



Patientenbroschüre

Das künstliche Hüftgelenk

Leben mit einem künstlichen
Hüftgelenkersatz (Hüftendoprothese)

Verfasser:
Dr. med. S. Besser (Orthopäde)
P. Müller (Physiotherapeut)
W. Bureck (Ergotherapeut)



In Zusammenarbeit mit der Klinik für Orthopädie und Traumatologie, unter der Leitung von Chefarzt Dr. med. F. Horst sowie der Abteilung für Rheumaorthopädie unter der Leitung von Chefarzt Dr. med. L. Bause

St. Josef-Stift Sendenhorst
Orthopädische Kliniken
Nordwestdeutsches Rheumazentrum
Endoprothesenzentrum Münsterland
Westtor 7, 48324 Sendenhorst
Telefon: 0 25 26/300-0
Telefax: 0 25 26/300-1010
E-mail: info@st-josef-stift.de
Internet: www.st-josef-stift.de

2. Auflage September 2009

Vorwort	3
Das gesunde Hüftgelenk	4
Gründe (Indikationen) für einen künstlichen Hüftersatz	5
Art der Befestigung der Hüftendoprothese	5
Operationstechnik	6
Verwendete Werkstoffe	7
Die Bewegungen der gesunden Hüfte	8
Allgemeine Richtlinien für die Bewegung der operierten Hüfte	10
- Die ideale Sitzposition	11
- Falsche Sitzpositionen	11
- Die ideale aufrechte Haltung	13
- Die idealen Bewegungsabläufe	13
- Schlafen und Aufstehen	14
- Körperpflege	16
- Ankleiden	18
- Gegenstände tragen	19
- Gegenstände aufheben	19
- Treppen steigen	20
- Treppen hinuntergehen	21
- Ins Auto ein- und aussteigen	22
- Partnerschaft	22
Allgemeines	24
Gefahrenpunkte im Bereich der Hüfte	25
Zusammenfassung der häufigsten Tätigkeiten mit Hinweisen für richtiges Verhalten	26



**Sehr geehrte, liebe Patientin,
sehr geehrter, lieber Patient,**

wie sehr eine chronische Erkrankung des Hüftgelenkes die Mobilität eines Menschen im Alltag einschränkt und die Lebensqualität sinken lässt, haben Sie in der Vergangenheit leidvoll erfahren müssen. Sollten Sie einen Schenkelhalsbruch erlitten haben, so mussten Sie gar den akuten Verlust der Gehfähigkeit hinnehmen. Wenn die Möglichkeiten einer gelenkerhaltenden Therapie nicht mehr ausreichend wirksam sind oder gar nicht erst aussichtsreich erscheinen, so kann man heutzutage in vielen Fällen mit dem Einsatz eines künstlichen Hüftgelenkes (Endoprothese) neue Lebensqualität gewinnen.

Mit der minimal-invasiven Implantation bietet das St. Josef-Stift ein innovatives und im Haus bereits bewährtes Operationsverfahren an. Die guten Erfahrungen zeigen, dass diese Operationsmethode für den Patienten besonders schonend ist und ihm zugleich ein rasches Wiedererlangen der schmerzfreien Beweglichkeit ermöglicht.

Sicherlich haben Sie von Ihrem Arzt schon einige Informationen zu Ihrem neuen Hüftgelenk erhalten. Die vorliegende Broschüre soll Ihnen die Gelegenheit geben, ohne die Anspannung einer bevorstehenden Operation diese Informationen in aller Ruhe und eingehend zu vertiefen. Das neue Hüftgelenk soll Ihnen wieder Schmerzfreiheit, Beweglichkeit und neue Lebensfreude geben. Sie sollten jedoch wissen, dass das Kunstgelenk seinem Träger trotzdem eine gewisse Rücksichtnahme im Alltag, unter Umständen auch Einschränkungen der Aktivität abverlangt. Ein falsches Verhalten kann eine unmittelbare Gefahr bedeuten, indem es beispielsweise zu einem Ausrenken der Prothese kommen kann. Auf der anderen Seite können ein angemessener Umgang mit dem Kunstgelenk und die Vermeidung einer Überbelastung die Langlebigkeit des Kunstgelenkes begünstigen. Wenn Sie den Leitfaden, den Sie jetzt in Händen halten, sorgfältig durchlesen, so dürfte Ihnen das richtige Alltagsverhalten sicher nicht schwerfallen. Wie Sie sehen werden, gelten einige der Vorsichtsmaßnahmen, die wir Ihnen empfehlen, nur für einen begrenzten Zeitraum nach der Operation, andere sollten auf Dauer berücksichtigt werden. Die folgende Broschüre soll Ihnen in dieser Hinsicht nur allgemeine Tipps geben. Von besonderer Bedeutung für Sie persönlich sind die Hinweise, die Ihnen Ihr Therapeut gibt, da er Ihre individuelle Situation berücksichtigt.

Noch ein wichtiger Hinweis: Werden und bleiben Sie aktiv, aber lassen Sie dabei Vorsicht walten, dann werden Sie Ihre wiedergewonnene Gehfähigkeit besonders lange genießen können.

