

Absender:
Evangelisches Krankenhaus Wien
gemeinnützige BetriebsgmbH
A-1180 Wien, Hans-Sachs-Gasse 10-12

IMPRESSUM: Herausgeber: Evangelisches Krankenhaus Wien
1180 Wien, Hans-Sachs-Gasse 10-12, Tel.: (01) 404 22-503
www.ekhwien.at, c.pekatschek@ekhwien.at
Redaktion: Claudia Pekatschek, Mag.ª Martina Schwarz,
Mag.ª Karin Hönig-Robier
Fotos: Evangelisches Krankenhaus Grafik: groesel@groesel.at

Österreichische Post AG / Sponsoring, Post Verlagspostamt 1180 Wien – GZ: 07Z037534S

► **Im Focus: Bandscheibenvorfall**

Konservativ behandeln oder operieren?



Prim. Dr. Sascha Sajer
Facharzt für physikalische
Medizin und
allgemeine Rehabilitation

Bei Bandscheibenvorfällen der Lendenwirbelsäule sind so genannte konservative Maßnahmen immer die erste Wahl. Dafür können wir heute ein breites Spektrum anbieten: Akute Schmerztherapie mit Tabletten, Infiltrationen und Infusionen sowie Tipps zur Rückenschonung und physiotherapeutische Übungen.

Sind die Schmerzen im Abklingen, empfiehlt es sich, im Anschluss an die akute Erkrankung sein Leben dauerhaft rückenfrendlich zu optimieren. Das bedeutet, ab in ein gutes Fitness-Center und dort regelmäßig ganz gezieltes Kraft-Training zur Stärkung der Rumpfmuskulatur durchführen. Um den Körper gezielt und wirbelsäulengerecht zu kräftigen, sollte das Training nicht nur auf die Rückenmuskeln, sondern auch auf Bauch-, Bein- und Schulter ausgedehnt werden.



Dazwischen am besten regelmäßig Entspannungsübungen durchführen und die Arbeitsstellung so oft wie möglich wechseln.



OA Dr. Michael Nicolakis
Facharzt für Orthopädie und
orthopädische Chirurgie,
Spezialist für
Wirbelsäulenchirurgie

Schmerzen, die lokal auftreten oder in die Beine ausstrahlen, sind an sich nicht unbedingt Anlass für einen operativen Eingriff. Anders verhält es sich, wenn durch den Vorfall ein Nerv so stark gedrückt wird, dass Lähmungserscheinungen in Bein oder Fuß, Taubheitsgefühle im Genitalbereich oder Potenzstörungen auftreten. Da sollte man nicht mehr lange zuwarten, denn ist der Nerv einmal verletzt, können die beeinträchtigte Nervenleitfähigkeit und damit die Lähmung immer schlimmer werden.

Eine sofortige Operation ist angesagt, wenn Blase oder Darm nicht mehr kontrolliert werden, sonst droht dauernde Inkontinenz.

In allen anderen Fällen kann man operieren, muss aber nicht. Die Entscheidung pro/contra Operation hängt auch vom allgemeinen Gesundheitszustand des Patienten ab und davon, wie gut ihm konservative Maßnahmen wie Schmerzinfusionen, Physiotherapie oder Rückenmuskeltraining geholfen haben.

Studien der letzten Zeit haben gezeigt, dass operierte Patienten sich etwa dreimal schneller erholen als nicht operierte.

Aus Gründen der Lesefreundlichkeit verzichten wir auf das Gendern von Substantiven. Selbstverständlich wenden wir uns mit dieser Publikation gleichermaßen an Frauen und Männer.



**SONDERAUSGABE
ORTHOPÄDIE**



► **Sportaktivitäten mit Kunstgelenk**

Endlich wieder schmerzfrei sporteln!

