



Newsletter

Johanna Etienne Krankenhaus

01 / 2019

Orthopädie, Unfallchirurgie

und Sportmedizin

BEWEGLICH BLEIBEN

Instabilität der Kniescheibe

Kniescheibe und Fehlbildung gemeinsam korrigieren

Hüftgelenk schonend ersetzen

Minimal-invasiv bei Kurzschaftprothesen

Ersatz des Kniegelenks

Spezielle Schmerztherapie durch LIA-Konzept

Schaftfreie Schulterprothesen

Knochenschonend, flexibel, beweglich





Prof. Dr. med. Dr. h. c. Jörg Jerosch
Chefarzt der Klinik für Orthopädie,
Unfallchirurgie und Sportmedizin
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie

Liebe Patientinnen, liebe Patienten,

unter den Gelenkkrankheiten tritt Arthrose am häufigsten auf. Wenn die Knorpelschicht eines Gelenks verschlissen oder zerstört ist, kann es zu schmerzhaften Knochenveränderungen kommen. Die Bewegungsfreiheit der betroffenen Patientinnen und Patienten wird dadurch eingeschränkt. Das Gelenk entzündet sich, schwillt an und schmerzt. Am häufigsten betroffen sind Hände, Knie und Hüften, aber auch jedes andere Gelenk kann an Arthrose erkranken.

In dem vorliegenden Newsletter wollen wir Sie über die aktuellen therapeutischen Maßnahmen bei Arthrose informieren. Sie werden sehen, dass es eine Vielzahl unterschiedlicher Behandlungsmethoden gibt, um bei Gelenkverschleiß jeder Patientin und jedem Patienten individuell gerecht zu werden.

Auch ist es wichtig, schon in einem frühen Stadium von Gelenkbeschwerden Physiotherapeuten und Orthopädietechniker in die Diagnose, Therapie und Nachsorge mit einzubinden. Dann fließt das kompetente Fachwissen der unterschiedlichen Spezialisten in den Gesundheitsprozess mit ein und die individuellen Erfolgsaussichten nehmen deutlich zu.

Eine persönliche Beratung erhalten Sie natürlich gerne in unseren Spezialprechstunden, insbesondere in der Arthrose-, Hüft- und Kniesprechstunde.

Mit herzlichen Grüßen
Ihr Jörg Jerosch




Dr. med. Jacob J. Rondhuis
Oberarzt
Facharzt für Orthopädie
und Unfallchirurgie



Dr. med. Bahman Ajali
Oberarzt
Facharzt für Orthopädie
und Unfallchirurgie



Dr. med. Andreas Breil-Wirth
Oberarzt
Fachexperte Endoprothetik



Dr. med. Mathias Herwig
Oberarzt
Facharzt für Orthopädie
und Unfallchirurgie



Dr. med. Rafael Peter
Funktionsoberarzt
Facharzt für Orthopädie
und Unfallchirurgie

Instabilität der Kniescheibe

Kniescheibe und Fehlbildung gemeinsam korrigieren

Das Gleitlager für die Kniescheibe hat normalerweise am oberen Ende eine V-förmige Einmündung. In ihr gleitet die Kniescheibe während der Bewegung. Wenn die Kniescheibe herausspringt (Luxation), ist oftmals eine angeborene fehlende Ausbildung dieser Einmündung die Ursache. Man spricht von einer Trochleadysplasie.

Daneben gibt es auch noch andere seltenere Ursachen für eine Kniescheibenverrenkung. Dazu zählen X-Beine, Drehfehler der Ober- und Unterschenkel, Defekte der Bänder, Bindegewebsschwäche.

In diesen Fällen ist eine Operation die einzige Möglichkeit einer Behandlung. Je nach individuellem Befund stehen verschiedene Operationstechniken zur Auswahl. Neben Methoden zur Rekonstruktion des Halteapparats und Korrekturen von Achs- und Drehfehlern, ist die Trochleoplastik das am häufigsten eingesetzte Verfahren. Durch die Trochleoplastik wird die Kniescheibe neu positioniert. Eine zusätzliche Bandplastik (MPFL-Plastik) unterstützt die Stabilität der Kniescheibe. In unserer Abteilung erfolgt meist ein kombinierter Eingriff aus Trochleoplastik und MPFL-Plastik. Dabei wird die Bandspannung schon während der Operation schonend optimiert (Abb. 1).