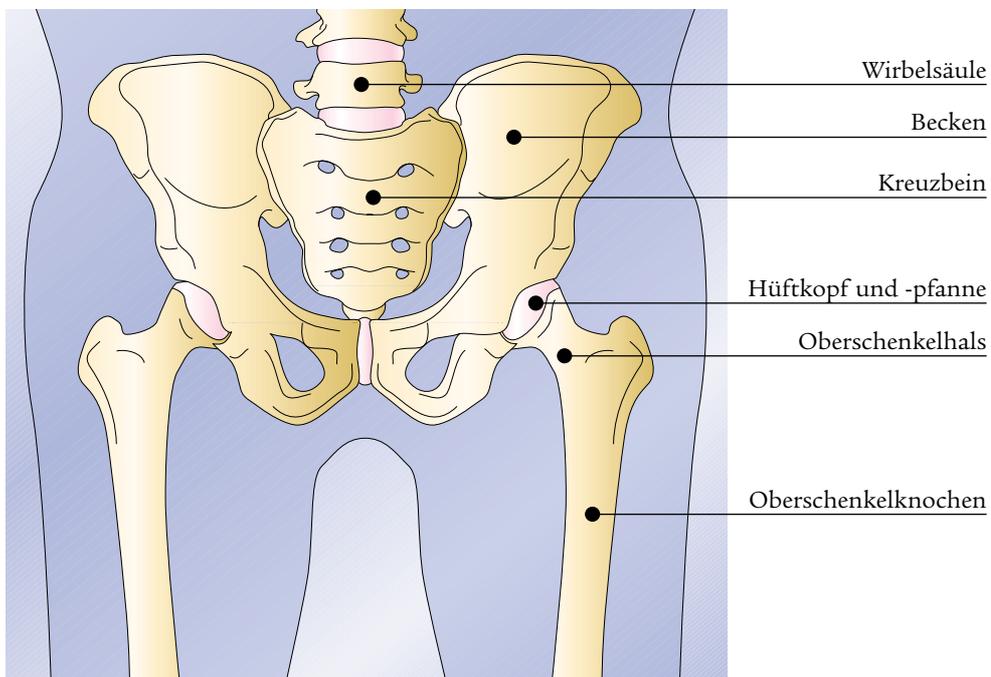
Wir hoffen, Ihnen mit der hier vorliegenden Broschüre wertvolle Hilfestellung geben zu können.

Dr. med. F. Horst

Dr. med. L. Bause

Das gesunde Hüftgelenk

Das Hüftgelenk, das ein Kugelgelenk darstellt, bildet die Verbindung zwischen Rumpf und Bein. Es wird aus dem Hüftkopf, dem obersten Teil des Oberschenkelknochens, und der Hüftpfanne gebildet, welche ein Teil des Beckenknochens ist. Beide Anteile des Hüftgelenks sind an den Kontaktstellen mit einer Knorpelschicht überzogen. Das Gelenk selbst ist von einer Kapsel umgeben. Im Gelenkzwischenraum, dem Gelenkspalt, befindet sich die „Gelenkschmiere“, auch Synovialflüssigkeit genannt. Sie sorgt während jeder Bewegung für ein reibungsloses Gleiten des Hüftkopfes in der Hüftpfanne.



Skizze eines Hüftgelenks



Gründe (Indikationen) für einen künstlichen Hüftersatz

Eine Hüftendoprothese (HEP) wird immer dann notwendig, wenn auf Grund einer Gelenkzerstörung die Beweglichkeit eingeschränkt und schmerzhaft ist und dadurch die Lebensqualität beeinträchtigt ist. Dieser Umstand kann unter anderem bei folgenden Krankheiten auftreten:

- Verschleißkrankheit des Hüftgelenks (Idiopathische Coxarthrose), deren Ursache nicht bekannt ist.
- Erkrankungen der hüftnahen Knorpel/ Knochen, die zu einer Zerstörung des Hüftgelenks führen (z. B. Hüftkopfnekrose).
- Erkrankungen der Gelenkinnenhaut mit Übergreifen auf den Hüftgelenkknorpel und/oder Hüftgelenkknochen (z. B. rheumatoide Arthritis).
- Vorzeitiger Hüftgelenkverschleiß auf Grund einer Fehlanlage des eigentlichen Hüftgelenks (z. B. Hüftdysplasie).
- Erkrankungen des Gelenks in der Kindheit und Jugend, die zu einer Deformierung des Knochens und vorzeitigem Verschleiß führen.
- Folgen eines Schenkelhalsbruches oder anderer Verletzungen.
- Impingement: Anschlagen des Schenkelhalses an der knorpeligen Gelenkklappe, welche die Gelenkfläche vergrößert, dem sogenannten Labrum.

Art der Hüftendoprothese bzw. des operativen Zugangs

- 1) **Vorderer seitlicher (anterolateraler) Zugang nach Bauer**
- 2) **Hinterer (Dorsaler) Zugang**
- 3) **Minimal-invasiver (anterolateraler) Zugang**

Art der Befestigung der Hüftendoprothese

a) Zementfreies System

Sämtliche Komponenten des künstlichen Hüftgelenks werden ohne zusätzliche Verbundstoffe (Knochenzement) sowohl in den Beckenknochen als auch Oberschenkelknochen eingebracht. Die Metallteile wachsen dann in den Knochen ein.

b) Teilzementiertes System

Entweder wird der Oberschenkelanteil zementiert eingebracht und der Pfannenanteil in den Beckenknochen ohne Zement verankert oder umgekehrt.

c) Vollzementiertes System

Sowohl der Pfannen- als auch der Schaftanteil werden im Becken bzw. Oberschenkelknochen einzementiert. Die Entscheidung, ob zementfrei, teilzementiert oder vollzementiert, hängt von mehreren Faktoren ab. Der wichtigste ist die Beschaffenheit des Knochens, d. h. bei festen Knochenverhältnissen bieten sich zementfreie Systeme an, bei biologisch älteren Knochen findet häufiger die zementierte Verankerung Anwendung.

Operationstechnik

Um die Hüftendoprothesen in die dafür vorgesehenen Anteile des Knochens (Beckenknochen/Oberschenkelknochen) einzubringen, ist es notwendig, sich einen operativen Zugang zur Hüfte zu verschaffen.

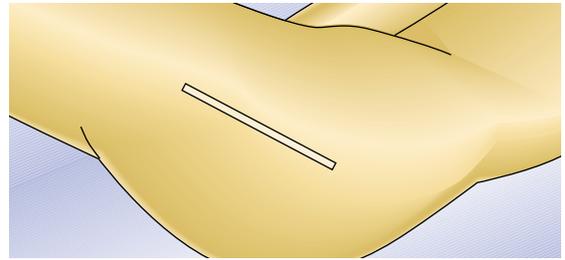
Dies kann man auf mehreren Wegen tun. Es gibt sogenannte Zugänge, die den Operationsweg bis zum eigentlichen Hüftgelenk beschreiben. Auf die Hüfte kann man von vorne, von der Seite und von hinten zugehen.