Die Karriere als Freizeitsportler muss durch ein künstliches Gelenk nicht beendet sein. „Ob Alpinski, Schilanglauf, Radfahren, (Berg-)Wandern, Nordic Walking oder Schwimmen – viele Sportarten sind auch mit einem Kunstgelenk in Hüfte oder Knie wieder möglich und sogar empfehlenswert“, erklärt Univ.-Doz. Dr. Thomas Müllner, Vorstand der orthopädischen Abteilungen am Evangelischen Krankenhaus

Wien. Meiden sollte man aber jene Sportarten, die jähe Stop-and-Go-Bewegungen erfordern, also etwa Tennis, Squash oder Mannschafts-Ballsport. Auch vom Patienten ist aktive Mitarbeit gefordert: „Träger einer Endoprothese müssen vor, während und nach der Reha auch selbst einiges dazu beitragen, dass sie wieder so fit und gelenkig werden“, betont Oberarzt Dr. Andreas Gfrerrer, Orthopädischer Chirurg.

Jährlich erhalten knapp 26.000 ÖsterreicherInnen ein künstliches Hüft- oder Kniegelenk. Tendenz: steigend. Viele davon möchten danach nicht nur wieder schmerzfrei mobil sein, sondern auch gewohnte Sportarten wieder ausüben können. Die modernen minimal-invasiven OP-Techniken und hochwertige Implantate machen dies möglich.



16. Februar am Stubleck/Semmering: Prim. Dr. Thomas Müllner (Mitte) und die Gruppe ehemaliger Knie- oder Hüft-Patienten genossen schmerzfreies Schivergnügen

► **Moderne Medizintechnik**

„Halbschlitten“ statt komplettes Kniegelenk?

Bei fortgeschrittener Arthrose finden sich Knorpelschädigungen im gesamten Kniegelenksbereich. In dem Fall ist die so genannte Total-Endoprothese für viele Patienten die einzige Möglichkeit, schmerzfrei zu werden und mobil zu bleiben.

Bei manchen Patienten sind die Knorpelschäden aber nur isoliert im äußeren oder inneren Kniegelenksbereich vorhanden.

Für diese Patienten ist eine Teilprothese, der so genannte „Halbschlitten“, eine ausgezeichnete Alternative. Im Vergleich zum vollständigen Kunstgelenk ist dieser Eingriff wesentlich schonender: weniger Schmerzen und Blutverlust, kürzerer Klinikaufenthalt und eine raschere Rehabilitation wodurch es auch zügiger zu einer sehr guten Beweglichkeit kommt. Allerdings bedarf der Halbschlitten einer ganz präzisen Implantation, die bis jetzt



Hohe Patientenzufriedenheit dank präziser High-Tech-Navigation:
v.l.: Doz. Dr. Max Böbler,
Univ.-Doz. Dr. Gerald Pflüger und
Primaria Dr. Sabine Junk-Jantsch

auch für geübte orthopädische Chirurgen eine große Herausforderung darstellt.

Als eines der ersten Zentren steht nun im Evangelischen Krankenhaus eine neue Technologie zur Verfügung, die es ermöglicht, auch Teilprothesen mittels Computer-Navigation anatomisch exakt zu implantieren.

Diese High-Tech-Methode lässt es zu, auch die Bandspannung in Streckung und Beugung zu optimieren. Dadurch wird das Knie nicht nur schmerzfrei voll beweglich, sondern auch ausreichend stabil für verschiedene sportliche Aktivitäten.

Wir verwenden diese Navi-Technik seit 15 Jahren beim kompletten Kniegelenkersatz und erzielen damit eine Patientenzufriedenheit von über 90%. Unsere ersten Erfahrungen machen uns zuversichtlich, dass diese innovative Technologie auch beim Halbschlitten überdurchschnittlich gute Ergebnisse bewirkt.

