

Wieder selbstständig werden

Nach einem Oberschenkelhalsbruch ist die Frühmobilisation entscheidend für die Wiedererlangung von Kraft und Beweglichkeit

Die 81-jährige Patientin, die am Nachmittag in die Notaufnahme eingeliefert wird, ist zu Hause gestürzt und kann nun ihr linkes Bein nicht mehr bewegen. Schnell ist klar: Sie hat sich einen Oberschenkelhalsbruch zugezogen und muss operiert werden. Den Eingriff selbst schätzen die Unfallchirurgen als unkompliziert ein. Die Operation wird allerdings unter Vollnarkose durchgeführt werden müssen. Es besteht ein gewisses Risiko, dass das Bewusstsein der alten Dame im postoperativen Verlauf beeinträchtigt sein könnte, ein ernstzunehmender Verwirrheitszustand, den die Ärzte post- oder perioperatives Delir nennen und von dem besonders oft ältere Patienten betroffen sind.

Aber auch bei der Festlegung der Behandlung nach der Operation kann der Faktor „Alter“ nicht außer Acht gelassen werden. Denn alte Menschen erholen sich langsamer, und sie sind anfälliger für Komplikationen als junge. Dies gilt umso mehr, wenn ihr Allgemeinzustand bereits durch Vorerkrankungen beeinträchtigt ist. So wie im Fall der Sturzpau-tientin, die schon seit Jahren herz- und zuckerkrank ist und die zudem – wie in der Klinik festgestellt wird – an einer schweren Osteoporose leidet. Vor diesem Hintergrund besteht die Gefahr, dass sie trotz erfolgreicher Operation aus eigenem Antrieb nicht mehr die Kraft und Beweglichkeit

zurücklerlangt, über die sie vor ihrem Sturz verfügt hat. Im Extremfall könnte sie sogar ihre Selbstständigkeit verlieren. Deshalb ist es wichtig, dass die Patientin parallel zur postoperativen Behandlung eine auf sie zugeschnittene, altersgerechte Betreuung erhält, die ihr dabei hilft, möglichst schnell wieder auf die Beine zu kommen.

Unfallchirurgie und Geriatrie

Die Unfallchirurgie allein vermag die Umsetzung eines solchen, mehrgleisigen Behandlungsansatzes kaum zu leisten. Dies wird auch durch Statistiken belegt. Danach ist das Sterberisiko wie auch das Risiko, pflegebedürftig zu werden, für hochbetagte Patienten deutlich höher, wenn sie unfallchirurgisch nach dem gleichen Schema wie jüngere Patienten mit ähnlichen Verletzungen versorgt werden. Fakt ist: Von den jährlich etwa 120.000 alten Patienten, die in deutschen Unfallkliniken wegen eines Oberschenkelhalsbruchs operiert werden müssen, sterben mehr als zehn Prozent innerhalb der ersten 30 Tage nach dem Sturz. Und bis zu 20 Prozent der Gestürzten bleiben bettlägerig oder zumindest so gebrechlich, dass sie nach ihrer Entlassung auf fremde Hilfe angewiesen sind. Um diesen fatalen Trend zu stoppen, gibt es eigentlich nur eine Lösung: Dem betagten Patienten eine spezialisierte, individuell auf ihn abgestimmte Behandlung zu bieten, wodurch er so schnell wie möglich wieder seine Alltagskompetenz zurückerhält.