Auf dem Operationsweg zum eigentlichen Hüftgelenk muss der Operateur Weichteilgewebe sowie Muskulatur in der Regel spalten oder durchtrennen. Je nachdem kann an dieser Stelle eine Schwächung des Halteapparates des Hüftgelenks entstehen. Deshalb ist es wichtig, nach der Operation Bewegungen zu vermeiden, die diese Schwachstelle vermehrt unter Spannung setzen und zu einer Hüftluxation (Herausspringen der Hüftkugel aus der Hüftpfanne) führen können.

Im St. Josef-Stift Sendenhorst werden drei verschiedene Zugänge vorgenommen, die nun von der Funktionalität wie folgt beschrieben werden:

1. Der vordere seitliche Zugang (Anterolateraler Zugang)

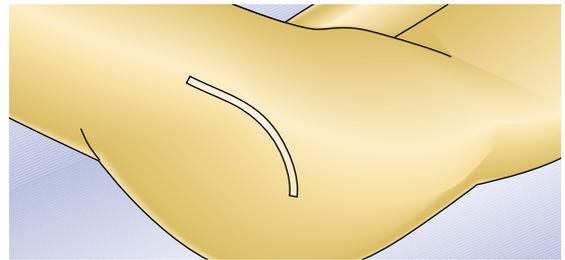
Hier sind keine Streckung über 0° (Extension), Außendrehung (Außenrotation) und kein Heranführen (Adduktion) erlaubt!



Der vordere seitliche Zugang

2. Der hintere Zugang (Dorsaler Zugang)

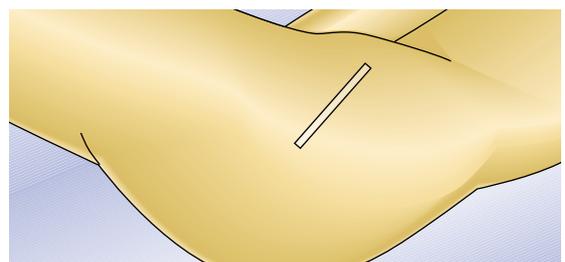
Hier sind keine Innendrehung (Innenrotation) und kein Heranführen (Adduktion), sowie vor allem keine Beugung (Flexion) über einen Winkel von 90° erlaubt!



Der hintere Zugang

3. Der minimal-invasive Zugang (Anterolateraler Zugang)

Dieser Operationszugang ist besonders Gewebe schonend, da dieser Zugang zwischen zwei Muskelbäuchen liegt, sodass eine Ablösung bzw. Durchtrennung eines Muskels nicht notwendig ist. Eine Einschränkung der Beweglichkeit ist nicht erforderlich



Der minimal-invasive Zugang



Eine ausführliche Beschreibung und Bebilderung finden Sie auf den folgenden Seiten dieser Patientenbroschüre.

Nachdem man das Hüftgelenk erreicht hat, wird bei der Operation die ursprüngliche Kapsel des Hüftgelenks teilweise entfernt (beim Minimal-invasiven Zugang bleibt die Kapsel häufig erhalten). Der zerstörte Hüftkopf wird am Schenkelhals abgesägt, danach wird die Hüftgelenkspfanne angefrischt, d. h. mit speziellen Rundfräsen werden Knorpelreste aus dem Pfannenlager herausgenommen und der darunterliegende Knochen angeraut. Dann wird in dieses angefrischte Knochenlager die künstliche Hüftgelenkspfanne eingebracht.

Anschließend wird der Oberschenkelknochen mit speziellen Fräsen verdichtet bzw. aufgefräst, es wird ein Bett für den Schaftteil der Hüftendoprothese vorbereitet. Der Schaft der Hüftendoprothese wird in den Oberschenkelanteil eingestößelt. Als letztes wird auf den Schaft ein modularer Kopf aufgesetzt. Danach wird die ursprüngliche Stellung der Hüfte wieder eingenommen, es artikulieren nun die künstliche Hüftgelenkspfanne mit dem künstlichen Hüftgelenkskopf, der auf dem im Schaft verankerten Prothesenteil sitzt. Nach einer Bewegungsprüfung, durch die sichergestellt wird, dass die Bewegung in den drei Raumebenen möglich ist, werden Drainagen eingelegt und die durchtrennten Weichteile, v. a. die Muskelfaszie, verschlossen. Abschließend wird die Haut genäht oder geklammert.

Verwendete Werkstoffe

Der Schaftanteil der Hüftendoprothesen besteht entweder aus Titan (zementfreie Systeme) oder einer Chrom-Kobalt-Molybdän-Legierung (zementierte Systeme). Der Hüftkopf ist aus Metall (Chrom-Kobalt-Molybdän) oder aus Keramik gefertigt. Die Innenauskleidung der Hüftgelenkspfanne besteht entweder aus hoch vernetztem Polyäthylen, einem abriebsarmen Kunststoff oder aus Keramik. Die künstliche Hüftgelenkspfanne besteht entweder aus Titan (zementfreie Systeme) oder Polyäthylen (zementierte Systeme).



vor der Operation

nach der Operation

Allgemeine Beschreibungen von Bewegungen eines gesunden (noch nicht operierten) Hüftgelenkes

Das Hüftgelenk ist ein Kugelgelenk, das nach vorne und zur Seite ausgerichtet ist und sechs Bewegungsrichtungen zulässt: das Beugen und Strecken, das An- und Abspreizen sowie das Drehen des Beines nach innen und außen. In den meisten Fällen werden diese Bewegungen kombiniert. So wird zum Beispiel beim Sitzen die Hüftpfanne zur Seite und leicht nach vorne gerichtet, sodass sich das Bein beugen lässt. Will man das Bein weit nach hinten strecken, muss zuvor das Becken nach vorne gekippt werden.

Insbesondere bei großen Bewegungsausschlägen müssen sich beide Gelenkpartner bewegen – das Bein und das Becken. Dabei lässt sich die Bewegung des Beins deutlich besser wahrnehmen als die kaum spürbare Bewegung des Beckens.

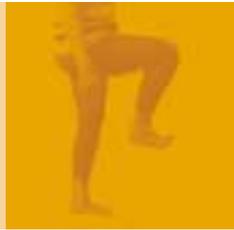
Verschieben sich die Positionen der Hüftpfanne oder des Schenkelhalses, zum Beispiel wenn die Pfanne nach hinten zeigt, wird die Belastung auf das Gelenk nicht gleichmäßig verteilt und es kann schon früh zu einer Abnutzung des Gelenkes führen, der sogenannten Hüftgelenksarthrose. In der Folge kommt es zu Bewegungseinschränkungen, die sich zu allererst bei der Innendrehung bemerkbar machen.