► News zu Schulter

► Patientenservice

Patienten-Sprechstunde

Transplantat statt Kunstgelenk



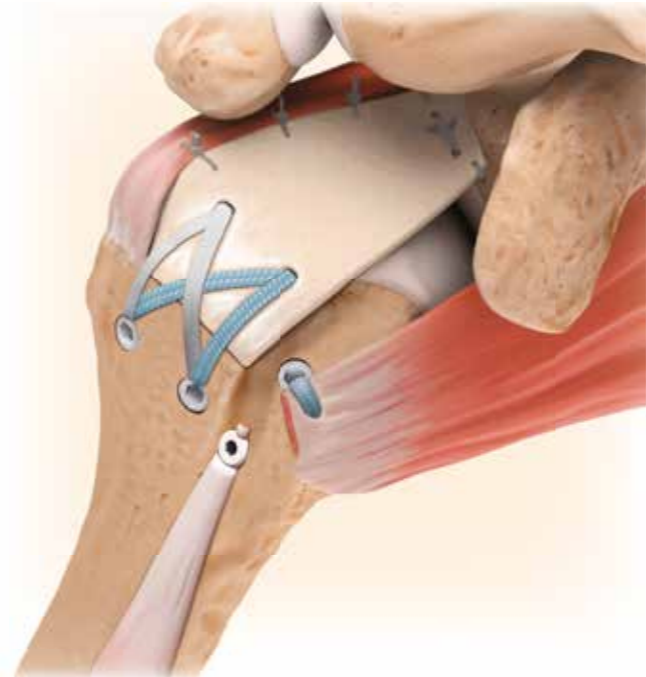
Prim. Univ.-Doz. Dr. Thomas Müllner, Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, Facharzt für Unfallchirurgie, Vorstand der Abteilungen für Orthopädie und Traumatologie am EKH Wien

Wir erleben es immer wieder: Ein schwerer Sturz, etwa beim Freizeitsport, kann die so genannte Rotatorenmanschette der Schulter dermaßen beeinträchtigen, dass ein Nähen der zerrissenen Sehnen nicht mehr möglich ist. Betroffene werden von Schmerzen geplagt und können üblicherweise den Arm nicht einmal mehr auf Schulterhöhe anheben.

Die einzige wirklich zielführende Lösung war bis dato die Implantation eines Kunstgelenks. Um Patienten in jüngeren Jahren das Tragen einer Endoprothese noch zu ersparen, gibt es mittlerweile eine sehr befriedigende und auch in mehreren Studien erfolgreich getestete Alternative:

Bei der so genannten SCR (superior capsular repair)-Technik wird ein „Patch“ eingenäht, der das Hochtreten des Oberarmkopfes verhindert. Dadurch bleibt die Schulter beim Bewegen zentriert und schmerzfrei.

Da das Transplantat kein Organ ist, gibt es auch keine Abstoßungsreaktionen. Unsere ersten Erfahrungen zeigen eine sehr hohe Patientenzufriedenheit, was durchaus konform mit den bekannten Studienergebnissen geht.



© Arthrex

Mit neuer Schulter schmerzfrei mobil!

