

inform exklusiv

Nur in der Ausgabe für Mitglieder
von Physio Austria enthalten:
12 Seiten Berufspolitik, Tipps und
Services für PhysiotherapeutInnen



Zeitschrift von Physio Austria, dem Bundesverband
der PhysiotherapeutInnen Österreichs

Nr. 3 · Juni 2011

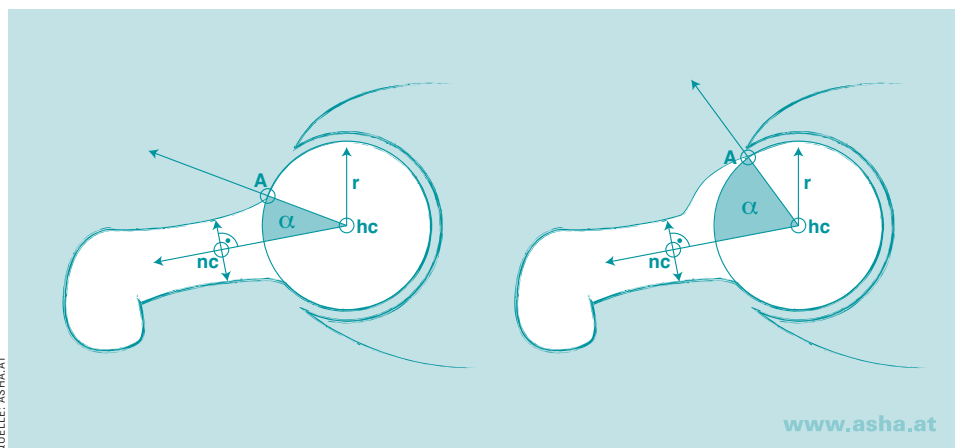
inform

Hüfte und Physiotherapie

Neue sowie laufend verfeinerte
Diagnosemöglichkeiten und
Behandlungsverfahren stellen im
Bereich der Hüfterkrankungen neue
Herausforderungen an ÄrztInnen
wie PhysiotherapeutInnen dar.
Interdisziplinäre Zusammenarbeit ist
gefragt. >>

Nach einem Tag fast schmerzfrei nach Hause gehen

Die Gelenkspiegelung des Hüftgelenks hat in den letzten Jahren als minimalinvasive, gelenkerhaltende Operationsmethode stark an Bedeutung gewonnen.



Alphawinkel nach Nötzli als eine diagnostische Möglichkeit der CAM-Deformität: bei MR Schnitten um den Schenkelhals wird der Winkel zwischen Schenkelhals und dem Punkt, an dem der Knochen die Kreisform des Hüftkopfes verlässt, bestimmt.

Berechnungen zufolge wurden in Österreich im Jahr 2010 mindestens 350 Hüftarthroskopien durchgeführt, Tendenz stark steigend.

Aufgrund der schwierigen Technik und der daraus resultierenden flachen Lernkurve, findet sie derzeit hauptsächlich an spezialisierten Kliniken statt.

Der Zugang zum Hüftgelenk, dem am tiefsten gelegenen Großgelenk, ist besonders schwer. Es muss ein Weichteilmantel von mindestens 10 cm durchdrungen werden. Anders als beim Kniegelenk ist die Gelenkkapsel sehr dick und schwer dehnbar, der Gelenkspalt sehr schmal. Die Operation erfolgt entweder in Vollnarkose oder mit Kreuzstich. Die Instrumente sind der Anatomie des Gelenkes angepasst und manuell steuerbar. Sie lassen sich teilweise im Gelenk biegen und ermöglichen dadurch eine besonders schonende Anwendung.

Über 2–4 Einstiche von nur ca. 10 mm Ausmaß werden 5 mm dünne und bis zu 18 cm lange Kanülen und Spezialinstrumente in das Gelenk eingebracht. Die konkav oder konvex ausgeformten Shaver

passen sich der Anatomie des Gelenkes an. Dadurch können vernarbte Kapselanteile, Verknöcherungen, lose Knorpel und entzündete Gelenksschleimhäute entfernt werden. Mit einer biegbaren Hochvolt-elektrode werden verbliebene Knorpelschichten geglättet und Knochendefekte versiegelt.

