

7. Forum der Münchner Gesellschaft für Prophylaktische Orthopädie e.V. (GfPO e.V.)

»Wehret den Anfängen!«

Zum siebten Mal in Folge referierten und diskutierten auf Einladung der Münchner GfPO e.V. renommierte Fachärzte über bewährte und neue Ansätze zur Vorbeugung und Behandlung von so häufigen Erkrankungen wie Arthrose, chronische Rückenschmerzen oder Osteoporose. TOPFIT sprach mit dem Vorsitzenden der Gesellschaft für Prophylaktische Orthopädie, Dr.med. Heribert Konvalin, über die wichtigsten Erkenntnisse.

Von Dr. Nicole Schaezler

Herr Dr. Konvalin, ist Arthrose eine typische Alterserkrankung, mit der wir früher oder später alle konfrontiert werden?

Dr. Konvalin: Richtig ist, dass ab dem vierten Lebensjahrzehnt die Wirkung der körpereigenen Reparaturmechanismen nachlässt und dadurch die Gelenke – wie überhaupt der gesamte Bewegungsapparat – anfälliger für degenerative Erkrankungen werden. Deshalb machen sich die Folgen einer Arthrose oft schon lange vor dem 60. oder 70. Lebensjahr bemerkbar. Der Alterungsprozess allein ist jedoch nicht verantwortlich, vielmehr müssen weitere ungünstige Einflüsse hinzukommen, damit sich eine Arthrose entwickelt.

Welche sind das?

Dr. Konvalin: Übergewicht und Bewegungsmangel, aber auch Gelenkfehlstellungen oder eine genetische Disposition leisten einem vorzeitigen Gelenkverschleiß Vorschub – um die besonders häufigen Faktoren zu nennen. Bis zu einem gewissen Grad hat man es also selbst in der Hand, das Arthrosrisiko zu minimieren, beispielsweise indem man sich für eine gesunde Lebensweise entscheidet oder Fehlstellungen frühzeitig korrigieren lässt.

Was verstehen Sie genau unter »frühzeitig«?

Dr. Konvalin: Sobald der Verdacht auf eine Fehlstellung besteht, sollte man einen Orthopäden aufsuchen. Das kann bedeuten, dass die Arthroseprophylaxe bereits im Kindesalter beginnt. Angeborene Fehlentwicklungen der Hüftgelenke, Beinachsenabweichungen wie X- und O-Beine oder Fußdeformitäten rufen Fehlbelastungen an Gelenken hervor. Dadurch kommt es zu einer ungleichen Druckverteilung an den Gelenkoberflächen und damit am Gelenkknorpel – ein vorzeitiger Verschleiß ist programmiert.

Lassen sich Fehlstellungen im Kindesalter gut behandeln?

Dr. Konvalin: Das Wachstumsalter ist sogar ein optimaler Zeitpunkt, um therapeutisch zu intervenieren, weil sich eine Gelenkfehlstellung oder ein Haltungsschaden in dieser Phase noch nicht organisch manifestiert haben. Dann reichen meist konservative Maßnahmen wie Physiotherapie, Einlagen oder Schienen aus, um Gelenkfehlstellungen zu beheben. Im Übrigen stehen uns heute zur Untersuchung von Kindern besonders schonende Methoden zur Verfügung. So lassen sich etwa mit der elektronischen Fußdruckmessung Bewegung und Gangbild genau analysieren; die 3-D-Wirbelsäulenvermessung bietet sich an, wenn es darum geht, wirbelsäulenbedingte Haltungsschäden aufzudecken.

Gibt es neue Erkenntnisse zur Behandlung einer Arthrose?

Dr. Konvalin: Tenor der Kongressteilnehmer war, dass sich die Arthrosetherapie am jeweiligen Erkrankungsstadium orientieren muss, um langfristig zu greifen. Dies setzt natürlich eine exakte Diagnose voraus, die sich auf eine ausführliche Anamnese und eine eingehende körperlichen Untersuchung sowie auf den Einsatz von bildgebenden Verfahren, z. B. Kernspintomographie, stützt.

Welche Behandlungsstrategie bietet sich in den Anfangsstadien der Arthrose an?

