

ORTHOKL



Dr. med. Thomas Dobler,
VRP OKL

Geschätzte Leserin, geschätzter Leser

Nach dem Bezug unserer neuen Räumlichkeiten neben der Klinik St. Anna, wo wir nun jährlich über 27'000 Sprechstundenpatient:innen behandeln, können wir einen weiteren Schritt in unserem Anspruch, das führende Zentrum für umfassende orthopädische Chirurgie in der Zentralschweiz zu sein, unternehmen.

Die Erweiterung der OKL um die Rückenorthopädie ist ein weiterer Meilenstein in der Geschichte unserer Klinik. Die Wirbelsäule als integrativer Bestandteil des Bewegungsapparates komplettiert das medizinische Angebot unserer Praxis, und mit Dr. med. Markus Noger konnten wir einen höchst kompetenten und anerkannten Rücken- und Wirbelsäulenspezialisten aus Luzern gewinnen.

Ergänzt wird der konservative und operative Ansatz der Behandlung von degenerativen und unfallbedingten Veränderungen der Wirbelsäule durch eine schmerztherapeutische Praxis. Auch hier sind wir hoch erfreut, mit Dr. med. Katrin Meyer eine ausgewiesene Schmerztherapeutin in unsere Praxis integrieren zu können.

Auch haben wir unser Angebot im Bereich der Hüftchirurgie um den Kollegen Dr. med. Tobias Koller erweitert. Er wird gemeinsam mit Prof. Dr. med. Martin Beck die gelenkerhaltende Hüftchirurgie ausbauen.

In unserem neuen Newsletter werden sich unsere neuen Kolleg:innen vorstellen und ihr Leistungsspektrum aufzeigen.

Ich wünsche Ihnen dabei eine gute Lektüre.



NEU: AB 1. JUNI 2025 OKL RÜCKEN- UND SCHMERZZENTRUM

Bessere Versorgung für Rücken- und Schmerzpatient:innen: Die Orthopädische Klinik Luzern erweitert ihr Angebot.

Rückenschmerzen gehören zu den häufigsten Gesundheitsproblemen weltweit – Millionen Menschen leiden darunter, oft mit erheblichen Einschränkungen im Alltag. Die Orthopädische Klinik Luzern reagiert auf diese wachsende Herausforderung und baut ihr Behandlungsangebot gezielt aus: An der Stadthofstrasse 4 in Luzern entsteht ein spezialisiertes Rücken- und Schmerzzentrum. Hier werden Patientinnen und Patienten von unserem Expertenteam individuell betreut und mit modernsten diagnostischen sowie therapeutischen Verfahren behandelt – interdisziplinär, individuell und auf höchstem medizinischen Niveau. Damit setzt die OKL ein starkes Zeichen für eine ganzheitliche Versorgung bei Rücken- und Schmerzkrankungen.



Orthopädische Klinik Luzern AG
Rücken- und Schmerzzentrum
Stadthofstrasse 4, 6004 Luzern
T +41 (0)41 255 65 65

- Angebot**
- Wirbelsäulenchirurgie
 - Konservative Orthopädie
 - Interventionelle Schmerztherapie
 - Manuelle Medizin
 - Akupunktur

SEITE 2

ZERVIKALE FORAMENSTENOSE: Schmerztherapie und Wirbelsäulenchirurgie – Diagnostik, konservative Behandlung und Infiltration

SEITE 3

PORTRAIT: Dr. med. Katrin Meyer

SEITE 4

ZERVIKALE FORAMENSTENOSE: Chirurgische Behandlung

PORTRAIT: Dr. med. Markus Noger

SEITE 5

ERKRANKUNG DES HÜFTGELENKS: Femoroacetabuläres Impingement

SEITE 7

PORTRAIT: Dr. med. Tobias Koller

SEITE 8

UNSERE ÄRZTINNEN UND ÄRZTE SOWIE UNSERE KOMPETENZZENTREN

ZERVIKALE FORAMENSTENOSE: WIE SICH WIRBELSÄULENCHIRURGIE UND SCHMERZTHERAPIE ERGÄNZEN

FACHARTIKEL

Dr. med. Katrin Meyer
Dr. med. Markus Noger

Die zervikale Foramenstenose bezeichnet eine Einengung des Neuroforamens der Halswirbelsäule, was zu einer Kompression der entsprechenden zervikalen Nervenwurzel führt. Diese Einengung ist am häufigsten durch Osteophyten (80%) oder durch Diskushernien (20%) bedingt. Seltener kann eine Foramenstenose posttraumatisch und infolge von Entzündungen oder Tumoren auftreten. Die Häufigkeit nimmt mit dem Alter zu, es sind insbesondere Patient:innen ab dem 50. Lebensjahr betroffen.

Die Einengung kann lange Zeit asymptomatisch bleiben und erst in späteren Lebensjahren symptomatisch werden und dann zu Schmerzen und neurologischen Symptomen wie unangenehmen Empfindungen (Parästhesien), Taubheitsgefühl und Muskelschwäche führen. Diese Schmerzen strahlen typischerweise in Schultern und Arme aus und werden durch Rotations- und Reklinationsbewegungen des Kopfes verstärkt. Am häufigsten sind die Wurzeln C7 und C6 betroffen.

Eine genaue Diagnostik und eine differenzierte Therapie sind entscheidend für die Prognose der Patient:innen.

