

# Beidseitige Knieendoprothese in nur einer OP-Sitzung: Schnelle Rehabilitation



*Die 60-jährige Krankenschwester Hanna Schmidt leidet unter schwerer Arthrose an beiden Kniegelenken und kann sich daher nur noch selten ohne Schmerzen fortbewegen. Früher ist sie eine begeisterte Triathletin gewesen – das einzige, was ihr heute davon geblieben ist, ist das Schwimmen: „Manchmal noch 2000 Meter am Tag“, lächelt sie tapfer. Sie weiß, dass ihr Leiden schon bald der Vergangenheit angehört, denn sie hat sich für einen beidseitigen Gelenkersatz entschieden. Der dazu notwendige Eingriff wird – und das ist eher eine Seltenheit in deutschen Kliniken – in nur einer Operationssitzung durchgeführt werden. Dass dies heute möglich ist, ist verschiedenen Faktoren zu verdanken: Ausgefeilte Operationstechniken erlauben heute immer kürzere Eingriffe und eine geringstmögliche Traumatisierung des Patienten. ORTHOpress sprach in Berlin mit Dr. Masyar Rahmzadeh aus der MEOCLINIC im Berliner Quartier 206 in der Friedrichstraße, der hier gemeinsam mit Prof. Dr. Rahim Rahmzadeh, einem der Wegbereiter und weltweit erfahrensten Experten auf dem Gebiet des künstlichen Gelenkersatzes, das Internationale Zentrum für Gelenk- und Knochenchirurgie leitet, eine Klinik, in der hochspezialisierte Experten für Hüft- Knie- und Fußchirurgie sowie Schulter-, Ellenbogen- und Wirbelsäulenchirurgie gemeinsam unter einem Dach tätig sind.*

Herr Dr. Rahmzadeh, wann ist eine Arthrose so weit fortgeschritten, dass ein künstliches Gelenk eingesetzt werden sollte?

Für die Arthrose des Kniegelenkes gilt unsere prinzipielle Devise, genauso wie für das Hüft-, Schulter-, Ellenbogen- und Sprunggelenk, dass ein künstlicher Gelenkersatz dann sicherlich gerechtfertigt ist, wenn die Schmerzen derart ausgeprägt sind, dass die Lebensqualität der Patienten dadurch deutlich herabgesetzt ist. Unsere Erfahrung zeigt jedoch, dass den Patienten trotz der nachweislichen Langzeiterfolge von Endoprothesen für die großen Gelenke des Bewegungsapparates häufig zu lange suggeriert wird, man solle doch lieber bis zur Unerträglichkeit der Schmerzen abwarten. Dieses oft jahrelange Abwarten wird meist unter der massiven Einnahme so genannter nicht-steroidaler Antirheumatika (NSAR) überbrückt. Diese führen teilweise zu nicht unerheblichen Nebenwirkungen des Gesamtorganismus und sind in ihrer entzündungshem-

menden und dadurch schmerzlindernden Effektivität ab einem bestimmten Ausprägungsgrad der Arthrose auch nur in beschränktem Maße sinnvoll einsetzbar.

Sollte es möglich sein, durch eine gelenkhaltende Achsenkorrektur die Hauptlastlinie aus der vom Gelenkknorpelverschleiß mehr betroffenen Zone (eines Knie- oder auch Hüftgelenkes) so zu verschieben, dass ein Bereich mit noch vorhandenem gesunden Knorpel die Hauptlast trägt, so geben wir einer solchen Methode den Vorzug. Dies erfolgt beispielsweise bei Korrekturen von O- bzw. X-Beinen. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass noch eine ausreichend knorpeltragende Fläche (z.B. am inneren oder äußeren Gleitlager des Kniegelenkes) übrig ist. Bei gänzlich von der Arthrose befallenen Gelenken macht ein solcher Eingriff allerdings keinen Sinn.

Auch die häufig propagierten so genannten „Knorpelaufbauspritzen“ bringen unserer Beobachtung nach nicht den erhofften Langzeiteffekt. Letztlich existiert bis heute

noch keine wissenschaftliche Studie, die beweist, dass durch derartige Therapien der Knorpel des Menschen tatsächlich geschützt oder gar neugebildet werden kann. Oft erleben Patienten, die jahrelang durch Gelenkschmerzen gepeinigt waren, nach der Implantation eines künstlichen Gelenkes so etwas wie eine „zweite Geburt“ und bedauern es, sich nicht viel eher für diese Operation entschieden zu haben, da sie wieder ein geregeltes Sozialleben führen und die verlorene Lebensqualität wiedererlangt haben.

**Aber es müssen doch nicht immer beide Kniegelenke ersetzt werden. Wann ist dies angezeigt?**

In der Praxis zeigt sich, dass insbesondere degenerative Knorpelerkrankungen nicht immer auf ein Gelenk beschränkt sind. Oftmals tritt das Krankheitsbild – manchmal in unterschiedlicher Schwere – auf beiden Seiten auf. Besonders bei einer Fehlstellung (O- oder X-Beine) sind meist beide Kniegelenke

betroffen, so dass man früher oder später auch davon ausgehen muss, einen beidseitigen Oberflächenersatz vornehmen zu müssen. Meist beginnt das Problem auf der einen Seite, die dann geschont wird. Gleichzeitig wird die andere noch schmerzfreie Seite natürlich mehr belastet, was dann die schon vorhandene Arthrose der bis dato vermeintlich „gesunden“ Seite zu Tage bringt. In diesen Fällen besteht nicht selten die Notwendigkeit, beide Kniegelenke möglichst zeitnah oder sogar simultan in einer Operation zu ersetzen.