Flexion (Beugung)
des rechten Beins



Adduktion (Heranführen)
des linken Beins



Abduktion (Wegführen)
des linken Beins



Extension (Streckung)
des rechten Beins

Für die Ausführung sämtlicher Bewegungen spielt auch die Muskulatur, genauer gesagt die Koordination der Muskeln, eine bedeutende Rolle. Zum einen liefern sie die Kraft, um die geplante Bewegung überhaupt durchführen zu können, zum anderen sorgen die Muskeln der Gegenrichtung für ein langsames Nachlassen der Spannung, damit die gewünschte Bewegungsrichtung erreicht wird. Erst dieses sensible Zusammenspiel ermöglicht das Ausmaß und die Vielfalt unserer täglichen Bewegungen.



Innenrotation (Innendrehung)
des linken Beins

Allgemeine Richtlinien für die Bewegung der operierten Hüfte beim dorsalen und anterolateralen Zugang
(nicht notwendig bei minimal-invasiv implantierten Hüftendoprothesen)

Die idealen Bewegungsabläufe:

Bewegen Sie sich in den nächsten Wochen bewusst, um nicht durch unkonzentrierte, ruckartige Bewegungen die Hüftprothese auszukugeln. Z. B.: Drehen Sie den Oberkörper nicht gegen die Beine! Füße und Hüfte sollen dabei stets mitgehen.



falscher Bewegungsablauf



idealer Bewegungsablauf





Die ideale Sitzposition:

Die Position des Beckens beim Sitzen sollte stets höher als die Position der Knie sein.

Das operierte Bein soll stets leicht nach vorne stehen.

Stühle mit Armlehnen sind hilfreich beim Aufstehen.

(Benutzen Sie ggf. ein Sitzkeilkissen oder eine Sitzserhöhung.)



ideale Sitzposition

Falsche Sitzpositionen:



Benutzen Sie keine zu niedrigen Sitzmöbel!



Sitzen Sie nicht schräg auf einem Stuhl!

Falsche Sitzpositionen:



Überkreuzen Sie die Beine nicht!



Beugen Sie sich nicht zur Seite oder verdrehen Sie nicht den Oberkörper!



Gehen Sie nicht in die Hocke!



Die ideale aufrechte Haltung:



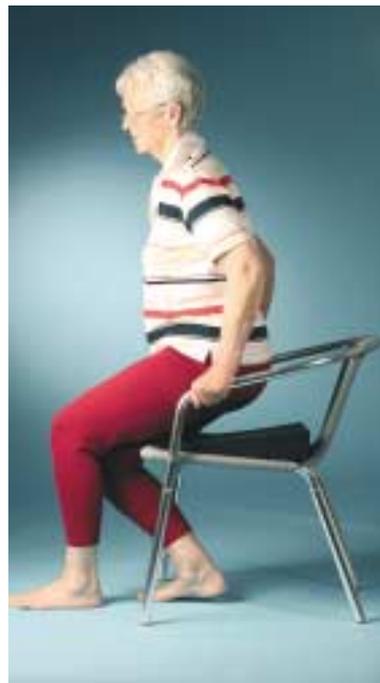
Richtig: Nehmen Sie möglichst eine hüftbreite Stellung der Füße ein und belasten Sie die Beine gleichmäßig!



Falsch: (hier vermehrte Hüftgelenksbelastung des linken Beins)

Der ideale Bewegungsablauf beim Aufstehen:

Aus der soeben beschriebenen Sitzposition bringen Sie sich in den Stand, indem Sie sich mit beiden Händen auf den Armlehnen abstützen. Achten Sie darauf, dass Sie dabei Ihren Oberkörper nicht zu weit nach vorne neigen.



Aufstehen

Schlafen:

Das Bett sollte Ihrer Körpergröße angepasst sein. Wenn Sie sich auf die Bettkante setzen, darf Ihre Hüfte nicht mehr als 90° (rechter Winkel) gebeugt sein. Außerdem ist es wichtig, dass Sie nicht zu weit im Bett sitzen und dass Sie Fußbodenkontakt halten. Eventuell lässt sich das Bett durch „Blox Bettfüße“ (erhältlich in der Ergotherapie) erhöhen oder Sie legen eine zweite Matratze ein.

Grundsätzlich ist das Schlafen auf dem Rücken dem Schlafen auf der Seite vorzuziehen. (Ansonsten dürfen Sie sich anfangs nur auf die operierte Seite legen). Um zu vermeiden, dass Sie während des Schlafes die Beine übereinanderschlagen und damit einer Ausrenkung des Kunstgelenkes Vorschub leisten, können Sie ein dickes Kissen zwischen die Knie legen. Falls ein Kissen nicht ausreichend erscheint, besteht die Möglichkeit, einen Spreizkeil zwischen die Beine zu legen.

Das Schlafengehen:

Stellen Sie sich mit dem Rücken so vor die Bettseite, dass das nicht operierte Bein zum Fußende des Bettes zeigt. Setzen Sie sich am besten auf die Bettkante. Legen Sie Ihren Oberkörper in das Bett und schwingen Sie dabei gleichzeitig Becken und Beine, die leicht abgespreizt sind, ins Bett. Stützen Sie sich auf das nicht operierte Bein, heben Sie das Gesäß an und rutschen Sie dann in die Mitte des Bettes.

Um zu ermöglichen, dass Sie immer über die nicht operierte Seite ins Bett gehen, muss ggf. das Bett umgestellt werden.

Das Aufstehen:

Stützen Sie sich mit dem nicht operierten Bein auf und rutschen Sie mit dem Oberkörper zu der Bettkante (operierte Seite). Anschließend strecken Sie das nicht operierte Bein wieder aus und schieben dann beide Beine parallel in Richtung Bettkante.