Dieser Anforderung trägt eine Klinik am besten Rechnung, wenn sie über ein zertifiziertes Alterstraumatologisches Zentrum (ATZ) verfügt, wo neben der Unfallchirurgie auch die Geriatrie (und andere Fachdisziplinen wie die Orthopädie, Physikalische Medizin und Intensivmedizin) eng zusammenarbeiten. Unfallchirurgen und Altersmedizinerinnen bilden ein Team. Gemeinsam planen sie die medizinische Versorgung und setzen diese dann Schritt für Schritt um: von der frühzeitigen Identifikation des Patienten, der eine altersmedizinische Behandlung benötigt, bis hin zum interdisziplinären Behandlungskonzept, das sowohl die akutmedizinischen Erfordernisse wie auch die geriatrischen Begleitumstände berücksichtigt. Denn es hat sich gezeigt, dass die Probleme unbedingt gleichzeitig angegangen werden müssen. Werden zum Beispiel Strategien zur Vermeidung von akuten Komplikationsrisiken wie das Delir- oder Dekubitusrisiko in die Wege geleitet, muss das behandelnde Ärzteteam dabei immer auch die Vorerkrankungen des Patienten und andere Auffälligkeiten wie eine Ernährungsstörung oder kognitive Defizite im Blick haben.

Ein Oberschenkelhalsbruch kann bei betagten Menschen die fatale Konsequenz haben, dass sie dauerhaft auf Hilfe oder gar auf Pflege angewiesen sind; das verhindert die spezielle Betreuung in einem Alterstraumatologischen Zentrum.

Mindestens ebenso wichtig ist es, frühzeitig den negativen Auswirkungen durch die verletzungsbedingte Bewegungseinschränkung entgegenzuwirken, durch die alte Menschen schnell in eine dramatische Abwärts Spirale geraten können. Im Fall der alten Dame mit dem Oberschenkelhalsbruch gehört dazu auch, dass trotz des vollen OP-Plans alles dafür getan wird, dass sie in den nächsten Stunden operiert und dann baldmöglichst ins ATZ verlegt wird.

Körperliche Aktivierung

Gerade für ältere Menschen, die einen Oberschenkelhalsbruch erlitten haben, ist die enge Verzahnung von postoperativer Behandlung und Frühmobilisation in Form einer Frührehabilitation ein elementarer Therapiebaustein auf dem Weg, wieder zur gewohnten Mobilität und Selbstständigkeit zu gelangen. Im Vordergrund steht die sogenannte

aktivierend-therapeutische Pflege, durch die die Betroffenen rasch ihre verloren gegangenen Funktionen wiedererlangen sollen: Sie werden dazu motiviert aufzustehen, sich anzuziehen, zu kämmen und so Schritt für Schritt buchstäblich wieder in Bewegung zu kommen. Zudem sollten jede Patientin und jeder Patient mindestens einmal, besser sogar zweimal täglich Physiotherapie erhalten. Parallel dazu kümmern sich die Altersmediziner um die Begleiterkrankungen. So hat sich zum Beispiel herausgestellt, dass der Diabetes der 81-jährigen Patientin unbedingt besser eingestellt werden muss. Und auch für ihre Osteoporose wird ein Behandlungsplan entwickelt. Außerdem wird festgelegt, dass sie für die stationäre Rehabilitation in eine Einrichtung verlegt wird, die sich auf geriatrische Rehabilitation spezialisiert hat. Damit sie schon bald wieder mindestens so fit ist wie vor ihrem Sturz.

Dr. Nicole Schaezler

Was ist ein Oberschenkelhalsbruch?

