

Newsletter 01.2023



Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

mit diesem Newsletter möchten wir Sie über Behandlungsmethoden und neue Entwicklungen in unserem Haus informieren. Ärztliche Ansprechpartner/-innen finden Sie auf der Rückseite. Bitte zögern Sie nicht, uns zu kontaktieren.

Herzlich Ihr

Prof. Dr. Guido Heers, Ärztlicher Direktor Vitos Orthopädische Klinik Kassel

Teलगelenkersatz am Knie

Die mediale Schlittenprothese

Die Vorteile eines teilweisen gegenüber einem vollständigen Gelenkersatz bei Arthrose im Knie sind zahlreich. Allerdings müssen bestimmte Indikationskriterien für eine Schlittenprothese gegeben sein:

- **Arthrose muss isoliert sein** (meist das mediale, seltener das laterale Kompartiment)
- **Bandapparat muss intakt sein** (vorderes und hinteres Kreuzband, Seitenbänder)
- **keine größeren Achsenfehlstellungen in der Frontalebene** (maximal 15°-O-Bein)
- **keine Osteonekrosen** des innenseitigen Oberschenkelknochens

Übergewicht und rheumatische Erkrankungen stellen nach neueren Erkenntnissen keine absolute Kontraindikation dar.

Wie läuft die Operation ab?

Die Implantation der Schlittenprothese ist eine sehr risiko- und komplikationsarme Operation. Im Gegensatz zur Vollprothese kann sie über minimal-invasive Hautschnitte, ohne Ablösung des Streckapparates von der Kniescheibe, erfolgen. Umliegende Bänder und Sehnen werden also während der Operation geschont, mehr gesunder Knochen erhalten und der Blutverlust ist sehr gering. Das Implantat ersetzt die durch den Verschleiß zerstörten innenseitigen Gelenkflächen des Knies. Die Flächen werden entfernt und im Oberschenkel durch eine Metallkappe und im Schienbeinkopf durch eine Metallplatte

ausgetauscht. Zwischen die Metallflächen, die aus einer hochpolierten Legierung bestehen, setzen wir einen hochverschleißfesten Kunststoff (Polyethylen) als Gleitflächenersatz ein. Die Prothese kann entweder mit Knochenzement oder als zementfreie Variante eingebracht werden und im Knochen einwachsen. Auch eine hypoallergene Variante ist verfügbar. Der Wechsel auf eine normale Standard-Knievollprothese ist sowohl während der OP (sollte dies unerwartet erforderlich sein) als auch Jahre später in der Regel problemlos möglich.

Nach der OP können die Patienten das Bein rasch frei bis hin zur vollen Beugung bewegen. Steife und Infekte sind wesentlich seltener als bei der Totalprothese. Unsere Patienten beschreiben das Ergebnis als „normales Körpergefühl“, sie genesen rascher und sind zufriedener. Langzeitstudien belegen, dass bei dem in unserem Haus verwendeten Implantat-System zum Teलगelenkersatz mehr als 90 Prozent der Patienten nach 20 Jahren noch gute Ergebnisse zeigen.



Felix Löber

Oberarzt und Hauptoperateur

Daumensattelgelenk: gute Erfahrungen mit den neuen Prothesen-Modellen

Die Arthrose im Daumensattelgelenk, auch Rhizarthrose genannt, ist eine der häufigsten Arthrosen der Hand. Besonders betroffen sind Frauen ab dem 50. Lebensjahr: Mehr als ein Zehntel klagt über den Verschleiß des Gelenkes mit den einhergehenden Bewegungseinschränkungen und Schmerzen.

Nach ausgeschöpfter konservativer Therapie und persistierender Schmerzsymptomatik stellt sich die Frage nach operativen Maßnahmen. Als alternatives Operationsverfahren zur traditionellen Resektionsarthroplastik ist die Endoprothese am Daumensattelgelenk in den vergangenen Jahren zunehmend in den Fokus gerückt. Hatten die ersten Generationen dieser Prothesen noch sehr hohe Revisionsraten, zeigen die aktuellen Kunstgelenke durch kontinuierliche Weiterentwicklung in prospektiven Studien verlässliche und gute mittel- und sogar langfristige Ergebnisse.

