

VERHALTENSEMPFEHLUNGEN NACH HÜFT-TOTALENDOPROTHESE (TEP)

Sehr geehrte Patient:innen,

das Hüftgelenk ist ein Kugelgelenk, welches seit Jahrzehnten erfolgreich durch einen endoprothetischen Ersatz in seiner Funktion nachgeahmt werden kann. Einen normalen Heilverlauf vorausgesetzt, gibt es mittel- bzw. langfristig hinsichtlich der alltäglichen Aktivitäten nahezu keine Einschränkungen. Etwaige grundsätzliche Einschränkungen in den ersten Wochen und Monaten bzw. langfristige Probleme ergeben sich aus dem grundsätzlich zu erwartenden Abrieb der Gleitpaarung, aus dem anfänglichen Ausrenkungsrisiko der Hüftgelenksprothese (es muss sich eine Hüftgelenksersatzkapsel bilden, was ungefähr 10-12 Wochen dauert) und dem Knochenbruchrisiko in Nähe der eingebrachten Implantate bei Spitzenbelastungen.

Ausrenkungsrisiko:

Innerhalb der ersten 12 Wochen besteht grundsätzlich bei bestimmten Bewegungen ein erhöhtes Ausrenkungsrisiko der Prothese in Abhängigkeit von der Bewegungsrichtung nach hinten oder vorn. Sowohl Übereinanderschlagen des operierten Beines über die Mittellinie als auch eine Auswärtsdrehung im Hüftgelenk ist streng zu vermeiden. Speziell auf das Vermeiden eines kombinierten Anbeugens $>90^\circ$ mit zusätzlicher Innendrehung sollte geachtet werden. Auch das freie Abspreizen gegen zu großen Widerstand ohne sichernde Therapeuten-/ Geräteführung ist innerhalb dieses Zeitraums untersagt.

Risiko Protheseneinstauchung/ Knochenbruch um die Prothese:

Insbesondere zementfreie Prothesen verwachsen sich erst nach 3 Monaten ausreichend, selbst wenn sie durch Pressverklebung bei der Operation belastbar eingesetzt wurden. Durch zu große Krafteinwirkung (z. B. unvorsichtiger Abruptauftritt, Stolpern, Sprung) kann die Prothese ihre Lage im Knochen, bis schlimmstenfalls zum umgebenden Knochenbruch bzw. Lockerung oder Stauchungsverkürzung, ändern. Vermeiden Sie in jedem Fall heftige Stoßbewegungen, unsicheres Gelände und Sturzrisiken für zumindest 3 Monate. Falls Sie noch eine Entlastungsvorgabe haben, sollten Sie auch stets das operierte Bein am langen Hebel teilunterstützen.

Schlafposition:

Während des stationären Aufenthaltes sollte die Rückenlage, sofern möglich, bevorzugt werden. Zwischen den Beinen ist, um ein unwillkürliches nächtliches Überschlagen zu vermeiden, ein Spreizkeil oder ein Kissen zwischen die Beine zu legen. Zumindest in den ersten 2-4 Wochen sollte die Seitlage auf dem operierten Bein vermieden werden (seitlicher Druck und Weichteilirritation). Im Verlauf nach 2 Wochen sollte bei Seitenlage auf der nicht-operierten Seite ein Kissen zwischen die Beine gelegt werden. Sofern die gesicherte Seitposition konstant eingehalten werden kann und die Hüftbeugemuskulatur nicht mehr verkürzt ist, kann nach ca. 6 Wochen auch auf die Bauchlage übergegangen werden.

Sitzen:

Wie angedeutet, ist eine Hüftbeugung von mehr als 90 Grad in den ersten 4-6 Wochen nach OP wegen des Ausrenkungsrisikos nach hinten zu vermeiden. In Abhängigkeit von den häuslichen Sitzgelegenheiten sollten entsprechende Sitzkissen (nicht verordnungsfähig) unterlegt werden. Sitzmöbel, die eine Sitzfläche tiefer als das eigene Kniegelenk haben, sollten entsprechend zunächst vermieden werden (wie z. B. tiefer Sessel bzw. tief eingestellter Autositz). Gleichlautend ist eine hockende Körperposition innerhalb der ersten 3 Monate nicht erwünscht. Tiefer Fersensitz sollte dauerhaft unterlassen werden. Hinsichtlich des Toilettensitzes kann auf Nachfrage (abhängig von häuslicher Sitzhöhe, Körpergröße und Muskelkraft) eine entsprechende Verordnung (Toilettensitzerhöhung) erfolgen. Längeres Sitzen >1-2 Stunden sollte in den ersten 6 Wochen vermieden werden.