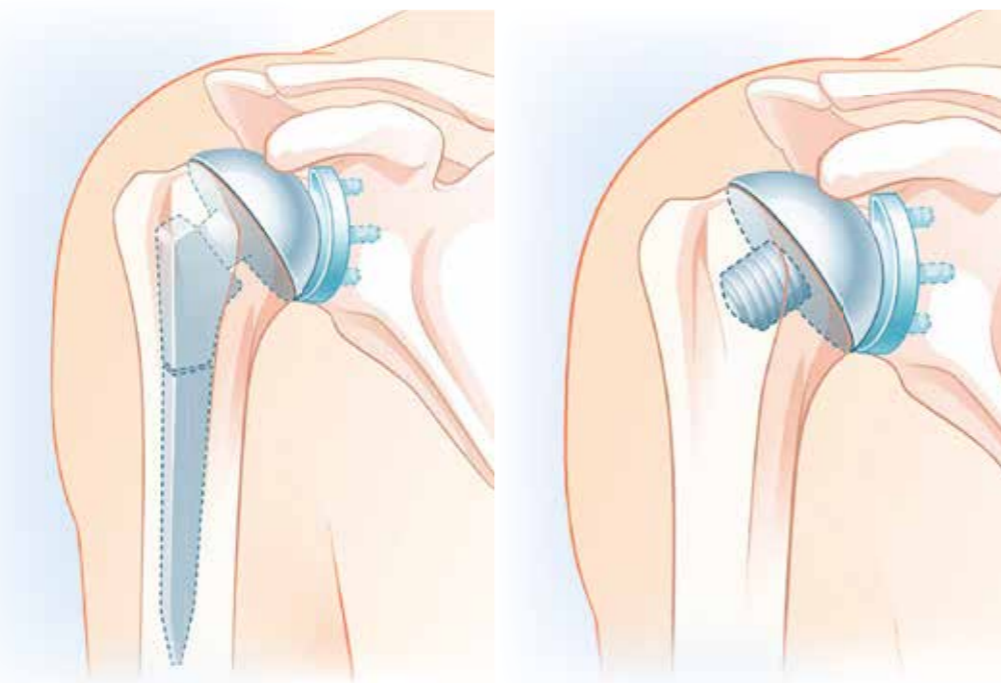


OA Dr. Andreas Gfrerrer, Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie

Ist eine Schultergelenks-Arthrose so weit fortgeschritten, dass Medikamente, Infiltrationen und Physiotherapie nicht mehr helfen, bleibt als Alternative ein künstliches Schultergelenk.

Die Schultergelenks-Endoprothesen haben sich in den letzten Jahren deutlich weiterentwickelt. So gibt es heutzutage neue Oberflächenbeschichtungen, die ein noch besseres Einwachsen des Knochens in die Prothese ermöglichen. Bei manchen Patienten ist es auch möglich, eine sogenannte schaftlose Prothese sicher im Oberarmknochen zu verankern.

Auch inverse Schulter-Prothesen können heute schon sehr exakt an die individuelle Anatomie des Patienten angepasst werden. Hierdurch erzielt man eine deutliche Verbesserung der Haltbarkeit. Alle diese Neuerungen tragen zu einer rascheren, schmerzfreieren Mobilisierung des Patienten bei.



© Mediform/Tornier

Herkömmliche Methode:
Für ein Kunstgelenk mit Schaft muss der Knochen angebohrt und ausgehöhlt werden, um den Schaft zu verankern.

Neue Technologie:
Schaftfreies Kunstgelenk stellt das Gelenk ohne Knochenverlust wieder her.

Unsere Ärzte stehen Tag für Tag im vollen Einsatz und kennen alle Fragen und Anliegen der Patienten. Die wichtigsten und aktuellsten haben wir nachstehend für Sie beantwortet:

Wann muss man eine Bein-Fehlstellung korrigieren lassen?

Abweichungen von der normalerweise gerade verlaufenden Beinachse im Kniegelenk kann man in manchen Fällen durch orthopädische Schuhe, spezielle Einlagen sowie durch Physiotherapie, bei der bestimmte Muskelgruppen gestärkt werden, kompensieren. Ist die Fehlstellung zu ausgeprägt, droht durch die Ungleichbelastung eine vorzeitige Abnutzung des Kniegelenks. In solchen Fällen hilft nur mehr eine operative Korrektur. Dabei wird ein knöcherner Keil aus dem Ober- oder Unterschenkel entnommen und damit die Achse begradigt. Nach der Verfestigung des knöchernen Defekts kann das Knie wieder voll belastet und somit auch wieder Sport betrieben werden.



OA Dr. Nikolaus Pongracz, Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie

Was hilft wirklich beim Tennisellbogen?

Der Muskelansatz am Ellenbogen schmerzt und zwar insbesondere beim Strecken des Handgelenks gegen Widerstand oder beim Aufheben eines Gegenstands? Diese Symptome weisen auf Epicondylitis, besser bekannt als Tennis- oder Golferellbogen, hin. Auch wenn die Bezeichnung darauf schließen lässt: Diese schmerzhafte Entzündung der Sehnenansätze des Unterarms ist häufiger bei Nicht- oder Hobbysportlern anzutreffen als bei Profisportlern. Denn Auslöser kann jede Aktivität sein, die regelmäßig mit dem betroffenen Arm ausgeführt wird. Die Beispiele reichen vom einseitigen Tragen oder Heben schwerer Gegenstände bis hin zur häufigen Betätigung der Computer-Maus.

Oft gehen die Beschwerden auf eine zu schwache Schultergürtelmuskulatur zurück, die durch Überbelastung der Unterarmmuskulatur kompensiert wird.

Bei akuten Beschwerden helfen lokale Kälteanwendung sowie Infiltrationen mit Traumeel oder Glucocorticoiden. Als sehr effektiv hat sich auch die neue Therapieform der niederenergetischen Stoßwellenbehandlung

erwiesen. Sie hilft der verletzten Sehne bei der Regeneration und löst auch eventuell bestehende Verkalkungen auf.