Folgende Bewegungen sollten unbedingt in einen harmonischen Bewegungsablauf gebracht werden:

Richten Sie Ihren Oberkörper auf. Bringen Sie dabei dann gleichzeitig Ihr Becken und Ihre Beine (welche wieder leicht abgespreizt gehalten werden) gemeinsam aus dem Bett heraus. Vermeiden Sie den Langsitz!

Ziehen Sie nur feste Schuhe an (Turnschuhe mit Klettverschluss, Slipper etc., keine Badelatschen oder Filzpantoffeln).



Beispiel des Aufstehens mit einer linken Hüftendoprothese:



Aufstehen 1



Aufstehen 2



Aufstehen 3



Aufstehen 4



Aufstehen 5

Körperpflege:

a) Duschen

Grundsätzlich ist zu sagen, dass das Duschen vorteilhafter ist als Baden in der Badewanne, weil Sie beim Duschen in der separaten Duschkabine den hohen Badewannenrand nicht überwinden müssen und keine vermehrte Beugung in der Hüfte ausführen müssen. Legen Sie eine rutschfeste Unterlage in die Dusche. Um das Gleichgewicht halten zu können, sorgen Sie bitte für einen Haltegriff an der Wand. Sie können sich den Einstieg in die Nasszelle erleichtern, indem Sie für einen ebenerdigen Einstieg sorgen. Falls Sie Schwierigkeiten haben, über einen längeren Zeitraum zu stehen, bieten sich Ihnen zwei Möglichkeiten:

1. Sie können einen entsprechend hohen Duschkocker in die Dusche stellen.
2. Lassen Sie sich ggf. einen Duschklapsitz an die Wand montieren.

Duschen ist fünf Tage nach der Operation mit einem Duschpflaster in der Regel möglich.

b) Baden

Eine rutschfeste Unterlage verhindert ein Ausgleiten beim Stehen in der Wanne. Lassen Sie sich zu Ihrer Sicherheit Haltegriffe an die Wand anbringen. Um in die Badewanne zu steigen, setzen Sie sich auf einen stabilen Hocker, der etwas höher ist als der Badewannenrand. Steigen Sie dann zuerst mit dem einem, dann mit dem anderen Bein in die Wanne. Bringen Sie sich in den Stand und wenn Sie während des Duschvorgangs nicht so lange stehen können, setzen Sie sich dann auf ein Badewannenbrett oder einen Wannensitz. Aus Ihrer Badewanne wird so eine Sitzbadewanne.

Gerade in der Anfangszeit auf keinen Fall in die Wanne **hineinsetzen!**



Badewannensitz 1



Badewannensitz 2



c) Am Waschbecken

Stellen Sie Ihren Fuß niemals in das Waschbecken, um sich beispielsweise die Zehen zu waschen!



Zehenputzer

Setzen Sie sich auf einen Hocker. Nehmen Sie eine verlängerte Rückenbürste oder einen verlängerten Schwamm und reinigen Sie sich Ihre Füße, ohne dabei mit dem Oberkörper in Vorlage zu geraten. Sie können Ihre Füße abtrocknen, in dem Sie ein langes Badetuch verwenden.



Füße abtrocknen – langes Badetuch

d) Toilette benutzen

Erhöhen Sie Ihr WC, wenn Sie Ihre Hüfte beim Sitzen über 90° beugen müssen! Sie können entweder einen Toilettenaufsatz verwenden, um dieses Ziel zu erreichen oder Sie lassen Ihre Toilette höher montieren. Auch an der Toilette sind Haltegriffe wichtig.



Toilettenaufsatz

Ankleiden:

Zum Ankleiden setzen Sie sich auf die Bettkante oder auf einen Stuhl. Um Ihre Unterwäsche, Hosen oder Röcke anzuziehen, lassen Sie sich entweder helfen oder verwenden eine Greifhilfe.

Strümpfe können Sie mit einer Strumpfanziehhilfe kinderleicht anziehen.

Tragen Sie zum Laufen festes Schuhwerk. Um nicht die Schnürsenkel zubinden zu müssen, lassen Sie sich entweder helfen oder tauschen Sie normale Schnürsenkel gegen elastische Schnürsenkel aus. Sie können diese in der Ergotherapie erhalten. Als Alternative verwenden Sie Schuhe mit Klettverschluss oder Slipper. Zum An- und Ausziehen der Schuhe verwenden Sie bitte einen langen Schuhlöffel. Badelatschen oder offene Pantoffeln sind ungeeignet.



langer Schuhlöffel



Gegenstände tragen:

Tragen Sie keine schweren (mehr als 20 kg) Gegenstände. Wenn es nötig ist kleine Gewichte zu tragen, tragen Sie die Gegenstände körpernah und am besten auf beide Seiten des Körpers verteilt. Falls es nicht anders möglich ist, wäre es gut, wenn die Gegenstände auf der operierten Seite getragen werden, da hierdurch eine ungünstige Körperspannung vermieden wird. Beachten Sie Stolperfallen (z.B. hohe Türschwellen, Teppichfalten, Elektrokabel etc.)!

Gegenstände aufheben:

Benutzen Sie möglichst eine Greifhilfe, um Gegenstände vom Boden aufzuheben.

Alternative:

Führen Sie das operierte Bein nach hinten. Halten Sie sich, wenn möglich, an einer sicheren Stelle fest und stellen Sie das nicht operierte Bein nach vorne in Schrittstellung.

Achtung: Für Patienten mit einem Minimal-invasiven Zugang gelten die aufgeführten Richtlinien (siehe Seite 23).



