

RHEUMAORTHOPÄDIE

Die Rheumaorthopädie hat in den letzten Jahren einen deutlichen Wandel erfahren. Dank der Entwicklung neuer Rheumamittel (Basistherapie) und der lokalen Therapie vor allem mit Spritzen in die befallenen Gelenke (v.a. Cortison) sind die in früheren Jahren oft gesehenen starken Zerstörungen rückläufig.

Für Patienten mit befallenen Gelenken und Gelenkzerstörungen stehen meist verschiedene Therapiemöglichkeiten zur Auswahl. Dem **Rheumaorthopäden** kommt die entscheidende Rolle zu hinsichtlich der Beratung und Betreuung des Patienten sowie – falls möglich und notwendig – der Planung des Eingriffs. Diese Arbeit erfordert viel Zeit, öfters sind auch wiederholte Gespräche bis zur endgültigen Entscheidungsfindung nötig.

Die Wahl des Operationsverfahrens richtet sich nach dem betroffenen Gelenk, dem Zerstörungsgrad und den persönlichen Bedürfnissen des Patienten. Wichtig ist der möglichst frühe Beginn der Behandlung, dann besteht die Chance, mit gelenkerhaltenden Verfahren oder zumindest kleineren Prothesenvarianten auszukommen.

OPERATIONSVERFAHREN

Gelenkerhaltende Eingriffe (Synovektomien) der großen und kleinen Gelenken können meist im Frühstadium, am Ellenbogen und der Hand eingeschränkt auch später erfolgen, oft schonend mittels arthroskopischer Technik.

Gelenkrekonstruierende Verfahren (Arthroplastiken) kommen für Ellenbogen, Finger- und Zehengelenke in Betracht.

Gelenkversteifend Operationen (Arthrodesen) sind überwiegend auf Gelenke von Hand und Fuß beschränkt. Ziel ist die stabile, belastungsfähige Situation. Zum anderen ist die Arthrodesese eine Rückzugsmöglichkeit nach Versagen anderer Operationen. Viele Patienten sind zunächst schockiert über das Operationsverfahren, hier ist besonders die gute und verständliche individuelle Aufklärung gefordert.

Der **endoprothetische Ersatz** ist für den behinderten und schmerzgeplagten Patienten meist segensreich und kommt in erster Linie für schwer zerstörte Hüft-, Knie- und Schultergelenke in Frage, ferner für Fingergelenke und oberes Sprunggelenk. Minimalinvasive Techniken reduzieren die Operationswunde und erleichtern die Rehabilitation, die Navigation verbessert die Präzision der Implantation. Bei oft eingeschränkter Stützfunktion der Arme ist eine sofortige volle Belastbarkeit des Implantates bei Hüfte und Knie anzustreben.

Als **Weichteileingriffe** kommen in Betracht: Tenosynovektomien (Entfernung der entzündeten Sehnen-scheideninnenhaut an Hand und Fuß), Rekonstruktionen von gerissenen Sehnen (z.B. Strecksehnen der Hand), Entfernung von Schleimbeuteln, Rheumaknoten sowie Entfernung von Cysten (z.B. Bakerzyste Knie)

Fast alle dieser Operationen sind Wahloperationen, die sorgfältig geplant werden können. **Rheumatologische „Notfälle“** sind selten. Zu diesen gehören Druckschäden des Rückenmarkes der Halswirbelsäule (Lähmungen und Gefühlsstörungen an Armen und Beinen, Gangstörungen), Druckschäden an Nerven (z.B. Carpal-tunnelsyndrom) sowie Sehnenrisse (z.B. Strecksehnen der Hand). Diese Situationen erfordern zügige Diagnostik und Therapie.

Mit dem Eingriff ist aber nur der erste Schritt getan, für das Gelingen jeder Operation ist die **Nachbehandlung** mit einer guten Zusammenarbeit von Operateur, Hausarzt, internistischem Rheumatologen, ggfs. AHB Klinik, Physiotherapeuten, orthopädischem Schuhtechniker sowie Ergotherapeuten entscheidend wichtig.

Dr. med. Wolfgang Kohlsche

Sankt Elisabeth Krankenhaus

Königsweg 8, 24103 Kiel

www.SEK-Kiel.de