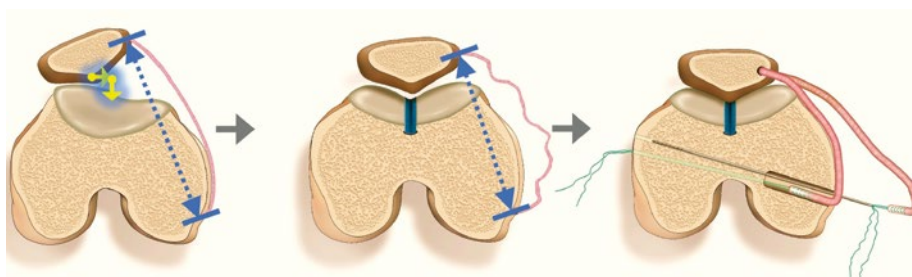


Abb. 1: Die Kniescheibe wird bei einer Trochleoplastik nach hinten und innen in die neu geschaffene Gleitrinne verlagert. Die Distanz der Bandstrukturen verkürzt sich, sodass zur Stabilisierung eine MPFL-Plastik notwendig ist.

Bei der Trochleoplastik wird ein Knorpel-Knochen-Lappen abgehoben, um den Knochen darunter abzutragen. Der Lappen wird anschließend wieder aufgepresst und mit einem resorbierbaren Band fest verbunden. Arthroskopische Untersuchungen zeigen, dass an der zurückversetzten und plastisch geformten Gelenkfläche keine Knorpelschäden ablesbar sind und sich das Band rasch auflöst (Abb. 2).

pels hinter der Kniescheibe schon zu weit fortgeschritten ist, lässt sich dieser Bereich mit einer kleinen Teilprothese des Kniegelenks gut wieder herstellen.

Ob in Zukunft die hohe Anzahl an fortschreitenden degenerativen Gelenkschäden mit diesen oder ähnlichen Methoden reduziert werden kann, müssen wir noch durch Langzeituntersuchungen abschließend klären.

Abb. 2: Die neu geschaffene Gleitrinne auf einer unbeschädigten Knorpelfläche ist gut sichtbar.



Hüftgelenk schonend ersetzen

Minimal-invasiv bei Kurzschafftprothesen

Der Erfolg einer Kunstgelenkoperation an der Hüfte ist nicht nur von einem guten Kunstgelenk abhängig, sondern ganz besonders von der Vorbereitung der Patientinnen und Patienten und der Schonung der umgebenden Weichteile, wie Muskeln, Blutgefäße und Nerven. Daneben gilt es bei der Erstoperation, so viel Knochen wie möglich zu erhalten, um für später nötige Wechseloperationen noch ausreichend Knochen zur Verankerung des Kunstgelenks zur Verfügung zu haben. Beim Hüftgelenk kommt es nach der Operation auf eine gut funktionierende Hüftmuskulatur an; hierdurch sind Patientinnen und Patienten schneller mobil und das Gangbild verbessert sich rasch. Je geringer der Schmerz nach der Operation ausfällt, desto schneller und früher können Patientinnen und Patienten rehabilitiert werden.

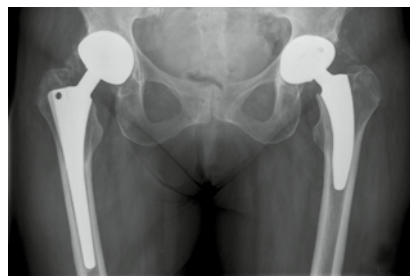
Gleichfalls werden Patientinnen und Patienten im Rahmen der Endoprothesenschule schon vor der Operation auf alle Dinge vor, während und nach der Operation vorbereitet. Dafür verbringen die Patientinnen und Patienten im Vorfeld einen ganzen Tag im Krankenhaus.