- Der Oberschenkelhalsbruch (Schenkelhalsfraktur, Femurhalsfraktur) gehört zu den größten gesundheitlichen Problemen älterer Menschen – und er ist die mit Abstand am häufigsten im Krankenhaus behandelte Fraktur.
- Ein Oberschenkelhalsbruch liegt vor, wenn das kurze Knochenstück zwischen dem großen Rollhügel und dem kugeligen Oberschenkelkopf gebrochen ist, der sich direkt am Schenkelhals befindet. Bricht der Knochen unterhalb des großen Rollhügels, sprechen die Ärzte von einem Oberschenkelbruch.
- Auslöser für einen Oberschenkelhalsbruch ist im höheren Lebensalter oft ein (seitlicher) Sturz. Das Risiko für eine Fraktur steigt, wenn der eigentlich kräftigste und längste Knochen des Körpers durch Knochenschwund (Osteoporose) geschwächt ist.
- Ob eine Operation notwendig ist, richtet sich nach dem Schweregrad (hierzulande in der Regel ermittelt mithilfe der sogenannten Pauwels-Klassifikation). Die Schweregrade 2 und 3, die am häufigsten diagnostiziert werden, ziehen fast immer eine Operation nach sich.
- Muss operiert werden, sollte dies zeitnah (innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme in die Klinik) geschehen. Je früher, desto günstiger fällt in der Regel auch die Prognose aus.
- Bei der Osteosynthese wird hüftkopferhaltend operiert, das heißt die Bruchstücke des Knochens werden wieder in ihre ursprüngliche Position zurückversetzt. Das Ergebnis wird dann mithilfe von Implantaten (wie Schrauben und/oder Platten) fixiert.
- Mitunter empfiehlt es sich für ein besseres Behandlungsergebnis, den Hüftkopf oder auch das gesamte Hüftgelenk durch eine Teil- beziehungsweise Total-Endoprothese chirurgisch zu ersetzen.
- Jede Operation zieht zwingend eine mehrwöchige Rehabilitation nach sich.

Fotos: AdobeStock

Auch das ist Lebensqualität: wieder selbstständig unterwegs dank individueller Therapie in einem ATZ.

Mini-Implantate als Alternative zur Knie totalprothese

In Deutschland werden pro Tag rund 500 meist durch Arthrose zerstörte Kniegelenke mithilfe künstlicher Gelenke ersetzt.

Unabhängig vom Ausmaß der Schädigung wird dabei in der Regel das gesamte Kniegelenk getauscht. Doch das ist häufig ein unnötig radikaler Eingriff, der nicht immer notwendig ist. Stets auf der Suche nach neuen, innovativen Operationstechniken in der Endoprothetik setzt das **Medizinische Versorgungszentrum im Helios**, die renommierte Praxis für Orthopädie, auf eine gelenkerhaltende Versorgung kleinerer bis mittlerer Knorpelschäden, bei der Teil- oder Minioprothesen zum Einsatz kommen. **Prof. Dr. Dr. Armin Keshmiri**, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie

im MVZ im Helios, zählt zu den absoluten Koryphäen in diesem Bereich.

Knieendoprothese (Knie-TEP)

Entscheidend für eine Endoprothesen-OP ist der individuelle Leidensdruck des Patienten. „Selbst wenn laut Bildgebung eine fortgeschrittene Arthrose im Kniegelenk vorliegt, muss der Patient nicht automatisch auch zuordenbare Beschwerden haben“, so Prof. Dr. Dr. Keshmiri. Auf der anderen Seite gibt es Patientinnen und Patienten, die den Gelenkersatz nicht

mehr länger hinauszögern sollten. „Sie haben bereits alle konservativen Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft oder leiden unter Schäden, die beispielsweise durch bereits eingetretene Knochen-erweichung entstanden sind.“

Eine genaue klinische Untersuchung mit umfassender Diagnostik ist daher essenziell, bevor überhaupt ein individuelles Behandlungskonzept erstellt wird. Im Zuge dessen ist auch ein umfassendes Aufklärungsgespräch unerlässlich, um den Patienten zu verdeutlichen, welche Ergebnisse im konkreten Fall zu erreichen sind. „Denn egal, welche Methode angewendet wird, die Erwartungen des Patienten müssen sich unbedingt mit dem aus medizinischer Sicht erwartbaren Ergebnis decken“, so Keshmiri.