Dr. Konvalin: Wir verfügen heute über Möglichkeiten, die Abbauvorgänge am Gelenkknorpel günstig zu beeinflussen oder ihnen sogar vorzubeugen. Wobei auch hier gilt: Je früher die Behandlung eingeleitet wird, desto besser sind die Erfolgsaussichten. Mit der Interleukin-Therapie ist es z. B. möglich, die entzündlichen und immunologischen Veränderungen, die mit den Abnutzungsprozessen im Gelenkknorpel einhergehen, aufzuhalten. Hierbei werden dem Patienten körpereigene Botenstoffe, sogenannte Interleukin-1-Rezeptorantagonisten, ins betroffene Gelenk injiziert. Auf diese Weise wird das entzündliche Geschehen direkt vor Ort eingedämmt und die fortschreitende Zerstörung des Gelenkknorpels aufgehalten. Außerdem bewirkt das Verfahren eine rasche Linderung der Beschwerden. Auch mit der Magnetfeldtherapie können wir in einem frühen Stadium oft noch viel erreichen.

Was sind bei einer fortgeschrittenen Arthrose die Methoden der Wahl?

Dr. Konvalin: Hier reicht das Spektrum von allgemeinen Maßnahmen wie einer gezielten Bewegungstherapie, etwa in Kombination mit einer medikamentösen Behandlung zur Schmerzlinderung und Eindämmung der Entzündung, bis hin zur operativen Therapie. Ist die Gelenkfunktion infolge eines ausgeprägten Knorpelchwands irreparabel beeinträchtigt,

ZUR PERSON



Dr. med. Heribert Konvalin ist Facharzt für Orthopädie, Chirotherapie, Sportmedizin und Physikalische Medizin und praktiziert zusam-

men mit seinen Kollegen Dr. med. Werner Zirngibl, Dr. med. Steffen Zenta und Dr. med. Felix Söller im MVZ im Helios. Zu seinen Behandlungsschwerpunkten gehören neben der regenerativen Knorpeltherapie zur Behandlung von Arthrose u. a. auch Knie-, Ellbogen-, Sprunggelenk-, Schulterarthroskopie, arthroskopische Kreuzbandoperationen, Fußchirurgie sowie interventionelle Schmerztherapie einschließlich minimal invasiver Wirbelsäulenoperationen. Dr. Konvalin ist Präsident der Gesellschaft für Prophylaktische Orthopädie e.V. (GfPO e.V.).

kommt ein künstlicher Gelenkersatz in Betracht. Unterschiedliche Implantattypen erlauben heute eine individuelle Lösung, die dem Betroffenen wieder ein Leben ohne Schmerzen und Bewegungsbeeinträchtigungen ermöglicht.

Besteht auch ein Zusammenhang zwischen chronischen Rückenschmerzen und einer ungünstigen Lebensweise?

Dr. Konvalin: Auf jeden Fall. Hauptproblem der heutigen Zeit ist der chronische Bewegungsmangel. Wenn wir die Lebenssituation unserer Gesellschaft mit derjenigen Neuguineas vergleichen, wird dies besonders deutlich: Während die Ureinwohner von Neuguinea täglich bis zu 18 Kilometer zu Fuß zurücklegen, um Nahrung zu beschaffen, verbringen wir unsere Tage überwiegend sitzend: im Auto, am Schreibtisch oder vor dem Fernseher. Sitzen ist jedoch die Körperhaltung, die die Wirbelsäule am meisten belastet. Die Auswirkungen zeigen sich längst nicht mehr erst im höheren Lebensalter: Ein Bandscheibenvorfall noch vor dem 40. Lebensjahr ist heute keine Seltenheit mehr. Gleiches gilt für degenerative Einengungen des Wirbelkanals und andere Wirbelsäulenerkrankungen. Selbst Osteoporose kann eine Folgeerscheinung von langjährigem Bewegungsmangel sein. So sind heute ein Drittel der betroffenen Frauen bereits vor der Menopause davon betroffen.

Die Abnahme der Knochenmasse ist doch eigentlich eine natürliche Alterserscheinung...

Die Pluspunkte des MVZ im Helios

► Qualitätsgesicherte Präventionskonzepte helfen dabei, orthopädische Erkrankungsrisiken zu erkennen, um die Entstehung von Krankheiten zu verhindern, hinauszuzögern oder abzuschwächen.