In unserer Klinik ist der minimal-invasive operative Eingriff an der Hüfte seit 2003 das Standardverfahren. Dabei wird durch einen kleinen Hautschnitt das Hüftgelenk erreicht, ohne die Hüftmuskulatur abzutrennen; die Muskulatur wird lediglich zur Seite geschoben. Dieser Zugang ist nicht wesentlich grö-



Operationsnarbe nach minimal-invasivem Eingriff

ßer als der verschlissene Hüftkopf, der bei der Hüftprothesenimplantation entfernt werden muss. Wenn sich Knochenstruktur und -dichte eignen, wird die Prothese ohne den Gebrauch von Zement verankert, das heißt die Prothese wächst in den Knochen ein.



Links Standardprothese, rechts Kurzschafftprothese

Die von uns seit zehn Jahren verwendete Kurzschafftprothese ermöglicht eine knochensparende Implantation des Kunstgelenks. Nur der zerstörte Hüftkopf muss entfernt werden. Die lasttragenden Anteile des Oberschenkelhalses bleiben erhalten. Im Vergleich zur Standardprothese wird weniger Knochen entfernt und weniger Metall eingebaut. Die MiniHip™ Prothese ist aus Titan. In Verbin-

dung mit Spezialpolyethyleninsert in der Pfanne und einem Keramikkopf sind auch Patientinnen und Patienten mit Metallallergie (Nickel, Chrom etc.) bestens versorgt.

Unsere regelmäßigen Nachuntersuchungen zeigen gute funktionelle Ergebnisse sowie einen guten Knochenhalt; mehr als 98 Prozent der Prothesen funktionieren auch noch gut nach neun bis zehn Jahren. Die vorliegenden Ergebnisse machen diese Prothese besonders vorteilhaft für alle aktiven Patientinnen und Patienten, gleich welchen Alters.



Kurzschafftprothese MiniHip™ mit hochwertiger Delta-Keramik Großkopf Hydroxylapatit-Beschichtung

Zusammenfassung

In unserer Klinik sind wir auf Hüftoperationen unterschiedlichster Art spezialisiert. Bei der Erstimplantation einer Hüftendoprothese wird ein minimal-invasiver Eingriff favorisiert. Patienten profitieren dabei von weniger Blutverlust, geringeren postoperativen Schmerzen und schnellerer Mobilität, außerdem fällt die Narbe kaum auf. Die von uns bevorzugte Kurzschafftprothese MiniHip™ eignet sich besonders für alle aktiven Patientinnen und Patienten in jedem Lebensalter.



Ersatz des Kniegelenks

Spezielle Schmerztherapie durch bewährtes LIA-Konzept

Pro Jahr werden bundesweit etwa 175 000 Kniegelenk-
endoprothesen implantiert. Dabei ist es besonders
wichtig, Schmerzen nach der Operation in den Griff zu
bekommen. Denn Schmerzen beeinträchtigen nicht nur
das Allgemeinbefinden, sondern verzögern den Heilungs-
prozess und die Mobilisation. Das kann sich negativ auf
die Beweglichkeit des implantierten Kunstgelenks aus-
wirken.

Um diese Nachteile zu vermeiden, nutzen wir in unserer
Klinik seit 2015 das LIA-Konzept. LIA steht für lokale
Infiltrationsanästhesie und wurde 2005 in Australien
entwickelt. Beim LIA-Konzept beginnt die Schmerzthe-
rapie bereits während der Operation. Alle betroffenen
Gewebe erhalten ein Schmerzmittelgemisch. Es besteht
aus einem Betäubungsmittel, einem entzündungs-
hemmenden Schmerzmittel sowie Adrenalin, um Blut-
ergüsse zu minimieren. Zusätzlich wird ein Schmerz-
katheter in die Gelenkhöhle eingebracht. Noch im
Operationssaal werden in den Verband Kühlelemente
unter leichter Kompression eingewickelt. Diese groß-
flächige und intensive Kühlung wirkt schmerzlindernd

und verhindert starke Schwellungen des operierten
Gelenks.

Diese Schmerztherapie führt in über 90 Prozent der
Fälle zu einer schnellen Mobilisation. Patientinnen und
Patienten können schon am Tag der Operation erste
Schritte unternehmen. Dadurch werden Thrombosen,
Embolien und Lungenentzündungen deutlich reduziert.

Ein weiterer Vorteil des LIA-Konzepts: Nach der Operati-
on kann auf hoch dosiertes Morphin verzichtet werden.
Somit treten typische Nebenwirkungen morphinhaltiger
Medikamente wie Übelkeit, Erbrechen, Verstopfung oder
niedriger Blutdruck kaum noch auf. Unsere Patientinnen
und Patienten erholen sich deutlich schneller.