Vorteile der Daumensattelgelenksprothese sind die kürzere postoperative Ruhigstellung, die meist geringere Ausprägung der post-

operativen Schmerzen und die frühzeitigere Nutzung des Daumens im Vergleich zur teilweise sehr langen Rehabilitationszeit nach Resektionsarthroplastik. Weiterhin bleibt die Länge des Daumenstrahls erhalten und ein schmerzhaftes Impingement der MHK-I-Basis, wie es nach Resektionsarthroplastik auftreten kann, ist weniger wahrscheinlich.

Durch die „Double-mobility“-Pfanne stellt sich zudem eine Luxationssicherheit ein. Der modulare Aufbau der Prothese sorgt für eine optimale und individuelle Anpassung. Für die erfolgreiche Implantation einer Daumensattelgelenksprothese müssen jedoch einige Voraussetzungen erfüllt sein. So ist die Mitbeteiligung des STT-Gelenkes im Stadium IV nach Eaton-Littler eine Kontraindikation.

Nach Implantation erfolgt eine Ruhigstellung des Daumensattelgelenks für zwei Wochen, daraufhin die vorsichtige Aufbelastung für vier bis sechs Wochen unter Schutz einer Daumensattelgelenksorthese und ergotherapeutischer Behandlung.

Neben den allgemeinen Risiken besteht nach Implantation einer Prothese wie bei allen Endoprothesen die Gefahr der Lockerung oder Luxation von Prothesenteilen. Sollte dann in Ausnahmefällen der Erhalt der Prothese nicht möglich sein, kann im Revisionsfall die Trapezektomie (Entfernung des großen Vierecks) mit weiterhin vergleichbar guten Ergebnissen durchgeführt werden.



Dr. Kathryn Hassel
Oberärztin

Dr. Sebastian Siegert ist Chefarzt der Abteilung Wirbelsäulenorthopädie

Am 1. September 2023 hat Dr. Sebastian Siegert die Position des Chefarztes der Abteilung Wirbelsäulenorthopädie in unserer Klinik übernommen. Er übt sie gemeinsam mit Dr. Rafael D. Sambale aus, bis dieser am 31. März 2025 in den Ruhestand geht. Dann wird Dr. Siegert alleiniger Chefarzt des Fachbereichs sein.

Der gebürtige Göttinger Sebastian Siegert studierte in Halle an der Saale und in Göttingen. Seinen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie absolvierte er im Jahr 2012 nach Stationen in der Schweiz, Hessen und Bremen. Er ist mit dem Master-Zertifikat der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft ausgezeichnet. Vor acht Jahren

kam er gemeinsam mit seinem Chef und Förderer Dr. Sambale von Hessisch-Lichtenau nach Kassel zu Vitos.

Minimal-invasive Eingriffe und Robotik

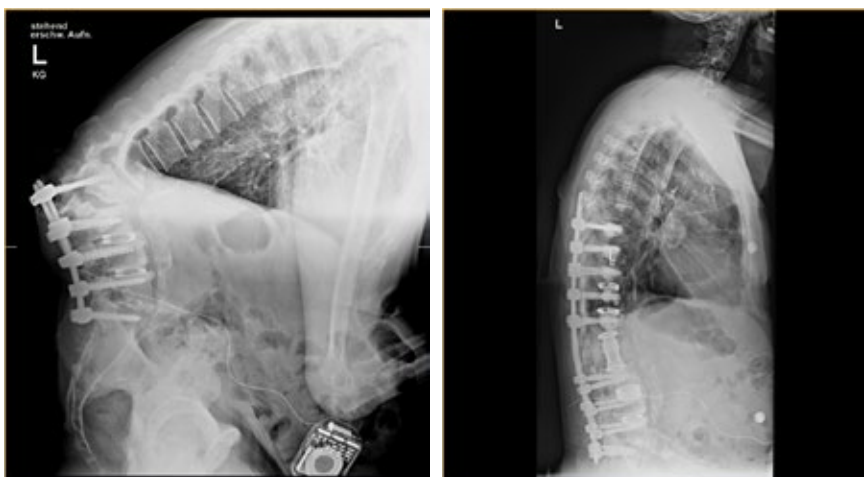
In der Vitos Orthopädischen Klinik hat sich Dr. Siegert in den vergangenen Jahren insbesondere den minimal-invasiven Verfahren sowie der Einführung roboter-assistierter OP-Verfahren an Wirbelsäule und Becken zugewendet. Seit der Anschaffung des OP-Roboters 2021 hat das Wirbelsäulen-Team in der Wilhelmshöher Fachklinik rund 300 Patienten roboter-assistiert versorgt.