Beim Femoroazetabulären Impingement (FAI) werden die überstehenden

Abb. 1

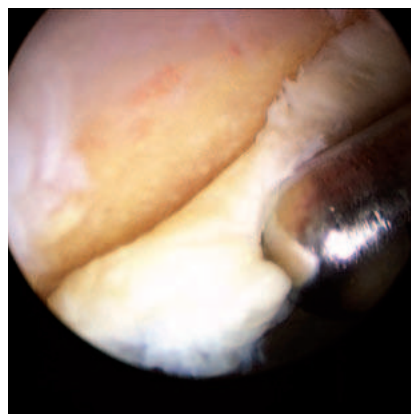


FOTO: DR. CHRISTOPH GEBHART

Knochenanteile abgefräst. Dadurch wird die Kugelform des Oberschenkelkopfes wiederhergestellt (alpha Winkel verbessert). Danach wird das einklemmungsfreie Durchbewegen des Gelenkes unter Video-Kontrolle dokumentiert.

Mit der Hüftarthroskopie erhält man über die Videokamera nahezu in das gesamte Gelenk Einblick. Es können Schäden festgestellt werden, die manchmal im Röntgen nicht erkennbar sind und gleich behandelt werden. Die meisten PatientInnen können nach einer Hüftarthroskopie bereits am ersten postoperativen Tag fast schmerzfrei nach Hause gehen.

Mit der bisherigen (offenen Chirurgischen Luxation) Technik war das alles ohne einen größeren Schnitt und in der Folge einer längeren Immobilität nicht möglich.

Indikationen

Von Seiten der Indikationen ist das Hüft-Impingement (FAI CAM + Pincer) eine klare Indikationsstellung für eine Hüftgelenksspiegelung (Hüftarthroskopie).

In der Sportmedizin steigt mit der genauen Arthro MRT Diagnostik die Anzahl der diagnostizierten Labrum, Knorpel- (Abb. 1) und Ligamentum teres Läsionen (foveales

Abb. 2

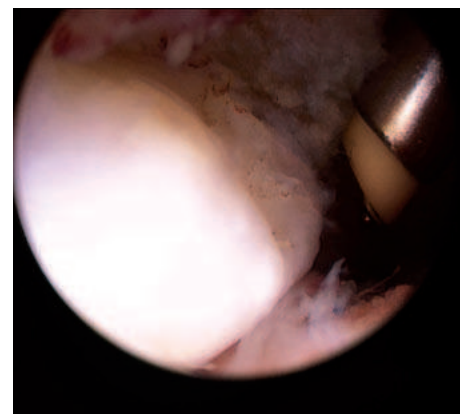


FOTO: DR. CHRISTOPH GEBHART

impingement) welche hüftarthroskopisch behandelbar sind.

Besonders im Leistungssport mit raschem Rehab-Anspruch hat sich die geringe Invasivität arthroskopischer Verfahren durchgesetzt.

Synovitis, Synovektomie und arthroskopische Enchondromentfernung (Abb. 2) sind als Ursprungsdomäne geblieben. Bursitiden (trochanterica) und coxa saltans (externa et interna) sind hüftarthroskopisch behandelbar.

Die Arthroskopische Revision bei unklaren Endoprothesen Problemen ist gut durchführbar. (Abb. 3) Man muss jedoch berücksichtigen, dass die wenigsten endoprothetischen Komplikationen rein arthroskopisch behoben werden können.

□ Dr. Christoph Gebhart

FOTO: PETER KRAPPEL



Neue Herausforderung für PhysiotherapeutInnen

Die Hüftarthroskopie ist eine sehr schonende Variante, Hüftgelenksprobleme zu lindern oder zu beseitigen. Dennoch bedarf es einer genauen, spezifischen Rehabilitation, um die PatientInnen sicher und zügig zu einer hohen Lebensqualität zurückführen zu können.