Miniprothese statt künstlichem Knie

Stellt sich bei der Diagnostik heraus, dass „nur“ einer der drei Teile des Kniegelenks (Innenseite, Außenseite und Kniescheibe) von Arthrose betroffen ist, bietet sich bevorzugt eine Teilprothese oder gar eine Mini- bzw. Knopfprothese anstelle einer Vollprothese an. Keshmiri weiß: „Am besten eignen sich dafür sicherlich junge, sportliche Patienten mit gehobenen Ansprüchen an das Kniegelenk.“ Aber auch im fortgeschrittenen Alter, wenn schnell zu einer kompletten Prothese geraten wird, sind die sogenannten Knopfprothesen in vielen Fällen sinnvoll. „Bestes Beispiel hierfür sind Patienten über 50, die nicht mehr für eine einzeitige Knorpeltransplantation (Minced Cartilage-Verfahren) infrage kommen.“

Die innovativen Knopfprothesen sind nur wenige Zentimeter groß und sanieren lediglich den geschädigten Bereich des Knies. So bleiben die gesunden Bereiche vollkommen intakt und erfüllen weiterhin ihre Funktion. Erst seit einigen Jahren im Einsatz, bringt dies enorme Vorteile mit sich: Der Eingriff erfolgt minimalinvasiv, über kleinstmögliche Schnitte, und ist somit schonender für die Patienten, die schneller wieder fit und in der Vollbelas-

tung sind. Keshmiri rät: „Das Ziel sollte es immer sein: von den körpereigenen Strukturen des Kniegelenks unter Verwendung des kleinstmöglichen Implantats so viel wie möglich zu erhalten. Schließlich gibt es inzwischen viele innovative Verfahren mit Minioprothesen, die bislang allerdings nur wenig zum Einsatz kommen.“

Zukunft der Knieendoprothetik

Im Rahmen dieser Operationstechniken kommen beim Einbringen der Knieprothese computeranalytisierte Assistenzsysteme zum Einsatz. Um für jeden Patienten die perfekte Minioprothese zu erhalten, werden hierfür zunächst auf Grundlage einer MRT-Aufnahme dreidimensionale Schablonen angefertigt, an denen die zu entfernenden Knochen exakt bestimmt werden können. „Diese computergesteuerte Methode ermöglicht eine patientenspezifische Prothese, die nur wenige Zentimeter groß ist, genau zum Knie und dem Defekt passt und, nicht zu vergessen, die natürliche Kniebewegung keinesfalls beeinträchtigt.“ Diese modernen Mini-Implantate bestehen aus speziellen Metalllegierungen (Titan, Kobalt oder Chrom), die sich durch ihre lange Haltbarkeit auszeichnen.

Lediglich über einen kleinen Hautschnitt punktgenau eingesetzt, bedeutet diese innovative Operationsmethode eine niedrigere Komplikationsrate sowie eine wesentlich schnellere Genesung. Die Ausfallzeit beträgt etwa sechs Wochen. Danach ist sogar Sport (abhängig der Sportart) wieder möglich. Um den Heilungsprozess zu unterstützen, empfiehlt sich eine Physiotherapie.



Knie-Spezialist Prof. Dr. Dr. Armin Keshmiri aus dem MVZ im Helios in München-Neuhausen

Zurück zur Lebensqualität

„Unser Ziel ist es, Patienten vergessen zu lassen, dass sie ein künstliches Implantat haben.“ Je genauer die Prothese angepasst ist, desto geringer der Verschleiß und eventuell auftretende Probleme. Und der Trend wird auch in Zukunft weiter Richtung speziell angefertigte Implantate nach Maß und dem dazugehörigen Einsatz von Navigationsgeräten und Robotersystemen gehen – nicht nur bei künstlichen Knieendoprothesen.

Wird das Implantat sorgfältig ausgewählt und korrekt platziert, ist eine Haltbarkeit der Prothese von ca. 20 Jahren, in Einzelfällen sogar noch länger, keine Seltenheit. „Langzeituntersuchungen bestätigen die exzellenten Ergebnisse und die extrem geringe Fehleranfälligkeit der modernen Implantate.“



Eine genaue klinische Untersuchung mit umfassender Diagnostik ist vor jeder Behandlung essenziell.



MVZ im Helios

Helene-Weber-Allee 19 • 80637 München

T +49 89 159277-0 • M info@mvz-im-helios.de

www.mvz-im-helios.de

Medizinisches Versorgungszentrum im Helios

Orthopädie | Neurochirurgie | Anästhesie