**Eine wichtige Sorge der Patienten ist nach wie vor die begrenzte Lebensdauer von Knieendoprothesen. Wie sieht diese heute aus?**

Heute versteht man sehr viel mehr von der Mechanik des Kniegelenkes als noch vor dreißig oder vierzig Jahren. Während früher ein einfaches Scharniergelenk eingesetzt wurde, ist man heute in der Lage, die Gleit/Rollbewegung des menschlichen Originalgelenks mit seinen wandernden Schwerpunkten sehr gut in die Mechanik eines künstlichen Gelenkes zu integrieren. Die Folge ist nicht nur ein physiologisch richtiger Bewegungsablauf, ein völlig unauffälliges Gangbild, sondern auch ein niedrigerer Verschleiß des eingesetzten Oberflächenersatzes.

Bei den heute verwendeten oberflächenersetzenden Knieendoprothesen geht man ähnlich wie bei den Hüftendoprothesen von einer 15-Jahres-Überdauerungszeit von über 90 Prozent aus, d.h. dass nach einem Untersuchungszeitraum von 15 Jahren über 90 Prozent der primär eingesetzten Kunstgelenke noch nicht gewechselt werden mussten! Somit kann man davon ausgehen, dass mit der aktuellen von uns verwendeten Generation von Endoprothesen eine sehr lange, möglicherweise mehrere Jahrzehnte währende prothetische Versorgung gewährleistet werden kann.



**Sollte auf beiden Seiten ein Gelenkersatz erforderlich sein, so nehmen Sie diesen während der gleichen Operation vor. Was bedeutet dies für den Patienten?**

Der gleichzeitig vorgenommene Eingriff an beiden Knien hat eine ganze Reihe von Vorteilen, denn eigentlich ist es ja nur ein Eingriff. Das bedeutet: nur einmal Vollnarkose, einmal das Operationsrisiko und ein Krankenhausaufenthalt. Und, was für den Patienten wohl am wichtigsten ist: eine Rehabilitationsphase. Sie müssen bedenken, dass die große Mehrheit der Patienten sich bereits im fortgeschrittenen Alter (d.h. jenseits der 60) befindet. Eine zweite Operation ist hier nicht nur ungleich beschwerlicher als beim jungen Menschen, sie ist auch Zeit und Lebensqualität raubend.

**Aber dauert denn die Operation nicht viel länger?**

Nein. Dies liegt daran, dass wie bei vielen anderen Eingriffen auch ein wesentlicher Teil der OP-Zeit für die Vorbereitung des eigentlichen Eingriffs verwendet werden muss. Für eine einseitige Knieprothese rechnet man heute mit einer durchschnittlichen OP-Dauer von etwa 90 Minuten. Auch ein beidseitiger Eingriff kommt aber in der Regel mit etwa 90 Minuten aus, da wir in zwei Teams simultan operieren können. In jedem Fall ist dies erheblich weniger belastend für den Patienten als eine erneute Operation, die noch einmal mit allen Risiken und einer daran anschließenden Rehabilitationszeit verbunden wäre.

**Wie schnell ist der Patient nach einem solchen Eingriff wieder auf den Beinen?**

Die Mobilisierung erfolgt am Tag nach der Operation. Der Patient kann dann aufstehen und wird unter krankengymnastischer Begleitung zunächst an zwei Gehstützen zum Gehen angeleitet. Schon nach wenigen Tagen, wenn der verbliebene Wundschmerz des Eingriffs abgeklungen ist, ist er dann bereits in der Lage, kleinere „Ausflüge“ auf dem Flur zu unternehmen. Dabei dienen die Gehhilfen hauptsächlich als psychologische Stütze für den Patienten, denn der Gelenker-



**Dr. Masyar Rahmanzadeh: „Die 15-Jahres-Überlebenszeit von oberflächenersetzenden Knieprothesen beträgt heute mehr als 90 Prozent“.**

satz sitzt von Anfang an fest und ist voll belastbar. Wir operieren heute so, dass die umliegenden Muskeln und Bänder bei dem Eingriff maximal geschont werden. Die endgültige Regeneration und Mobilisierung der Patienten ist dann nach etwa 8-12 Monaten erreicht, wobei nach ca. 2 Wochen die Gehstützen normalerweise entbehrlich sind. Würde man beide Knie getrennt operieren, so fielen eine mindestens doppelt so lange Rehabilitationsdauer an!

**Wenn dann schließlich die OP gut verlaufen und der Gelenkersatz optimal eingeeilt ist: Was kann, was darf der Patient noch an Aktivitäten ausüben?**

Als Faustregel gilt: Gut sind all die Aktivitäten, welche Ausdauer und Mobilität fördern, ohne dem Kunstgelenk eine einseitige Stoßbelastung zuzumuten oder es unphysiologisch zu belasten. Ein gemütliches Tennisdoppel ist sicherlich kein Problem – Joggen sollte aufgrund der permanenten Stoßbelastung jedoch eher vermieden werden. Walking und Fahrradfahren sind sicherlich angemessene Sportarten. Bei der richtigen Mischung aus Aktivität und Rücksichtnahme auf die veränderte Situation hat aber der Empfänger eines modernen Knieimplantats heute sicherlich kaum eine Einschränkung im täglichen Leben zu erwarten.

**Herr Dr. Rahmanzadeh, haben Sie herzlichen Dank für das Gespräch!**

*Prof. Dr. Rahim Rahmanzadeh gehört zu den Wegbereitern und weltweit erfahrensten Spezialisten für den künstlichen Gelenkersatz an Knie und Hüfte.*