Unterstützend sind regelmäßige Dehnungsübungen, das Tragen einer Entlastungsmanschette sowie physikalische Therapie (Laser, Heilgymnastik) empfehlenswert. Eine Mitbehandlung der Hals- und Brustwirbelsäule und des Schultergürtels ist unbedingt erforderlich.

Halten sich die Beschwerden trotz Ausschöpfung dieser Behandlungen dennoch hartnäckig, sollte eine operative Behandlung angestrebt werden.



OA Dr. Veronika Schöll, Fachärztin für Orthopädie und orthopädische Chirurgie

Was heißt minimal-invasiv bei einer Hüft-Operation? Operiert man da durchs Schlüsselloch?

Das Einpassen eines Kunstgelenks ist nur über einen Hautschnitt möglich, der aber heute - dank optimierter OP-Technik und High-Tech-Implantaten - deutlich kürzer ausfällt. Minimal-invasiv bedeutet beim künstlichen Hüftgelenk, dass Sehnen und Hüftmuskulatur beim Einsetzen der Endoprothese nicht mehr durchtrennt werden müssen. Sie werden gezielt beiseitegeschoben. Dadurch bleiben Weichteilspannung und natürliche Körperwahrnehmung an den Sehnen erhalten. Für den Patienten ergibt sich dadurch ein besseres „Organgefühl“. Er fühlt auch anfangs kaum Schmerzen und empfindet das künstliche Gelenk bald als sein eigenes.

Dazu kommt: Vor dem Verschließen der Wunde werden bei uns im Evangelischen Krankenhaus sämtliche Weichteile, wie z. B. die erhaltene Gelenkkapsel, Muskelansätze, Muskelfaszien und die Haut, mit einem lang wirksamen lokalen Schmerzmittel unter-spritzt. Auf diese Weise können wir Patienten zumeist schon am Tag der Operation wieder mobilisieren.



OA Dr. Roland Koppelt, Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie

Kann man eine Hammerzehe und Hallux Valgus gleichzeitig operieren?

Auf jeden Fall! Da Hammerzehen und Hallux valgus häufig gleichzeitig auftreten, bzw. die Hammerzehe oft Folge der zunehmenden Fehlstellung der Großzehe ist, macht eine gleichzeitige operative Sanierung durchaus Sinn.

Was noch dafür spricht: Eine Hammerzehenoperation ergänzend zur Hallux valgus-OP bedeutet weder eine Verlängerung der postoperativen Rehabilitation noch zusätzliche Schmerzen nach dem Eingriff. Außerdem riskiert man bei alleiniger Korrektur einer Hammerzehe, dass diese - bei ausgeprägtem Hallux Valgus - sich irgendwann wieder neu bildet. Daher ist in den allermeisten Fällen die gleichzeitige Operation empfehlenswert.



Dr. Ursula Diregger, Fachärztin für Orthopädie und orthopädische Chirurgie

Kann Schwindel vom Nacken herrühren?

Durch falsche Kopf- und Rückenhaltung, zu langes Sitzen und Bewegungsarmut wird mit der Zeit die tiefe Nackenmuskulatur geschwächt. Mit den Jahren kommen Abnutzungserscheinungen hinzu: Die Bandscheiben beginnen Flüssigkeit zu verlieren, der Zwischenwirbelraum wird schmaler.

Bei einer derart vorbelasteten Halswirbelsäule reicht dann oft ein Bagatelereignis (Verreißen des Nackens, schlechte Schlafhaltung), um ein Cervicalsyndrom auszulösen. Je länger dieses anhält, desto vielfältiger und hartnäckiger werden die Beschwerden. Neben Kopfschmerz und Ohrengeräuschen sind auch Schwindelzustände möglich. Im Akutstadium können Infiltrationen, Schmerz- und Muskelentspannungsmittel sowie Massagen, Wärme- und Strombehandlungen helfen. In chronischen Fällen muss mittels Heilgymnastik die Muskulatur gekräftigt, die Fehllage korrigiert und die Muskelbalance verbessert werden.



OA Dr. Jasmin Kechvar, Fachärztin für Neurologie