Autofahren:

Um in einer akuten Gefahrensituation andere Verkehrsteilnehmer:innen nicht zu gefährden, sollten Sie ein Auto wegen des Ausrenkungsrisikos frühestens nach 4-6 Wochen selbst führen (dies gilt auch bei Automatikgetriebe). Als Mitfahrer können Sie jedoch frühzeitig das Auto bei nicht zu tiefer Sitzposition benutzen. Generell gilt, dass Sie sich bei Kupplungsgetriebe und linksseitiger, speziell zementfreier Prothesenverankerung, ggf. einen zeitlichen „Aufschlag“ von 4 Wochen bis zur besseren muskulären Gelenksicherung gönnen sollten. Sollten Sie die Gehhilfe nur noch auf längerer Gehstrecke benötigen (ca. >500 m) oder aus anderer Ursache, sind Sie selbst für die globale Sicherheitsbeurteilung und realistische Einschätzung des schmerzfreien Reaktionsvermögens bei der Pedalnutzung mitverantwortlich. Ihre Hüfte sollte in jedem Fall schmerzfrei, voll belastbar und ausreichend beweglich sein. Stellen Sie beim Einsteigen entsprechend den Sitz nach hinten und setzen Sie sich zunächst seitlich hin. Drehen Sie anschließend Ihre Beine und Ihren Körper gleichzeitig ins Auto und stützen Sie sich dabei mit den Händen am Armaturenbrett bzw. an der Rückenlehne auf. Anschließend sollte der Autositz in die richtige Position mit möglichst hoher Sitzfläche, sofern regulierbar, eingestellt werden. Beim Aussteigen machen Sie es entsprechend umgekehrt, d. h. nach Öffnen der Autotür sollten Sie den Sitz zunächst maximal nach hinten stellen und den Körper bzw. die Beine gleichzeitig und zusammen nach außen drehen. Stellen Sie sich dann unter unterstützender Zuhilfenahme der Hände hin.

Anziehen:

Das Anziehen der Schuhe bzw. Strümpfe kann zunächst Probleme bereiten. Eine tief hockende als auch extrem weit nach vorn gebeugte Position ist wegen der übermäßigen Hüftbeugung zu vermeiden. Das Überschlagen des operierten Beines in 4er-Position ist unbedingt zu unterlassen. Hier kann Ihnen ein langer Schuhlöffel bzw. eine Strumpfanziehhilfe weiterhelfen. Ggf. können Sie die Schuhschnürung lockerer halten oder Schuhe mit Klettverschluss nutzen.

Schuhe:

Benutzen Sie insbesondere in den ersten Wochen festes Schuhwerk. Hohe und insbesondere schmale Absätze sollten wegen der Unsicherheit beim Gehen vermieden werden. Auch in den Sommermonaten sollte eine entsprechende Fersensicherung angestrebt werden, d. h. Sandaletten oder Pantoffeln sind kein sicheres Schuhwerk. Eine veränderte Schuhschnürung (elastische Schnürsenkel) oder Klettverschlüsse können hilfreich sein (ggf. + Greifzange). Im Zweifel besser bei Strümpfen und Schuhen helfen lassen bzw. nur selbst, wenn es bei guter Beweglichkeit absolut weich, ohne Beinverdrehung und zwanglos geht. Ein ggf. zu verordnendes Fersenkissen oder eine Schuhänderung wird bei relevanten Beinlängendifferenzen (i. d. R. $>0,5-1$ cm) durch den:die Arzt:in verordnet. Mitunter können sich relative Beinlängenunterschiede bei muskulärer Verspannung oder Beckenverwringung noch ausgleichen. Eine Überlänge der OP-Seite $>0,5-0,75$ cm sollte i. d. R. (Ausnahme: Gegenseite schon schmerzhaft) vermieden werden.

Hilfsmittel:

Jede:r Patient:in erhält nach der Operation für die ersten Wochen bzw. Monate entsprechende Gehhilfsmittel. Bei ausreichender Gangsicherheit würde es sich am ehesten um Unterarmgehstützen handeln. Bei entsprechender vorbestehender Gangunsicherheit, u. a. auch aufgrund anderer Erkrankungen (Knie, Hüfte der Gegenseite, Wirbelsäule) sind andere Gehhilfsmittel wie das Gehbänkchen oder der Rollator angezeigt. Andere Hilfsmittel wie Toilettensitzerhöhung, Sitzkissen, Strumpfanziehhilfe und die entsprechende Schuhversorgung wurden bereits angesprochen.

