männer Einschränkungen beim Geschlechtsverkehr. Stellungen in Rückenlage und stark gebeugte Hüftgelenke sollten gemieden werden.

Nach drei Monaten bestehen im Allgemeinen keine nennenswerten Einschränkungen mehr, mit Ausnahme sehr starker Hüft- oder Kniebeugung. Dauerhaft können manche Bewegungseinschränkungen, zum Beispiel beim Beugen, verbleiben.

Prothese und Beruf

Drei Monate nach der Operation kann die Berufstätigkeit wieder aufgenommen werden. Die meisten Gelenkprotheseneingriffe sind allerdings kaum vereinbar mit Berufen, die eine schwere körperliche Arbeit beinhalten. Das Heben und Tragen von Gegenständen sollte gelenkabhängig stark begrenzt werden. Anhaltendes Bücken und Knien kommt bei Eingriffen an den Beinen sinnvollerweise ebenfalls nicht in Frage.

Prothese und Sport

Innerhalb des ersten Jahres nach der Implantation ist Schwimmen, Wandern und Radfahren zu empfehlen, danach auch Joggen auf weichem Untergrund. Viele andere Sportarten, insbesondere Ball- und Kontaktsportarten, sind für Prothesen-Patienten eher ungeeignet. Zu wenig Bewegung kann jedoch genauso zum vorzeitigen Auslockern einer Prothese führen wie zu viel. Patienten, die bereits einen Prothesenwechsel oder gar eine Infektion hinter sich haben, sollten, mit Ausnahme von Wandern, vorsichtigem Nordic Walking, Heimtrainerfahrradfahren, Spaziergänge, vorsichtigem (TEP-adaptiertem) Krafttraining, keinen belastenden Sport treiben.

Regeln für Prothesenträger

Gelenkprothesen bedeuten keine „gesunden“ Gelenke!

- Alltagsverrichtungen, einschließlich einiger Sportarten sind möglich (Beratung durch den Operateur).
- Extreme Hockstellungen sollten Menschen mit Hüftprothesen meiden.
- Belastungsspitzen sollten einem operierten Gelenk (vor allem an den Beinen) nicht zugemutet werden.
- Bei eitrigen Infekten (Hals-, Blasenentzündung) ggf. an die Einnahme von Antibiotika denken, weil sich bei solchen Infekten Bakterien/Pilze an den Metallen der Prothese absetzen können.
- Der Prothesenpass sollte immer mitgeführt werden.
- Achtung bei Nässe und Glätte! Stürze können zu komplizierten Brüchen führen.
- Bei unklaren Schmerzen in einem Bein sollten dort implantierte Gelenkprothesen durch den behandelnden Orthopäden auf eine Lockerung geprüft werden.
- Regelmäßige Kontrollen durch Ärzte der operierenden Klinik oder durch den betreuenden Orthopäden einhalten.

Fachliche Beratung: Prof. Dr. Dr. Stefan Rehart, Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Agaplesion Markus Krankenhaus Frankfurt am Main, Dr. Jürgen Clausen, Referent Forschung bei der Deutschen Rheuma-Liga
Expertin aus Betroffenenicht: Ute Garske, Vorstandsmitglied Deutsche Rheuma-Liga Hamburg e.V.

Bei allen Bezeichnungen, die sich auf Personen beziehen, haben wir aus Gründen der leichteren Lesbarkeit die männliche Form gewählt. Mit der gewählten Formulierung sprechen wir aber ausdrücklich alle Geschlechter an.

Mit freundlicher Unterstützung von



Die Rheuma-Liga ist die größte Gemeinschaft und Interessenvertretung rheumakranker Menschen in Deutschland. Wir informieren und beraten fachkompetent und frei von kommerziellen Interessen. Weitere Informationen:

Info-Hotline 0800 6002525

Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V.
www.bechterew.de • Telefon 09721 22033

Lupus Erythematodes Selbsthilfegemeinschaft e.V.
www.lupus.rheumanet.org • Telefon 0202 4968797

Sklerodermie Selbsthilfe e.V.
www.sklerodermie-sh.de • Telefon 07131 3902425

Herausgeber:

Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.
Welschnonnenstraße 7 • 53111 Bonn

www.rheuma-liga.de • E-Mail: bv@rheuma-liga.de

5. Auflage 2022
Drucknummer: MB 6.11/BV/12/2022