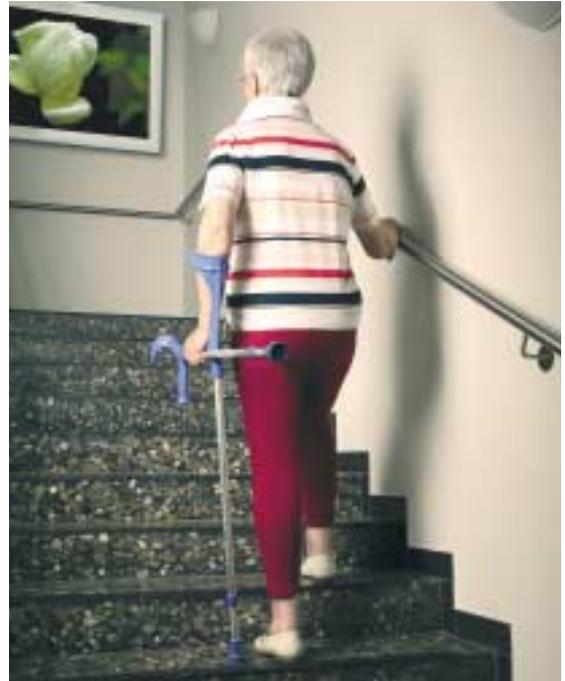
Greifhilfe mit Magnet



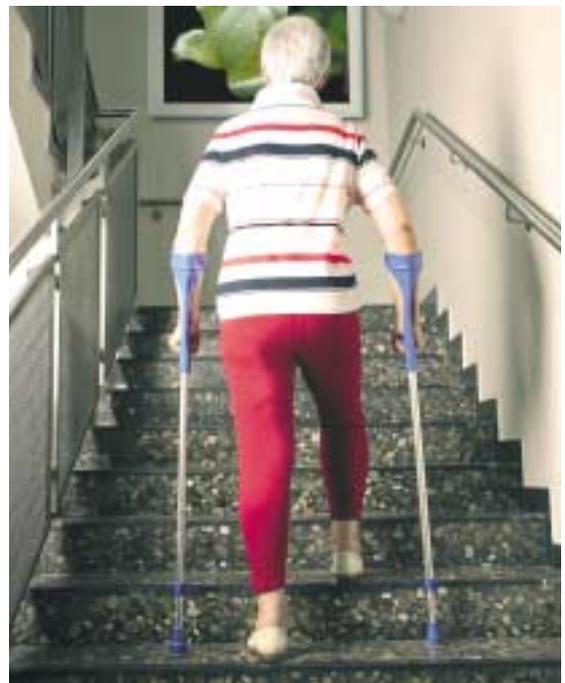
Gegenstände aufheben

Treppe steigen:

Gehen Sie eine Treppe hinauf, indem Sie immer mit dem nicht operierten Bein zuerst beginnen. Mit einer Hand halten Sie sich am Geländer fest und mit der anderen Hand stützen Sie sich auf die Unterarmgehhilfe. Das operierte Bein wird immer von der Unterarmgehhilfe unterstützt. Beide Gehhilfen halten Sie in einer Hand.



Treppen steigen mit Handlauf
(linkes Hüftgelenk operiert)



Treppen steigen ohne Handlauf



Treppe hinuntergehen:

Gehen Sie eine Treppe hinunter, indem Sie immer mit dem operierten Bein zuerst beginnen. Wichtig ist, dass Sie immer gleichzeitig die Stütze mit aufsetzen und dass Sie sich mit der anderen Hand am Geländer festhalten.



Treppe hinuntergehen mit Handlauf
(linkes Hüftgelenk operiert)



Treppe hinuntergehen ohne Handlauf

Ein- und Aussteigen in das Auto:

Lassen Sie sich den Beifahrersitz in die letzte Raste zurückschieben. Ebenfalls sollten Rückenlehne und Sitzfläche, nach Möglichkeit, so eingestellt sein, dass die Hüfte in eine entlastende Position gebracht wird. Legen Sie anderenfalls ein festes (Keil-)Kissen auf den Autositz. Aus versicherungstechnischen Gründen sollte das Kissen nicht lose auf dem Beifahrersitz liegen, sondern mit einem Band oder Klettverschluss befestigt werden. Stellen Sie sich mit dem Rücken zum Sitz und setzen Sie sich langsam hin. Halten Sie sich an der Rückenlehne und/oder am Türrahmen o.ä. fest. Nehmen Sie dabei stets eine entlastende Haltung in der Hüfte ein. Stellen Sie ein Bein nach dem anderen langsam ins Fahrzeug. Hilfreich zum Hineinsetzen ist eine leere Plastiktüte oder ein Drehkissen auf der Sitzfläche, um das Hereindreuen auf den Autositz zu erleichtern.

Partnerschaft:

Hier ist alles erlaubt, wenn Sie auf alle Ratschläge in dieser Broschüre achten.

Ab der 12. Woche nach der Operation können Sie mit anfänglich eingeschränktem Bewegungsmuster Sex haben. Vermeiden Sie dabei stets eine übersteigerte Hüftbeugung (mehr als 90°)! Beim operierten Mann ist die Rückenlage eine empfehlenswerte Körperstellung. Für beide Partner ist auch die Seitlage auf der operierten Seite möglich. Für die Zukunft sollten aber all zu exotische Liebespositionen vermieden werden.



Allgemeine Richtlinien für die Bewegung der operierten Hüfte bei minimal-invasiv implantierten Hüftendoprothesen

Nach der Operation benötigen Sie weder eine Schaumstoffschiene noch ein Keilkissen für die Lagerung. Sie dürfen auf beiden Seiten liegen, falls gewünscht auch auf der frisch operierten Seite. Hierzu kann lediglich ein kleines Kissen zwischen den Kniegelenken für die ersten 2 Wochen benutzt werden.

Noch am Operationsabend dürfen Sie neben dem Bettrand mit Hilfe des Pflegepersonals stehen, sofern es die Kreislaufsituation gestattet.

Das Luxationsmuster (Ausrenkung des künstlichen Hüftkopfes aus der künstlichen Hüftpfanne) liegt in einer Kombination aus Hyperextension (Überstreckung), Adduktion (Heranführen) und Außenrotation (Außendrehung) des operierten Beins. Während der Operation ist eine Luxation des operierten Beins selbst in einem durch die Narkosemittel deutlich Muskel entspannten Zustand nur unter Zuhilfenahme spezieller Instrumente möglich. Daher ist unserer Meinung und Erfahrung nach eine Luxation nach der Operation sehr unwahrscheinlich. Dennoch raten wir zu einer Vermeidung dieser Kombinationsbewegungsrichtung bis sechs Wochen nach der Operation. Diese ist am ehesten mit der Bewegung eines Reiters zu vergleichen, der auf ein Pferd steigt.

Beim Aufheben von Gegenständen empfehlen wir, dies in gewohnter Art und Weise durchzuführen, d. h. in Beugung der beiden Hüftgelenke.