Da das Kunstgelenk schon im frühen Genesungspro-
zess mobilisiert wird, sind unsere Patientinnen und
Patienten schnell wieder aktiv. Mit optimaler Unter-
stützung unserer Physiotherapeutinnen und Physio-
therapeuten ist das neue Kniegelenk bald ein gleich-
wertiger Ersatz.

Knorpelerhaltende Therapien

Verschiedene Möglichkeiten Gelenkknorpel zu reparieren

Knorpelschäden sind weit verbreitet. Nicht nur Arthrose und Verschleiß sind die Ursache, sondern auch kleinere Defekte, die sich schnell vergrößern können. Daher sollten Knorpelschäden, vor allem bei Beschwerden, behandelt werden.

Am häufigsten sind Schäden im Knie und Sprunggelenk. Diese können durch Umknicken, Verdrehen oder Knochenbrüche entstehen. Aber auch Fehlstellungen der Knochen wie X- und O-Beine können Knorpel schädigen.

Meist treten bei Knorpelschäden Schmerzen an den Gelenken auf, wenn diese belastet werden. Das kann die Lebensqualität deutlich einschränken. Dann sollte ein Arzt dem Problem auf den Grund geht. Das geschieht bei uns durch eine gründliche körperliche Untersuchung, Röntgenbilder und die Ergebnisse einer MRT-Untersuchung helfen, die Situation noch genauer zu diagnostizieren.

Grundsätzlich gilt, dass auch kleine Knorpelschäden behandelt werden sollten, damit anfängliche Defekte nicht größer werden und eventuell eine Arthrose entsteht. Kleine Schäden können mit einem kollagenhaltigen

Gen Gel aufgefüllt werden, wodurch ein neuer Knorpel entsteht. Dafür ist in der Regel lediglich eine Spiegelung des Gelenks notwendig.

Ähnlich funktioniert die autologe Chondrozytentransplantation (ACT). Es werden Knorpelzellen aus dem Knie entnommen, außerhalb des Körpers gezüchtet und später in den Defekt eingebracht. Auch dies ist mit einer einfachen Gelenkspiegelung möglich.

Bei größeren Knorpelschäden, vor allem am Sprunggelenk, kann es nötig sein, die Schadstelle auszuräumen und mit Knochen, der aus dem Unterschenkel genommen wird, aufzufüllen.

Größere, tiefe Schäden wiederum können mit Knorpelknochenzylindern repariert werden. Hierzu wird Knorpel direkt aus einem Teil des Gelenks in einen anderen Teil verpflanzt.

Alle beschriebenen Verfahren haben zum Ziel, den natürlichen, qualitativ hochwertigen Gelenkknorpel wieder herzustellen. Darauf sind wir in unserer Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin spezialisiert.

Schaftfreie Schulterprothesen

Knochenschonend, flexibel, beweglich

Ist das Schultergelenk verschlissen, kann es notwendig werden, eine Schultergelenkendoprothese einzusetzen. Dieser Schritt erfolgt allerdings erst dann, wenn konservative Therapiemaßnahmen nicht mehr erfolgreich sind, um Schmerzen und Bewegungseinschränkungen im Schultergelenk zu bekämpfen.

Gerade im Alter kommt es zunehmend zum Verschleiß und zu Rissen der Muskulatur, die das Schultergelenk umgreift, der sogenannten Rotatorenmanschette, wodurch die Schulter immer unbeweglicher wird.

In diesen beschriebenen Fällen ist es sinnvoll, Patientinnen und Patienten mit einer individuellen Schulterpro-

these zu versorgen. Das Ziel ist dabei immer, die Schulter schmerzfrei und wieder beweglich zu machen, um die Funktionalität der Schulter im Alltag wieder herzustellen.