► Zur umfassenden Diagnostik gehören eine ausführliche Erhebung der Krankengeschichte, die sorgfältige körperliche Untersuchung und der Einsatz hochwertiger, innovativer Medizintechnik.

► Gut abgestimmte diagnostisch-therapeutische Vorgehensweisen ermöglichen den Ärzten ein effizientes Arbeiten auf

hohem wissenschaftlichem Niveau (evidenzbasierte Medizin). Aus Patientensicht sind die komfortablen Abläufe mit geringen Wartezeiten wichtig, bei denen unnötige Doppeluntersuchungen von Praxis und Klinik entfallen.

► Eine ganzheitliche Sichtweise der Patientenprobleme ermöglicht es, akute Beschwerden mit Augenmaß zu behandeln, ohne die langfristigen Therapieergebnisse aus dem Auge zu verlieren.

Nähere Informationen unter:
www.mvz-helios.de

Dr. Konvalin: ... das stimmt. Üblicherweise ist die maximale Knochendichte oder »peak bone mass« zwischen dem 25. und 28. Lebensjahr erreicht, danach nimmt sie jährlich um ca. ein Prozent ab. Der Wert der höchsten Knochendichte ist jedoch unterschiedlich und hängt u. a. davon ab, ob man regelmäßig Sport treibt. Je höher dieser Wert ist, desto weniger dramatisch wirkt sich im Alter die zunehmende Reduktion an Knochenmasse aus.

Und was kann man tun, wenn sich bereits eine Osteoporose entwickelt hat?

Dr. Konvalin: Wichtig ist, sich kalziumreich zu ernähren und gegebenenfalls das Rauchen aufzugeben. Auch mit einer maßvollen, dem Alter entsprechenden körperlichen Betätigung kann der Abbauprozess der Knochenmasse verlangsamt werden. So fördert eine ausreichende Muskelmasse u. a. auch die Knochenstabilität. Der Grad der Osteoporose sollte allerdings bekannt sein. Sind die Knochen bereits stark angegriffen, kann es leicht zu einer Wirbelkörperfraktur kommen. Dies muss bei Art und Intensität der körperlichen Betätigung unbedingt berücksichtigt werden.

Mit regelmäßigen Knochendichtemessungen und Urinuntersuchungen zum Nachweis von Knochenabbauprodukten kann der jeweilige Osteoporosegrad gut eingeschätzt werden.

»Wehret den Anfängen« – kann man dies als Fazit des 7. Forums für Orthopädie bezeichnen?

Dr. Konvalin: Die Prävention von Erkrankungen des Bewegungsapparats war und ist allen Teilnehmern ein zentrales Anliegen. Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen durchzuführen gehört ebenso dazu wie mit dem Patienten sein individuelles

Risikoprofil zu erörtern und ihn gegebenenfalls darin zu bestärken, sich z. B. mehr zu bewegen und gesünder zu ernähren. Speziell zur Einschätzung des Arthrosrisikos steht inzwischen ein Gentest (Blut- oder Speichelprobe) zur Verfügung. Ein solcher Test bietet sich beispielsweise an, wenn in der Familie Arthrosefälle bekannt sind. Zu den Kernaussagen des diesjährigen Kongresses gehört auch: Wenn bestimmte Bewegungen plötzlich mit Beschwerden verbunden sind, sollte man umgehend einen Orthopäden aufsuchen.

Minimal-invasive Stabilisierung von Wirbelkörpern

Perkutane Kypho-Vertebroplastie

Chronische Rückenschmerzen infolge einer Wirbelkörperfraktur beeinträchtigen die Lebensqualität erheblich. »Die Betroffenen können ihren Alltag oft nur noch unter stärksten Schmerzen bewältigen, sind auf Hilfe anderer angewiesen oder werden bettlägerig«, erläutert der Münchner Orthopäde Dr. med. Felix Söller vom MVZ im Helios. Linderung versprechen die perkutane bzw. Kypho-Vertebroplastie, die zu den minimal-invasiven Verfahren gehören.

Von Dr. Nicole Schaezler

Eine Wirbelkörperfraktur ist oft die Folge einer manifesten Osteoporose: Die Wirbelkörper der Wirbelsäule haben durch erhebliche Einbuße ihrer Knochendichte an Stabilität verloren und sind nun anfällig für Brüche (Frakturen). Kleinere und größere Wirbelkörperfrakturen rufen nicht nur heftige Schmerzen hervor, sondern führen mit der Zeit auch zu einer Verformung der gesamten Wirbelsäule.