Beim Sitzen benötigen Sie keine Sitzerhöhung. Sie können dies ebenfalls in gewohnter Art und Weise durchführen. Allerdings ist das Einnehmen einer Schneidersitzposition nicht anzuraten.

Das Belastungsschema richtet sich nach der Auswahl der Implantate und wird durch den Operateur festgelegt. Meistens dürfen Sie nach spätestens zwei Wochen voll belasten. Prinzipiell sind die gleichen Implantate einer Hüftendoprothese über den minimal-invasiven Zugang möglich.

Allgemeine Richtlinien für die Bewegung der operierten Hüfte bei minimal-invasiv implantierten Hüftendoprothesen

Allgemeines

- Achten Sie im Haushalt auf Stolperfallen, wie z. B. Kabel, Türschwellen etc.
- Achtung Rutschgefahr bei Teppichläufern, Duschvorlegern, Badewannenvorlegern etc.
- Für länger andauernde Tätigkeiten im Stehen eignet sich eine Stehhilfe.
- Die Lebensdauer eines künstlichen Hüftgelenkes hängt u. a. auch von Ihrem Körpergewicht ab. Eine ausgewogene Ernährung, ggf. zur Gewichtsreduzierung, ist somit empfehlenswert. Bei Übergewicht sollten Sie mit ärztlicher Hilfe Ihr Gewicht konsequent verringern.



Stehhilfe



Die drei Gefahrenpunkte im Bereich der Hüfte

Jeder Hüftprothesen-Träger muss gewisse Einschränkungen in Kauf nehmen, um drohende Gefahrenpunkte möglichst zu vermeiden. Sie sollen jetzt nicht von vornherein verängstigt oder eingeschüchtert werden, dennoch muss darüber gesprochen werden.

Es gibt drei Gefahrenpunkte, die im folgenden aufgeführt werden.

Bitte beachten Sie diese im eigenen Interesse!

A = „Auskugelgefahr“ (Luxation)

Um das Herausgleiten des Prothesenkopfes aus der Prothesenpfanne zu vermeiden, ist die Beachtung der Hinweise vor allem in den ersten drei Monaten sehr wichtig.

Bis sich die Kapsel-Band-Strukturen und die Muskulatur wieder gefestigt haben, müssen Sie bestimmte Bewegungen des operierten Hüftgelenks dringend in den ersten Wochen nach der OP vermeiden!

K = „Knochenbruchgefahr“ (Fraktur)

Eine erhöhte allgemeine Bruchgefahr besteht nicht!

Erleiden Sie allerdings einen Oberschenkelbruch, so geschieht das nicht mehr am Schenkelhals, sondern unterhalb der implantierten Endoprothese. Auch ein Ausbruch der Prothese ist möglich. Die Folgebehandlung ist in jedem Fall komplizierter!

Daher:

Vermeiden Sie möglichst alle Situationen, in denen ein erhöhtes Bruchrisiko zu erwarten ist! (z. B.: Gehen auf glatter Strasse, nassen Fußböden, Steigen auf Leitern, etc.)

L = „Lockerungsgefahr“

Ihre Hüftendoprothese (HEP) kann mechanisch auslockern, wenn sie falsch beansprucht wird.

Bewusst extreme und einseitige Belastungen sind auf jeden Fall zu vermeiden, so z. B.:

- Springen
- Wuchten von Gegenständen
- Langandauerndes Tragen

Zusammenfassung der häufigsten Tätigkeiten mit Hinweisen für richtiges Verhalten beim dorsalen und anterolateralen Zugang

Zusammenfassung der häufigsten Tätigkeiten mit Hinweisen für richtiges Verhalten beim dorsalen und anterolateralen Zugang
 (Anwendungshinweise nicht erforderlich bei minimal-invasivem Zugang, siehe Seite 23)

Grundsätzlich gilt zu beachten, dass die Hinweise in der folgenden Tabelle für den Umgang mit einem neuen Hüftgelenk allgemeine Richtwerte darstellen sollen. Im Einzelfall gilt es zu beachten, welche Umstände in Bezug auf Alter, Krankheitsverlauf und -zustand vorliegen.

Lfd. Nr.	Bewegungsart/-ort	Gefahrenpunkte	Anwendungshinweis	Anwendungszeitraum (Wochen)					
				1	3	6	8	12	*
1	Anziehen	A / L	Nur in achsengerechter Hüft- und Kniebeugung (Rotation meiden); Hilfsmittel wie z. B. Strumpfanziehhilfe, Greifzange, langen Schuhlöffel benutzen!						
2	Aufstehen	A	Immer das operierte Bein leicht nach vorne stellen und unter Entlastung des operierten Beines aufstehen.						
3	Autofahren	A	Selber Fahren: Ohne Einschränkung nach						
			Ein- und Aussteigen: (Keil-) Kissen auf den Autositz legen. Mit dem Rücken zum Sitz stellen und sich langsam hinsetzen. Halten Sie sich an der Rückenlehne und/oder am Türrahmen o. ä. fest. Ein Bein nach dem anderen langsam ins Fahrzeug stellen. Hilfreich zum Hineinsetzen ist eine Plastiktüte auf dem Sitz.						
4	Badewanne	A / K / L	Gefahr durch falsches Ein- und Aussteigen und durch das tiefe Sitzen. Hohes Risiko! Vermeiden bis						

* = für immer



Lfd. Nr.	Bewegungsart/-ort	Gefahrenpunkte	Anwendungshinweis	Anwendungszeitraum (Wochen)						
				1	3	6	8	12	*	
5	Beruf		Da es zu viele spezielle Tätigkeiten und Bewegungsabläufe in den einzelnen Berufen gibt, sollte in jedem Fall mit dem behandelnden Arzt und Therapeuten gesprochen werden.							
6	Bett	A	<u>Ein- und Aussteigen:</u> Nur über die operierte Seite bis ... Grundsätzlich übermäßiges Drehen vermeiden! <u>Schlafstellungen:</u> Nur in Rückenlage <u>Später (ab der 6.-8. Woche):</u> Seitlage nur auf der operierten Seite, mit einem Kissen zwischen den Knien. Normales Schlafverhalten ab							
7	Bücken	A / L	Siehe Punkt 1 „Anziehen“							
8	Duschen in der Duschkabine	A / K / L	Duschen erlaubt nach 5 Tagen mit einem Duschpflaster; Erleichterung durch möglichst niedrigen Einstieg, sowie durch Haltegriffe.							
9	Fahrradfahren	A / K	Erst erlaubt, wenn das Gehen ohne Unterarmgehilfen sicher möglich ist Generell ist zunächst darauf zu achten, ein Rad mit einem niedrigen Einstieg zu nutzen. Immer zuerst mit der operierten Seite aufsteigen. Heimtrainer mit optimaler Sitzhöhe benutzen							

