

DR. MED. MASYAR RAHMANZADEH

Zum Stand der Operationsverfahren in der Endoprothetik am Hüft- und Kniegelenk und zukünftige Entwicklungen

Die Endoprothesentechnik hat sich in den vergangenen Jahren ständig verbessert. Allein in Deutschland werden jährlich mehr als 150.000 künstliche Hüftgelenke und 120.000 Kniegelenke eingesetzt. Dr. med. Masyar Rahmanzadeh gilt als Spezialist im Bereich des künstlichen Hüft- und Kniegelenkersatzes und auf dem Gebiet der Fußchirurgie. Seine Methoden zeichnen sich vor allem durch eine knochensparende oder auch eine, das Gelenk erhaltende Vorgehensweise aus, die den Patienten unter anderem kürzere Rehabilitationszeiten und eine schnelle Wiedereingliederung in den normalen Alltag ermöglichen. 2001 gründete Dr. Rahmanzadeh das Gelenkzentrum Berlin. Mittlerweile kommen die Patienten von weit über die Grenzen Berlins hinaus, um sich dort behandeln zu lassen. Wir sprachen

mit Dr. Rahmanzadeh über seine Operationsmethoden und über zukünftige Entwicklungen im Bereich der Endoprothetik.

Was zeichnet Ihre Operationsmethoden aus?

Ziel aller Maßnahmen sollte sein, den Patienten eine möglichst schnelle Wiedereingliederung in den normalen Alltag zu ermöglichen und dabei die individuellen Gegebenheiten als auch das Alter in besonderem Maße zu berücksichtigen. Soll einem Patienten mit hohem Anspruch an körperliche oder sportliche Aktivität die Hüfte ersetzt werden, muss dies beachtet werden. In diesem Fall verende ich bei ausreichend guter Knochensubstanz den Oberflächenersatz nach McMinn, bei dem die abgenutzte Knorpeloberfläche mit einer Hüftkappe überkront wird. Der Patient behält ein „gutes Gefühl“ für das eigene Gelenk und kann auch nach der Operation zügiger und intensiver sportlich aktiv werden. Ein weiterer Vorteil: Die natürlichen

Größenverhältnisse bleiben durch die Kappenanpassung an den Original-Gelenkkopf auch im Ersatzgelenk bestehen, und die Wahrscheinlichkeit des Auskugeln ist minimiert.

Haben sich die meisten Operateure bisher dafür ausgesprochen, den Oberflächenersatz nur bei jüngeren Patienten anzuwenden, habe ich persönlich auch sehr gute Erfahrungen bei älteren Menschen gemacht – vorausgesetzt sie haben eine gute Knochenqualität. Meines Erachtens spielt hier weniger das tatsächliche, als das biologische Alter eine Rolle. Zu guter Letzt ermöglicht der Oberflächenersatz die Bewahrung von so viel „Rest-Oberschenkel-Knochen“, dass eine Wechsel-Operation, die einmal anstehen könnte, weitaus einfacher und erfolgsversprechender durchgeführt werden kann.

Welche Neuerungen wird es geben?

Die Endoprothetik hat sich in den letzten Jahren enorm entwickelt und gute

Standards sind etabliert. Von daher wird es sinnvolle Neuerungen gerade beim Hüft- und Kniegelenkersatz eher auf dem Gebiet der Materialien geben, als in der Operationstechnik. Wird beispielsweise bisher beim Oberflächenersatz stets eine Metall-Metall-Gleitpaarung verwendet, so wird es künftig sicher möglich sein, Keramik-Keramik-Paarungen zu implantieren. Ich entwickle gerade mit einem Prothesenhersteller einen Oberflächenersatz, der nur mehr aus Keramik bestehen soll. Das von den Gegnern des Oberflächenersatzes angesprochene

Entscheidend ist, was in der Tiefe passiert. Für den Operateur ist es wichtig, dass er einen guten Überblick über das Operationsareal hat, um im Falle von eventuellen Komplikationen direkt eingreifen zu können. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist, dass für die anschließende Funktionsfähigkeit, also letztlich das Operationsergebnis, es immens wichtig ist, wie das Implantat positioniert ist. Bei minimal-invasiven Eingriffen besteht meines Erachtens eher die Möglichkeit einer Fehlpositionierung der Implantate, einfach aufgrund des verkleinerten Sicht- und

Was wird sich zukünftig generell für die Patienten ändern, gerade im Hinblick auf Veränderungen im Gesundheitssystem selber?

Der Patient wird meiner Meinung nach in Zukunft sachkundiger und damit immer mündiger, im positiven Sinne. Er ist heute durch die vielen Informationsquellen in der Lage, sich selber über unterschiedliche Methoden, Verfahren oder Alternativen zu informieren und mit zu entscheiden, welche Therapie für ihn am geeignetsten ist. Diese Entwicklung, und dabei sollte ihn das Gesundheitssystem unter-



Der Patient behält ein „gutes Gefühl“ für das eigene Gelenk

Problem der Freisetzung von Metall-Ionen würde dann folglich keinen Anlass für Diskussionen mehr bieten.

Wie beurteilen Sie die minimal-invasiven Operationstechniken innerhalb der Endoprothetik?

Ich persönlich plädiere nicht für sogenannte minimal-invasive Operationstechniken. Für die Patienten klingt es verlockend, lediglich eine etwas kleinere Narbe zu behalten. Nicht gemessen werden kann und darf eine Operation und deren Ergebnis nach der Größe bzw. Länge des Schnitts.

Aktionsfeldes. Wissenschaftliche Studien belegen eine zum Teil signifikant erhöhte Komplikationsrate oder schlechtere Implantatpositionierungen. Oberste Priorität muss das stets reproduzierbare Ergebnis für den Patienten sein. Die Lernkurve beim minimal-invasiven Zugang zum Hüft- oder Kniegelenk erfordert laut unterschiedlicher Literaturangaben 100 bis 300 Operationen. Einen sehr guten und bewährten Standard aufzugeben und eine Reihe suboptimaler Ergebnisse in Kauf zu nehmen, halte ich persönlich für problematisch.

stützen, muss dahin gehen, dass der Patient irgendwann selbst entscheiden kann, nicht nur in welcher Klinik er sich operieren lässt, sondern viel wichtiger, von welchem Arzt. Von einem Arzt, der ihm nicht als anonyme Person gegenübertritt, sondern von dem er sich persönlich hat beraten lassen und von dem er weiß, wie viel Operationserfahrung er besitzt. Diese Transparenz für den Patienten sollte auch in großen Kliniken gewährleistet werden.