Alterstraumatologie gewinnt an Bedeutung
„Künftig wird zunehmend auch die Alters-



von links: Dr. Rafael D. Sambale, Dr. Sebastian Siegert

traumatologie an Bedeutung gewinnen - insbesondere die Behandlung von Wirbelkörper- und Beckenfrakturen aufgrund von Osteoporose. Auch auf diese Anforderungen sind wir dank unseres OP-Roboters medizinisch sehr gut vorbereitet“, sagt der Chefarzt der Vitos Orthopädischen Klinik Kassel.



Robotik: Korrektur-Spondylodese bei Morbus Bechterew

Im April 2023 stellte sich ein Patient mit Morbus Bechterew in unserer Sprechstunde zum ersten Mal vor. Der 64-Jährige (Nikotinabusus, Schmerzpatient) litt unter zunehmenden lumbalen Beschwerden und lumbaler Instabilität nach verschiedenen Voroperationen in anderen Häusern (Fusion L4-S1 und wiederholte Revisionen mit dorsal zementaugmentierter Stabilisierung auf L2).

Klinisch zeigte sich eine thorakolumbale Hyperkyphose und eine Kraftminderung beider Beine. Das Laufen war nur unter Zuhilfenahme eines Rollators möglich. Bei Implantatversagen, bestehender Hyperkyphose und drohender Weichteilperforation des hypertrophen Processus spinosus am LWK1 haben wir die Indikation zur operativen Korrekturspondylodese ausgesprochen. Aufgrund einer laufenden onkologischen Behandlung bei ossär-metastasiertem Prostata-Karzinom wünschte sich der Patient einen späteren OP-Termin.

Im Juni 2023 erfolgte die Wiedervorstellung des Patienten, zwischenzeitlich war die Weichteilperforation des Processus spinosus LWK1 eingetreten. Nach präoperativer Vorbereitung (CT BWS und LWS, WS-Gesamtaufnahme, Dexamessung) erfolgte am 28.06.23 zunächst das tiefe Debridement mit Teil-Materialentfernung LWK2, Abstrichentnahme und temporärer VAC-Anlage. Nach zehntägiger VAC-Therapie konnte die langstreckige, roboter-assistierte Revisionsoperation (ME und Re-Instrumentation Th9-S1 mit korrigierender V-Osteotomie und langstreckiger knöcherner Spondylodese) erfolgen.

Der postoperative Verlauf gestaltete sich komplikationslos, die ventrale Versorgung mittels Korporektomie und WK-Ersatz LWK2, Pseudarthrosen-Sarnierung L3/4 sowie interkorporeller Fusion Th11-L1 in zweitem Aufenthalt zeigte einen komplikationslosen Verlauf. Die Entlassung des hochzufriedenen Patienten erfolgte am 7. postoperativen Tag mit radiologisch und klinisch gutem Korrekturergebnis und gutem Gangbild. Pathologisch-anatomisch konnte im entnommenen Präparat LWK2 eine aseptisch-ischämische Osteonekrose nachgewiesen werden, Tumorzellen fanden sich keine.