* = für immer



Lfd. Nr.	Bewegungsart/-ort	Gefahrenpunkte	Anwendungshinweis	Anwendungszeitraum (Wochen)					
				1	3	6	8	12	*
10	Gartenarbeit	A / L	Nicht vor Möglichst Gartengeräte mit langem Stiel benutzen. Nicht Umgraben! Nicht mit vermehrt gebeugter Hüfte oder kniend z. B. Unkraut jäten!	→					
11	Partnerschaft	A	Nicht vor Hier ist alles erlaubt, wenn Sie auf alle Ratschläge in dieser Broschüre achten. (s. Seite 22)	→					
12	Hausarbeit	A / L	Bücken möglichst nicht mit gebeugtem Oberkörper, sondern Greifhilfe verwenden. Drehbewegungen vermeiden sowie zu langes Stehen einschränken (Stehhilfen benutzen). Führen Sie alle Tätigkeiten ohne Hektik aus. Planen Sie im Voraus, um keine überstürzten, unüberlegten Handlungen durchzuführen.	→					
13	Heben	L	Schwere Lasten (> 20 kg) sind tabu! – Ruckartige Bewegungen vermeiden! Kleine Lasten beidhändig nah am Oberkörper tragen, ggf. Rucksack benutzen. Rollen ist besser als Tragen!	→					
14	Hinsetzen	A	Immer das operierte Bein leicht nach vorne stellen und unter Entlastung des operierten Beines hinsetzen. Günstig sind Stühle mit Armlehnen. Sich nicht auf eine Sitzgelegenheit fallen lassen.	→					

* = für immer



Lfd. Nr.	Bewegungsart/-ort	Gefahrenpunkte	Anwendungshinweis	Anwendungszeitraum (Wochen)						
				1	3	6	8	12	*	
15	Kegeln		siehe Punkt 23 „Sport“							
16	Küche		siehe Punkt 12 „Hausarbeit“							
17	Gehen		<p>Nach OP: Grundsätzlich zunächst nur unter physiotherapeutischer Anleitung.</p> <p>Zementierte Hüftprothese: „2-Punkt-Gang“ (Kreuzgang) > volle Belastung ab sofort → Gehen ohne Unterarmgehilfen möglich ab →</p> <p>Teilzementierte Hüftprothese: „2-Punkt-Gang“ (Kreuzgang) → > Vollbelastung ab sofort, Gehen ohne Unterarmgehilfen möglich ab →</p> <p>Zementfreie Hüftprothese: <u>Anfangs:</u> „3-Punkt-Gang“ mit 20 kg Teilbelastung (in der Regel für 12 Tage) → <u>Danach:</u> „2-Punkt-Gang“ (Kreuzgang) > Vollbelastung in der Regel nach 12 Tagen → Gehen ohne Unterarmgehilfen möglich ab → Außerdem ist das Gehen mit geschlossenen Schuhen und weichen Sohlen zu empfehlen. →</p>							
18	Reiten		Siehe Punkt 23 „Sport“							

* = für immer

Lfd. Nr.	Bewegungsart/-ort	Gefahrenpunkte	Anwendungshinweis	Anwendungszeitraum (Wochen)					
				1	3	6	8	12	*
19	Schlafen	A	<p>Nach der OP: nur in Rückenlage ...</p> <p>Danach: Seitenlage auf der operierten Seite</p> <p>Normales Schlafen</p>						
20	Sitzen	A	Bequem, aber Beine nicht übereinanderschlagen.						
21	Schwimmen		Siehe Punkt 23 „Sport“						
22	Skilaufen		Siehe Punkt 23 „Sport“						
23	Sport	A / K / L	<p>Die sportlichen Aktivitäten wurden in Zu meiden, Bedingt erlaubt und Empfohlen eingeteilt.</p> <p>Zu meiden: Alle Sportarten, in der Sprung- und Drehbewegungen vorkommen. Z. B. Leichtathletik, alle Ballspiele, Ski alpin, Joggen, Sporttanzen, Schlittschuhlaufen, Inline-Skaten, etc.</p> <p>Bedingt erlaubt: Tennis, Kegeln, Skilanglauf (Sturz meiden) Brustschwimmen, Freizeittanzen, Segeln, Reiten, Wandern im Hochgebirge, etc.</p> <p>Erlaubt: Kraul- und Rückenschwimmen, Fahrrad fahren, Spazieren gehen.</p>						
24	Tennis		Siehe Punkt 23 „Sport“						

* = für immer



Lfd. Nr.	Bewegungsart/-ort	Gefahrenpunkte	Anwendungshinweis	Anwendungszeitraum (Wochen)						
				1	3	6	8	12	*	
25	Toilette	A	In der Phase nach der Operation mit nach vorne gestelltem <u>operiertem</u> Bein hinsetzen Evtl. ist eine Toilettensitzerhöhung sinnvoll, je nach Körpergröße.		→					
26	Tragen		Siehe Punkt 13 „Heben“							
27	Treppensteigen	A / K / L	Gefahr durch Hinfallen!! Zuerst immer eine Hand am Geländer, die andere Hand fasst die Unterarmgehstütze, wie erlernt: Treppe steigen: Gesundes Bein zuerst, operiertes Bein nachsetzen Treppe heruntergehen: Operiertes Bein mit Stütze zuerst, gesundes Bein nachsetzen Wenn möglich kann nach einiger Zeit das Treppengeländer durch die 2. Stütze ersetzt werden. Treppensteigen wird im Krankenhaus eingehend geübt!		→	→				

* = für immer