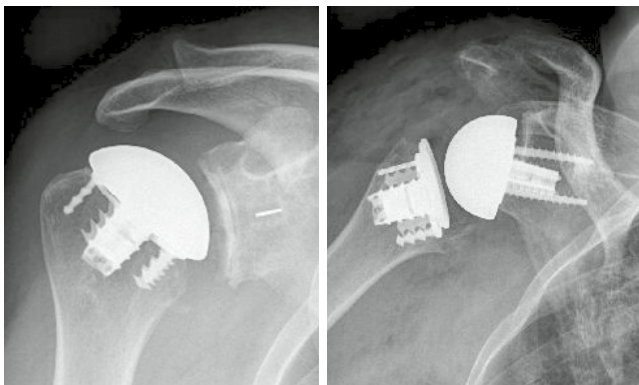
Obwohl die schaftverankerten Prothesen genauso gut und zuverlässig sind wie die schaftfreien Prothesen, hat sich in den letzten Jahren der Anteil an schaftfreien Schulterprothesen deutlich vergrößert. Das liegt daran, dass diese knochensparend eingesetzt werden können, da beim Einbau weniger gesunder Knochen entfernt werden muss. Darüber hinaus sind sie besser einzustellen, weil die Modelle mehrere Variationsmöglichkeiten bieten. Dadurch passen sich die schaftfreien

Klinik aktuell

Schulterprothesen besser an die individuelle Form jedes einzelnen Schultergelenks an.

Bei den schafftfreien Schulterprothesen werden vor allem zwei Typen unterschieden: die anatomische und die inverse (umgekehrte) Prothese. Wenn nur ein verschlissenes Schultergelenk betroffen ist und die Rotatoren-manschette intakt ist, kann eine anatomische Schulterprothese implantiert werden.

Wenn aber zusätzlich die Rotatorenmanschette verschlissen oder gerissen ist, wird die inverse Schulterprothese eingesetzt. Denn mit der inversen Prothese bleibt die Schulter beweglicher, da das Design der Prothese den noch vorhandenen großen Kappenmuskel (Deltamuskel) mit einbezieht.



**Schafftfreie anatomische
Schultertotalendoprothese**

**Schafftfreie inverse
Schultertotalendoprothese**

Die Entscheidung für die passende Schulterprothese, hängt zunächst von den Beschwerden der Patientinnen und Patienten ab. Genauen Aufschluss gibt die gründliche körperliche Untersuchung und entsprechende Röntgen- und MRT-Bilder. Danach lässt sich bestimmen, welche Schulterprothese die richtige ist. Unser Ziel ist es, Schulterprothesen immer auf die individuelle Situation unserer Patientinnen und Patienten abzustimmen.

Spezielle Arthrose-Sprechstunde

Eine spezielle Arthrose-Sprechstunde bietet die Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin immer am Dienstag und Donnerstag von 8.00 bis 16.00 Uhr an.

In dieser Sondersprechstunde werden die Patientinnen und Patienten von einem Arzt, einem Physiotherapeuten, einer Ernährungsberaterin und von einem Orthopädie-techniker untersucht und persönlich beraten. Ziel ist es, durch diese interdisziplinäre, multimodale und individuelle Beratung eine maßgeschneiderte Lösung für jede Patientin und jeden Patienten zu finden.

Endoprothetik-Zentrum (EPZmax) rezertifiziert

In 2019 erfolgt die vierte Rezertifizierung unseres Endoprothetik-Zentrums der Maximalversorgung. Das Zentrum wurde 2015 nach den Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie bei uns etabliert. Seitdem steigt die Patientenzahl kontinuierlich an. Trotzdem sind wir in der Lage, mit der Erfahrung unserer chirurgischen Orthopäden unsere Patientinnen und Patienten sicher und zeitnah mit Endoprothesen auszustatten.



Zentrum für Fuß- und Sprunggelenkchirurgie

Unser Fußzentrum wurde 2018 nach den Vorgaben der Deutschen Assoziation für Fußchirurgie (D.A.F.) zertifiziert. In diesem Jahr wird es erstmals rezertifiziert. Während dieses Zeitraums haben wir viele neue Patientinnen und Patienten gewonnen, die uns bei der Diagnose, Behandlung und Nachsorge von Fuß- und des Sprunggelenkproblemen vertrauen.



