



Künstliche Gelenke und Adipositas: Mit dem BMI steigt das Komplikationsrisiko, doch Vorteile überwiegen

Immer mehr stark Übergewichtige brauchen ein künstliches Hüftgelenk, doch gerade bei dieser Patientengruppe kann der Eingriff schwierig werden. Wie sich Risikofaktoren reduzieren lassen und das Einsetzen einer Hüftprothesen gelingen kann, erörterten heute Experten beim 17. EFORT-Kongress in Genf.

Genf, 2. Juni 2016 - Jeder zehnte Patient, der in Europa ein künstliches Hüftgelenk benötigt, ist fettleibig. Eine große Herausforderung für die orthopädische Chirurgie, denn wer allzu viele Kilos auf die Waage bringt, muss mit Komplikationen rechnen. Inzwischen kristallisieren sich aber immer mehr Möglichkeiten heraus, um Sicherheit und Erfolg von Hüft-Implantationen bei adipösen Menschen zu verbessern. „Aus ärztlicher Sicht ist es jedenfalls sinnvoll, auch extrem fettleibigen Menschen bei Bedarf eine Hüftprothese einzusetzen. Das ist die effektivste Methode, um die Beweglichkeit von Personen mit schweren Arthrosen wieder herzustellen. Die Alternative wären chronische Schmerzen, Behinderung und sogar Pflegebedürftigkeit“, so das Resümee von Prof. Sébastien Lustig (Croix-Rousse Universitätsklinik Lyon, Frankreich) und Prof. Sébastien Parratte (Universität Aix Marseille, Frankreich) beim 17. Jahreskongress der Europäischen Fachgesellschaften für Orthopädie und Traumatologie (EFORT) in Genf.

Höherer BMI – größeres Risiko

Einer Schweizer Studie zufolge sind vor allem Adipöse ab einem BMI von 35kg/m² Risikokandidaten für Nachoperationen und Infektionen: Einer Auswertung von 2.500 Knieprothetik-Daten zufolge brauchen Patienten ab diesem BMI im Vergleich zu anderen doppelt so oft Revisionsoperationen und leiden auch doppelt so oft an tiefen Infektionen.

„Adipositas ist nicht nur ein biomechanisches, sondern auch ein biologisches Problem“, so Prof. Lustig. „Es stimmt zwar, dass jedes Pfund Körpergewicht tragende Gelenke wie das Knie mit einem Druck von vier bis sechs Pfunden belasten. Doch die Wirkung von Übergewicht ist viel komplexer, das muss in der orthopädischen Chirurgie immer mitbedacht werden.“ So hat sich inzwischen die Erkenntnis durchgesetzt, dass Fettleibigkeit, metabolisches Syndrom und kardiovaskuläre Erkrankungen auf komplexe Weise zusammenspielen. Sie begünstigen Entzündungsprozessen und Knorpeldegeneration, die an der Entstehung von Arthrosen beteiligt sind. Diabetes, eine der typischen Komorbiditäten von Adipositas, erhöht das Infektionsrisiko bei Hüftoperationen um zehn Prozent, und sollte daher unbedingt vor der Operation gut behandelt werden. Andere infektionsvermeidende Maßnahmen sind Raucherentwöhnung vor der OP, eine spezielle Vorbereitung der Haut und die Verwendung von Knochenzement mit Antibiotika. Sie sind im Fall von starkem Übergewicht besonders wichtig.

Präoperative Patientenaufklärung sollte auch Gewichtsreduktion ansprechen

Mitentscheidend für den Erfolg einer Hüft-OP ist die präoperative Aufklärung der Patienten. „Auch wenn es keine offizielle Gewichtsgrenze für das Implantieren von Gelenkprothesen gibt: Gerade bei Fällen von krankhafter Adipositas, also ab einem BMI von 40 kg/m², wäre es sehr angezeigt, vor der

OP Kilos loszuwerden“, sagt Prof. Parratte. Die Operateure sollten daher mit den Patienten alle Risiken durchgehen, die sich bei einem Eingriff ohne vorherigen Gewichtsverlust ergeben können. Außerdem sollte die Möglichkeiten besprochen werden, um Gewicht zu reduzieren – wenn nötig auch chirurgische Optionen wie das Einsetzen eines Magenbandes. Vor der Operation müssen Patienten zudem genau darüber informiert werden, was sie mit dem neuen Hüftgelenk tun können und was nicht. „Gerade bei Adipösen ist die Gefahr einer Dislokation höher als bei Normalgewichtigen“, betont Prof. Lustig. Vermutet wird auch, dass aseptische Lockerungen von Hüftendoprothesen bei Fettleibigkeit häufiger vorkommen. Diese entsteht vor allem durch Abriebpartikel oder fehlende initialer Stabilität des Implantats. „Um eine Dislokation der Hüfte zu vermeiden, haben sich künstliche Hüftgelenke bewährt, die einen hohen Offset haben sowie einen verminderten Abduktionswinkel der Gelenkspfanne und einen größeren Hüftkopfdurchmesser“, erläutert Prof. Lustig.

Operationstechnik muss passen

Schließlich spielt auch die passende Operationstechnik eine wichtige Rolle für erfolgreiche Eingriffe. „Die operierenden Ärztinnen und Ärzte sollten bei adipösen Patienten nur jenen chirurgischen Zugang wählen, der ihnen bestens vertraut ist. Minimal invasive Eingriffe sind jedenfalls nicht angezeigt“, so Prof. Parratte. Da es in Zukunft immer mehr adipöse Menschen geben wird, die einen Gelenkersatz benötigen, könnten spezielle Operationstechniken Schule machen. Eine Empfehlung lautet etwa, dass orthopädische Chirurgen bei adipösen Patienten maßgeschneiderte patientenspezifische Schablonen als Führung verwenden, wenn sie eine Prothese anpassen. Das steigert die Genauigkeit, reduziert Blutverlust und Operationszeit und hilft zudem, die Größe von Schnitten und Implantaten bei Patienten mit großem BMI richtig zu bemessen. Mit patientenspezifischen Schablonen kann zudem die mechanische Achse verlässlicher wiederhergestellt werden.