Gehstützen:

Innerhäuslich ist auf Zimmerebene bei sehr vorsichtigem Schritt ab Wundheilung Gehen mit 1 Gehstütze erlaubt.

Bei Zementierung bzw. Teilzementierung Schaft (einwandfreier Knochen- und Verankerungsstatus), können die Gehhilfen abhängig von Gangsymmetrie, Muskelraft und Schmerz-/ Reizzustand ab der 3.-4. postoperativen Woche innerhäuslich langsam auf 1 Gehstütze auf der Gegenseite auf kurzen Wegen (ca. 100-150 m) reduziert werden. Außer Hause dürfen Sie frühestens ab der 6. Woche ohne Gehhilfen gehen. Gangbild, Resthinken, Schmerzfreiheit und Ausdauer entscheiden dann über die Strecke des freien Gehens.

Bei zementfreier Implantation ist die Entscheidung komplexer: Die Prothesenkomponenten müssen neben der stabilen Pressverankerung zusätzlich für eine Zeit des Knochenwachstums vor Mikrobewegungen geschützt werden. 1 Gehstütze auf der Gegenseite ist i. d. R. innerhäuslich bis ca. 100 m am Stück erst ab der 3. Woche zulässig (Zusatzvotum des:der Therapeut:in sinnvoll). Außer Hause kann ab der 4. Woche mit 1 Gehstütze zwischen 100-250 m belastet werden (nur wenn ausreichende Beinstabilität ohne Ausweichhaltung). Darüber hinaus ist im Freien ein komplettes Weglassen der Gehstützen erst dann sinnvoll, wenn die hüftumgreifende Beckenmuskulatur ausreichend aufgebaut ist, ein ruhiger Einbeinstand möglich ist und Sie ein flüssiges-harmonisches Gangbild zeigen (dies ist i. d. R. erst nach 6 Wochen der Fall). Nordic Walking Stöcke können ab der 4. Woche eine Alternative sein.

Gehstrecke:

Eine grundsätzlich vorgeschriebene Gehstreckenlimitierung gibt es eigentlich nicht. Sie sollten stets Ihre Kondition und muskuläre Sicherheitsreserve realistisch einschätzen. Ebene Gehwege ggf. mit Unterbrechungsmöglichkeit zum Sitzen sind in den ersten 4 Wochen zu bevorzugen. Größere Steigbeanspruchung ist erst ab ca. 6 Wochen dosiert auszuprobieren. Mäßige Schrägen können ca. ab der 3. Woche begangen werden. Als Faustregel empfehlen wir in den ersten 2 Wochen max. 250 m am Stück, ab der 2.-3. Woche max. 500-1500 m am Stück und dann bis zur 6. Woche max. 2-3 km am Stück mit (!) Gehhilfen. Das Gelände sollte stets ausreichend gesichert, nicht zu uneben oder rutschig sein. Im Dunkeln sieht man naturgemäß schlechter und weniger! Darüber hinaus sollten Sie in der ersten Zeit auch längeres Stehen auf der Stelle (>15-30 min. bis zur 6. Woche; >30-45 min. bis zur 12. Woche) wegen Ermüdungstendenz der Muskulatur besser unterlassen.

Treppensteigen:

Beim Hinaufgehen sollte eine Hand das Geländer umgreifen, die andere den Gehstock. Das gute (nicht operierte) Bein steigt zuerst, dann das andere Bein und zum Schluss der Gehstock. Beim Hinuntergehen geht das schlechte Bein zusammen mit dem Gehstock zuerst, anschließend folgt das gute (nicht operierte) Bein. Gehen Sie jeweils nur eine Stufe.

Merke: „Das gute Bein zum Himmel, das schlechte zur Hölle.“

Tragen von Lasten:

Langfristig gibt es hinsichtlich des Tragens von Lasten, die 20% des eigenen Körpergewichtes nicht überschreiten, keine Einschränkungen. Die Lasten sollten entsprechend rumpfnah getragen werden. Hebelnde Bewegungen unter Zuhilfenahme des Oberschenkels oder der Hüfte sind zu vermeiden. Beim Heben und Tragen schwerer Lasten, was nicht grundsätzlich verboten ist, sollte aber eine entsprechende allgemeine Vorsicht gelten.