Schmerzmittel helfen nicht immer

Bislang wurde versucht, die Schmerzen mit Schmerzmitteln, Bettruhe oder einem Korsett in den Griff zu bekommen. »Solche Maßnahmen greifen bei diesen schweren Schmerzzuständen jedoch oft zu kurz«, stellt Dr. Söller fest. Mit der perkutanen Vertebroplastie steht nun ein minimal-invasives Verfahren zur Verfügung, das in vielen Fällen eine nachhaltige Schmerzlinderung, mitunter sogar Schmerzfreiheit bewirkt. Erste Studien sprechen von einer mindestens 85-prozentigen Erfolgsquote. »Viele Patienten spüren den schmerzlindernden Effekt bereits unmittelbar nach dem Eingriff«, so Dr. Söller. Mitunter



Behandlung einer Wirbelkörperfraktur mit Kyphoplastie

können Betroffene das Bett überhaupt erstmals seit Wochen wieder verlassen.

Knochenzement zur Stabilisierung

Die perkutane Vertebroplastie erfolgt unter örtlicher Betäubung und dauert weniger als eine Stunde. Zunächst wird dabei unter Röntgenkontrolle eine Nadel durch die Haut in den schmerzhaften Wirbelkörper eingebracht. Liegt bereits eine stärkere Verformung vor, kann diese zuvor durch einen speziellen Ballon

(Kyphoplastie) wieder aufgerichtet werden. Dann wird flüssiger Knochenzement in den eingebrochenen Wirbelkörper injiziert, der innerhalb kurzer Zeit aushärtet und dem Knochen auf diese Weise neue Stabilität verleiht. »Der Knochenzement bewirkt, dass der schmerzhafte Druck, den ein in sich zusammengesunkener Wirbelkörper auf die kleinen Wirbelgelenke ausübt, praktisch sofort nachlässt. Zudem wird das schmerzhafte Aneinanderreiben von Knochenflächen und Knochenhaut gestoppt«, erklärt Dr. Söller den schmerzstillenden Effekt. Je früher eine Wirbelkörperfraktur festgestellt wird, desto erfolgreicher sind die Behandlungschancen. Doch auch ältere Frakturen können auf diese Weise behandelt werden.

ZUR PERSON



Der Münchner Orthopäde Dr. med. Felix Söller gehört seit Anfang April 2006 der orthopädischen Gemeinschaftspraxis von Dr. med. Heribert

Konvalin, Dr. med. Werner Zirngibl und Dr. med. Steffen Zenta und dem jetzigen MVZ im Helios an. Zu seinen Behandlungsschwerpunkten gehören neben minimal-invasiven Wirbelsäuleninterventionen auch die operative Behandlung von Schultererkrankungen sowie Knie- und Vorfußoperationen.

»Außerdem kommt eine Vertebroplastie in Betracht, wenn andere Knochenerkrankungen oder Wirbelkörper-Blutschwämme starke Schmerzen bereiten«, ergänzt der Münchner Orthopäde. Wie für alle orthopädischen Erkrankungen so gilt auch bei dieser minimal-invasiven Therapieform, dass der Behandlungserfolg genaue Kenntnisse über die Schmerzursache voraussetzt. »Neben einer eingehenden körperlichen Untersuchung setzen wir bildgebende Verfahren, z. B. Röntgen oder Kernspintomographie ein, um zu einem eindeutigen Befund zu gelangen«, so Dr. Söller.

Minimal-invasive Therapien im Helios

- ▶ Epidurale Kathetermethode nach Prof. Racz
- ▶ Bandscheibenoperation mit Laser oder Hitzesonde (PLDD)
- ▶ Behandlung von inneren Bandscheibenrissen mit der Intradiskalen Elektrothermalen Therapie (IDET)
- ▶ Minimal-invasive Stabilisierung von Wirbelkörperfrakturen (perkutane bzw. Kypho-Vertebroplastie)
- ▶ Wirbelgelenkverödung mittels Radiofrequenz
- ▶ Minimal-invasive Erweiterung des Wirbelkanals bei Spinalkanalverengung (Coflex, X-Stop etc.)