Recherchen des Wiener Physiotherapeuten, Alexander Baillou, nach Rehabilitationsschemen nach Hüftarthroskopie (HASK) brachten verblüffend unterschiedliche Ergebnisse. Teilbelastungsdauern variierten um fünf Wochen, Sportbelastbarkeit um bis zu drei Monate.

Nach Diskussionen mit KollegInnen und ChirurgInnen in der Österreichischen

Gesellschaft für Hüftarthroskopie (ASHA) schrieb Baillou einige Empfehlungen und in einer Art Reha-Schema zusammen. Im „inform“ stellt er sein Reha-Programm vor, an welchem sich seine Teammitglieder und ein Teil der ASHA-ChirurgInnen orientieren aber auch regelmäßig individuelle Anpassungen vornehmen und diskutieren. So entwickelt sich die noch relativ neue Rehabilitation nach HASK ständig weiter. >>

Abb. 3

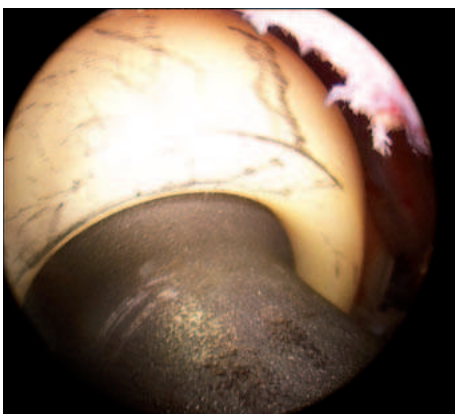


FOTO: DR. CHRISTOPH GEBHART

Die Grundsätze:

Eine gelenkserhaltende Operation verlangt nach einer gelenkserhaltenden Rehabilitation.

Die chirurgisch gesetzten Maßnahmen sind genau zu kennen.

Kenntnis der präoperativen Pathomechanik ist Voraussetzung.

Wundheilungsphysiologie und -phasen sind zu kennen, Abweichungen zu erkennen und Anpassungen vorzunehmen.

Rehabilitation nach HASK ist individuell, spezifisch und progressiv zu gestalten.

Es hat sich in der Praxis bewährt, die/den PatientIn schon zu einem präoperativen Termin zu bestellen. Ein eigener physiotherapeutischer Befund ist von Vorteil, weiters können organisatorische Dinge erledigt, dem/r PatientIn der Umgang mit Krücken beigebracht und ein Ausblick auf die nächsten Wochen gegeben werden.

Nach der Operation ist der Informationsfluss zwischen OperateurIn und PhysiotherapeutIn besonders wichtig, um Details über die gesetzten chirurgischen Maßnahmen zu erhalten. Die gängigsten chirurgischen Maßnahmen sind:

Reha-Schiene FAST TRACK

- Cam Resection
- Pincer Resection
- Synovektomie
- Labrum Trimming
- Knorpel Shaving

Reha-Schiene SLOW TRACK

Wie Fast Track plus:

- Labrumrefixation
- Microfracturing
- Große Cam/Pincer Resection

Abb. 1 Labrumrefixation

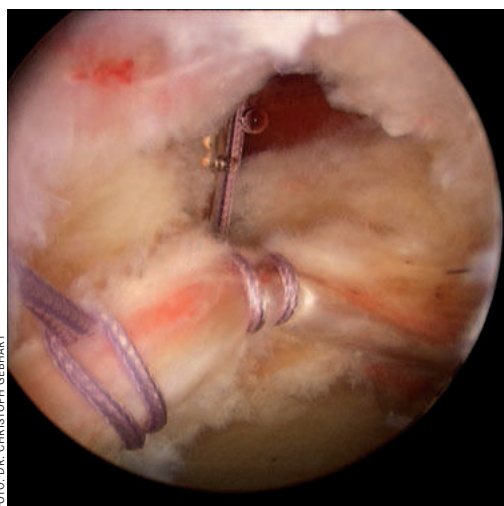


FOTO: DR. CHRISTOPH GEBHART



Die Reha-Schiene **Fast Track** umfasst die derzeit häufigsten Operationsvorgänge. Sie sind verhältnismäßig rasch zu rehabilitieren. Schon in der Frühphase nach der OP sind passive (zum Beispiel manuelle Therapie im schmerzfreien Bereich) und gering intensive aktive Bewegungen erlaubt und gewünscht. Eine Teilbelastung für cirka zwei Wochen mit etwa halbem Körpergewicht hat sich bewährt, einerseits aus Gründen von Schmerz und Gangbild, andererseits unter Rücksichtnahme auf die Turnoverzeit der Synovialflüssigkeit von cirka zehn Tagen, um den schlecht geschmierten und unterernährten hyalinen Knorpel zu schonen. Nach rund zwei Wochen wird, je nach Schmerzzustand und Gangbild, langsam die Belastung des operierten Beines aufgebaut (z.B. 3. Woche 4P-Gang, 4. Woche Krücken nur noch bei Bedarf). Unterwassertherapie hat sich als hilfreich erwiesen, um das Gangbild nach der Zeit mit Krücken möglichst hinkfrei zu gestalten.

Ergometertraining mit geringem Führungswiderstand und geringer Trittfrequenz

Eine gelenkserhaltende Operation verlangt nach gelenkserhaltender Rehabilitation.

(60 RPM) sollte, unter Rücksichtnahme auf Bewegungsausmaß und Schmerz, möglichst früh begonnen werden. Ein Aufbau-training mittels koordinativer und kräftiger Übungen ist im schmerzfreien Bereich (Schmerz tritt bei zumeist höhergradiger Flexion und manchmal bei Rotationen auf) nach ca. 3–4 Wochen nach der Operation notwendig. Je weiter die Reha voranschreitet, desto individueller ist sie zu gestalten. Auch die volle Sportbelastbarkeit hängt stark von dem Bild des hyalinen Gelenkknorpels während der Operation ab.

Die Reha-Schiene **Slow Track** ergibt sich aus entweder sehr umfangreichen Resektionen am Knochen, bzw. vor allem durch Labrumrefixation (relativ häufig, siehe Abb. 1) und Microfracturing als Knorpel-procedure (relativ selten). Ein genähtes Labrum braucht Zeit bis es stabil angewachsen ist, es sollte in dieser Zeit nicht in seiner Heilung gestört werden (4–6 Wochen Flexions- und Rotationseinschränkung, längere Teilbelastungszeit mit Krücken und streng schmerzfreie aktive und passive Bewegungen). Nach Microfracturing steht vor allem die längere und strengere Teilbelastungszeit und der häufige, gering intensive, langsam steigende, passive Bewegungsreiz (Manuelle Therapie, CPM) im Vordergrund.

Die Entscheidung ob Fast Track oder Slow Track ist von der/dem ChirurgIn mit den intraoperativen Befunden und gesetzten Maßnahmen zu treffen. Der/Die PhysiotherapeutIn sollte Abweichungen der Wundheilung während der Rehabilitationsphasen erkennen und gegebenenfalls Anpassungen vornehmen. Individuelle Anpassung während des gesamten Reha-Verlaufs unter Berücksichtigung der präoperativ erhobenen Befunde und gesetzten Ziele erhöht die Chance auf raschen Erfolg und letzten Endes die Patientenzufriedenheit.

■ Alexander Baillou, PT

Vorankündigung:

Am 30. September 2011 findet in Wien in Kooperation mit dem Landesverband Wien von Physio Austria und der Österreichischen Gesellschaft für Hüftarthroskopie ein Workshop „FAI und HASK“ statt. Infos unter wien@physioaustria.at und www.asha.at