Impressum

Newsletter der Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin am Johanna Etienne Krankenhaus
 Herausgeber Johanna-Etienne-Krankenhaus gGmbH, Am Hasenberg 46, 41462 Neuss
 V.i.S.d.P. Prof. Dr. med. Dr. h. c. Jörg Jerosch, Chefarzt der Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin
 Layout copyhead | agentur für text & mediengestaltung | www.copyhead.de
 Ausgabe April 2019, der Newsletter erscheint zweimal jährlich, Auflage 8.000 Exemplare

Fotos (l= links, r= rechts, m= mitte, o= oben, u= unten)
 Titelfoto: © Markus Bormann/Adobe Stock; S. 2: © Tim Frankenheim; S. 5: © Supavadee butradee/shutterstock;
 alle weiteren Fotos Johanna Etienne Krankenhaus

Patientenforen · Wissenschaftliche Veranstaltungen

Termine	Patientenveranstaltungen jeweils 17.00 bis 18.30 Uhr. Die Vorträge sind kostenfrei. Eine Anmeldung ist nicht erforderlich.
15. Mai 2019	Patientenforum: Arthrose an Hüfte und Knie St. Elisabeth-Akademie, Krankenpflegeschule am Johanna Etienne Krankenhaus
4. September 2019	Patientenforum: Fuß und Sprunggelenk St. Elisabeth-Akademie, Krankenpflegeschule am Johanna Etienne Krankenhaus
6. November 2019	Patientenforum: Wirbelsäule St. Elisabeth-Akademie, Krankenpflegeschule am Johanna Etienne Krankenhaus
Wissenschaftliche Veranstaltungen für Ärztinnen und Ärzte	
22. Mai 2019	Klinischer Nachmittag mit Fallvorstellung für niedergelassene Ärzte: Arthrose an Hüfte und Knie
11. September 2019	Klinischer Nachmittag mit Fallvorstellung für niedergelassene Ärzte: Fuß und Sprunggelenk
13. November 2019	Klinischer Nachmittag mit Fallvorstellung für niedergelassene Ärzte: Wirbelsäule
jeweils 16.00 Uhr	Johanna Etienne Krankenhaus, Raum 02.04.002, Demoraum im Kellergeschoss (Anmeldung Chefarztsekretariat)
24./25. Mai 2019	13. CoST OP-Kurs: Schulter ZukunftsZentrumZollverein – Triple Z, Essen (Programm und Anmeldung: prosympos.de)
6./7. Juni 2019	17. IGOST OP-Kurs: Wirbelsäule ZukunftsZentrumZollverein – Triple Z, Essen (Programm und Anmeldung: prosympos.de)
21./22. November 2019	21. UpDate Orthopädie und Unfallchirurgie: Fuß und Sprunggelenk Rheinisches Landestheater Neuss (Programm und Anmeldung: prosympos.de)

Sprechstunden

Montag	Dienstag (8.00 – 16.00 Uhr)	Mittwoch	Donnerstag (8.00 – 16.00 Uhr)
Berufsgenossenschaftliche Sprechstunde (8.30 – 10.30 Uhr)	Arthrose, Hüft- und Kniesprechstunde	Berufsgenossenschaftliche Sprechstunde (8.30 – 10.30 Uhr)	Arthrose-, Hüft- und Kniesprechstunde
Privatsprechstunde (11.30 – 14.30 Uhr)	Wirbelsäulen- und Schmerzsprechstunde	Privatsprechstunde (11.30 – 14.30 Uhr)	Wirbelsäulen- und Schmerzsprechstunde
	Schulter-, Ellenbogen- und Handsprechstunde		Schulter-, Ellenbogen und Handsprechstunde
	Fußsprechstunde		Fußsprechstunde
	Sportsprechstunde		Sportsprechstunde
	Kindersprechstunde		

Für alle Sprechstunden ist unbedingt eine Terminabsprache über die Ambulanz unter T 02131 529 58700 erforderlich.



ST. AUGUSTINUS GRUPPE
Johanna Etienne Krankenhaus

Johanna Etienne Krankenhaus

Am Hasenberg 46

41462 Neuss

T 02131 529 500

info@johanna-etienne-krankenhaus.de

www.johanna-etienne-krankenhaus.de

Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin

Chefarzt Prof. Dr. med. Dr. h. c. Jörg Jerosch

Chefarztsekretariat Monika Stickelbruck

Terminvereinbarung Ambulanz

T 02131 529 58700 | F 02131 529 52003

m.stickelbruck@ak-neuss.de