Baden und Duschen:

Sofern die Wunde ohne Probleme geheilt ist und Sie eine trockene und reizlose Narbe haben, ist anschließend zumindest das Duschen erlaubt. Es sollte für eine entsprechende rutschfeste Unterlage gesorgt werden. Günstig ist eine ebenerdige Dusche mit niedrigem oder nicht vorhandenem Duschwannenrand. Ggf. sollte ein stabiler Kunststoffhocker in die Dusche gestellt werden und Sie sollten sich durch andere Personen beim Einsteigen in die Dusche helfen lassen. Beim Baden ist zu beachten, dass innerhalb der ersten 3 Monate die tief sitzende Position mit weit angewinkelten Beinen nicht erwünscht ist, inwiefern hier ein Badesitz weiterhilft, muss vor Ort entschieden werden.

Schwimmen:

Gehört allgemein zu den gut verträglichen Sportarten nach Hüftprothesenimplantation. Hinsichtlich der Schwimmsportarten sollte beachtet werden, dass die extreme Abspreizbewegung beim Brustschwimmen eine größere Belastung für die hüftgelenksumgreifende Muskulatur darstellt und insofern nach Möglichkeit nicht bevorzugt wird. Andere Schwimmarten sind ohne Einschränkung möglich.

Sexualpraxis:

Hier gelten die o. g. anfänglichen Einschränkungen der unterschiedlichen Bewegungsrichtungen. Geschlechtsverkehr in Seitenlage ist relativ frühzeitig (ca. 6 Wochen nach Eingriff) möglich.

Die sog. Missionarsstellung ist bei der endoprothetisch versorgten Frau innerhalb der ersten 12 Wochen eine mögliche Alternative.

Beim hüftoperierten Mann raten wir zur sog. Reiterstellung. Eine weitere Option ist die Seitlage zunächst speziell auf der operierten Seite (Sicherung durch Auflage). Ansonsten zählt das Motto: „Liebkosen mit den Händen und anderen Sinnen.“

Sport:

Wird nach nochmaliger Röntgenkontrolle frühestens 4-6 Monate nach dem Eingriff empfohlen. Allgemein sind Sportarten mit gleichförmiger Belastung, d. h. ohne entsprechende Spitzenbelastung oder erhöhtes Sturzrisiko, zu bevorzugen. Hier ist vor allen Dingen Schwimmen, Radfahren, leichtes Jogging, Nordic Walking, ggf. Langlauf zu nennen. Auch die täglich allgemeine Gymnastik ist empfehlenswert. Ballsportarten, Kontaktsportarten und Kampfsportarten bürgen ein grundsätzlich höheres Unfallrisiko und führen theoretisch zu einem vorzeitigen Verschleiß bzw. einer möglichen Prothesenlockerung. Bei stattgehabtem Prothesenwechsel und schlechter Knochenqualität sollten allenfalls gedämpfte und hüftentlastete, quasi gymnastische Bewegungsübungen ohne Leistungsgedanken erfolgen.

Röntgenkontrollen:

Sind in Abhängigkeit vom gewählten Prothesentyp und der Verankerungstechnik empfohlen nach ca. 2-3 Monaten, d. h. bei Gehstützenentwöhnung. Danach ist bei Beschwerdefreiheit eine Röntgenkontrolle max. alle 1-2 Jahre (bei beschwerdefreier Funktion bis zum 15. Lebensjahr der Prothese und unauffälliger Arztkontrolle ggf. auch alle 3-5 Jahre unter Mitabwägung der Strahlenbelastung) zu empfehlen. Bei Wechseloperationen mit dem statistisch grundsätzlich erhöhten Ausrenkungs-, Knochenbruch- und Lockerungsrisiko sind die ausdrücklich vom Operateur festgelegten Vorgaben unbedingt einzuhalten und ggf. mit diesem Rücksprache zu nehmen.

Entzündungsvorbeugung:

Das Fremdkörpermateriale ist ein Ort höherer lokaler Infektionsgefährdung! Deshalb sollten Sie bei fieberhaften Allgemeininfekten, Eiterherden oder unklarer aber möglicher bakterieller Streuungsgefahr (auch blutige Zahneingriffe) eher eine antibiotische Abdeckung mit Ihrem/Ihrer behandelnde:n Arzt:in besprechen. Im Falle einer unvorhergesehenen Schwellung um die Narbe, Überwärmung oder gar Rötung sollten Sie zeitnah Kontakt zu Ihrem/Ihrer behandelnde:n Facharzt:in oder Operateur:in aufnehmen.

Motto: „Lieber einmal zu viel als zu spät!“

Ihr Orthopädie-Behandlungs-Team der m&i-Fachkliniken Hohenurach