Dr. Sebastian Siegert
Chefarzt
Wirbelsäulenorthopädie



Therapie im Schmerzzentrum: CRPS, Muskelsehnenschmerzen und Cluster-Kopfschmerzen

Unser Schmerzzentrum hat über die letzten Jahre eine besondere Expertise in der Behandlung des CRPS erlangt, so dass mittlerweile rund 350 Patienten pro Jahr aus ganz Deutschland behandelt werden. Ein CRPS kann nach Trauma oder OP auftreten und ist am häufigsten nach einer Radiusfraktur loco typico. Wichtig ist, die Diagnose anhand der so genannten „modifizierten Budapest-Kriterien“ möglichst früh zu stellen, damit die leitliniengerechte Behandlung rasch einsetzen kann. Die Therapie besteht in der Regel nicht mehr aus Sympathikolyse oder Plexuskathetern, sondern ist eine Domäne der interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie mit u.a. der Spiegeltherapie nach Ramachandran. Patienten mit CRPS oder Verdacht auf CRPS bekommen bei uns natürlich einen bevorzugten ambulanten Termin.

Langdauernde Sehnenansatzschmerzen

Seit über 1 Jahr sind wir Axomera-Zentrum. Diese Therapie, die vom Axolotl, einem mexikanischen Schwanzlurch, abgeschaut wurde, kann insbesondere bei hartnäckigen Muskelsehnenschmerzen, aber auch bei neuropathischen Schmerzen wie auch bei Cluster-Kopfschmerzen und CRPS in Einzelfällen sehr gut helfen. Sie kommt als Selbstzahlerleistung dann zum Tragen, wenn die üblichen orthopädischen und schmerztherapeutischen Maßnahmen frustan verliefen.



Dr. Andreas Böger
Chefarzt
Schmerzzentrum

Zu folgenden Schwerpunktthemen bieten wir Sprechstunden an:



Prof. Dr. Guido Heers
Chefarzt und
Ärztlicher Direktor
Allgemeine Orthopädie,
Endoprothetik,
Indikationssprechstunde



Dr. Rafael D. Sambale
Chefarzt
Wirbelsäulen-
sprechstunde



Dr. Sebastian Siegert
Chefarzt
Wirbelsäulenorthopädie



Dr. Andreas Böger
Chefarzt
Schmerzsprechstunde



Dr. Miriam Butz
Leitende Oberärztin
Schmerz-
sprechstunde



Dr. Christian Lörke
Leitender Oberarzt
Indikationssprechstunde
Allgemeine Orthopädie,
Sportorthopädie und
Gelenkchirurgie



Dr. Kathryn Hassel
Oberärztin
Rheumaorthopädische
Sprechstunde und
Indikationssprechstunde
Hand und Fuß



Dr. David Müller
Stellv. Leitender Oberarzt
Allgemeine Orthopädie,
Endoprothetik,
Indikationssprechstunde



Dr. Cordula Röhm
Oberärztin
BG-Sprechstunde
für Arbeits- und
Schulunfälle



Felix Löber
Oberarzt
Allgemeine Orthopädie,
Endoprothetik,
Indikationssprechstunde

Sprechstunden-Kontakt für Ihre Patienten:

Tel. 0561 - 3084 - 205 und sprechstunde@vitos-okk.de

Ambulante Schmerzsprechstunden

Tel. 0561 - 27 57 7; info@vitos-mvz-kassel.de

Zuweiser-Durchwahl: Tel. 0561 - 3084 - 567; eignet sich besonders,
wenn Sie einen bestimmten Kollegen bei uns im Haus erreichen wollen.
Bei sehr eiligen Anliegen gehen Sie bitte über die **Zentrale Tel. 0561 - 3084 - 0**.

IMPRESSUM

Vitos Orthopädische Klinik Kassel
Wilhelmshöher Allee 345
34131 Kassel

Redaktion/Gestaltung
Klinikleitung/Unternehmenskommunikation
vitos.de/orthopaedie