DIAGNOSTIK

Der klinische Untersuchungs umfasst die neurologische Untersuchung, spezifische Provokationstests (axiale Wurzelkompression durch Spurlingtest) und die Untersuchung der zervikalen Beweglichkeit. Der Ausschluss myelopathischer Zeichen wie einer Gangataxie oder gesteigerter Muskeleigenreflexe an den Beinen sind bei Vorliegen einer zentralen Stenose von grosser Wichtigkeit. Differenzialdiagnostisch gilt es, durch einen klinischen Schulteruntersuch eine Rotatorenmanschettenläsion und evtl. durch die elektrophysiologische Messung der Nerven-

leitgeschwindigkeit ein peripheres Nervenkompressionssyndrom (z. B. ein Karpaltunnelsyndrom) auszuschliessen.

Bei Schmerzen seit über einem Monat, neurologischen Ausfällen, Myelopathiesymptomen oder vorliegenden Red Flags wie Anzeichen für eine Tumorerkrankung, Infektion oder Fraktur sollte eine Bildgebung erfolgen. Die konventionelle Röntgenaufnahme vermag Alignementstörungen, ein Wirbelgleiten, Osteolysen und Osteophyten darzustellen. Die Magnetresonanztomographie (MRT) ist die Methode der Wahl zur Beurteilung der Weichteilstrukturen, natürlich insbeson-

dere der Nervenwurzeln und des Myelons. Die Computertomographie ist in Ausnahmefällen bei Patienten mit MRT-Kontraindikationen oder zur exakteren Operationsplanung bei komplexen degenerativen Veränderungen indiziert.

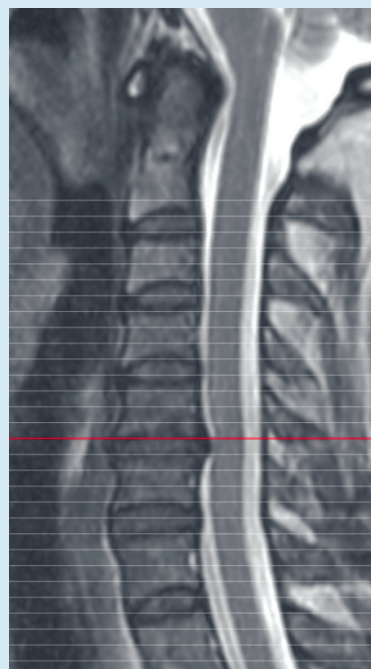


Abb. 1

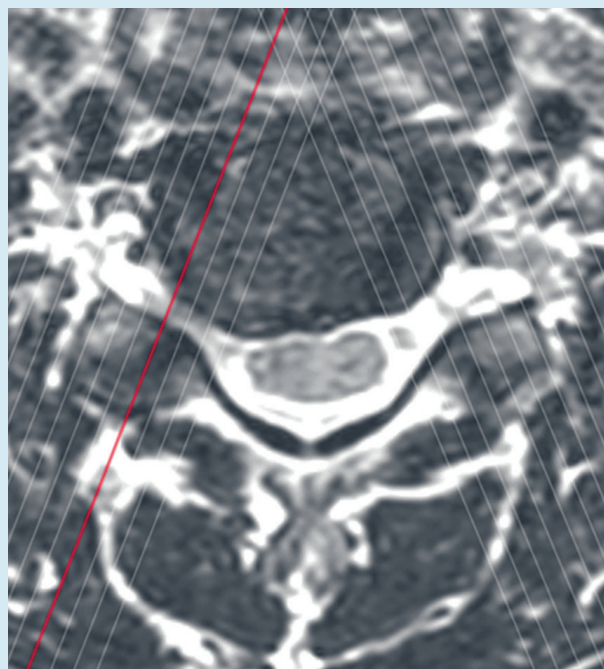


Abb. 2



Abb. 3

In diesem axialen MRT-Beispiel (Abb. 2) kann die Einengung des rechten Foramens leicht dargestellt werden. Bei komplexeren anatomischen Verhältnissen gelingt der Stenosenachweis auf den obliquen Foramenaufnahmen (Abb. 3) meist deutlich einfacher, weshalb die Durchführung dieser Aufnahmen bei der MRT-Anmeldung vom Radiologen verlangt werden sollte.

KONSERVATIVE BEHANDLUNG UND INFILTRATION

Die konservative Therapie steht bei milden bis moderaten Beschwerden im Vordergrund. Ziel ist, die Schmerzen zu lindern und die Funktion der betroffenen Nervenwurzel zu verbessern. Sie umfasst physiotherapeutische/-therapeutische Massnahmen mit gezielten Dehn- und Kräftigungsübungen, manuellen Therapien und physikalischen Anwendungen sowie die medikamentöse Schmerztherapie. Hier werden je nach Symptomatik verschiedene Schmerzmedikamente und antineuropathisch wirksame Substanzen eingesetzt. Teilweise kann auch der kurzfristige Einsatz muskelentspannender

Substanzen hilfreich sein. Ergonomische Anpassungen am Arbeitsplatz sowie Vermeidung belastender Bewegungen unterstützen die Genesung.

Bei akuter radikulärer Symptomatik sind selektive periradikuläre Infiltrationen häufig eine gute therapeutische Option. Diese werden bei uns an der Halswirbelsäule ultraschallgesteuert durchgeführt. Dabei werden im Vergleich zur Darstellung unter Bildwandlerkontrolle nicht nur die knöchernen Strukturen dargestellt, sondern auch die Nervenwurzel selbst sowie die umgebenden Strukturen wie Gefässe,



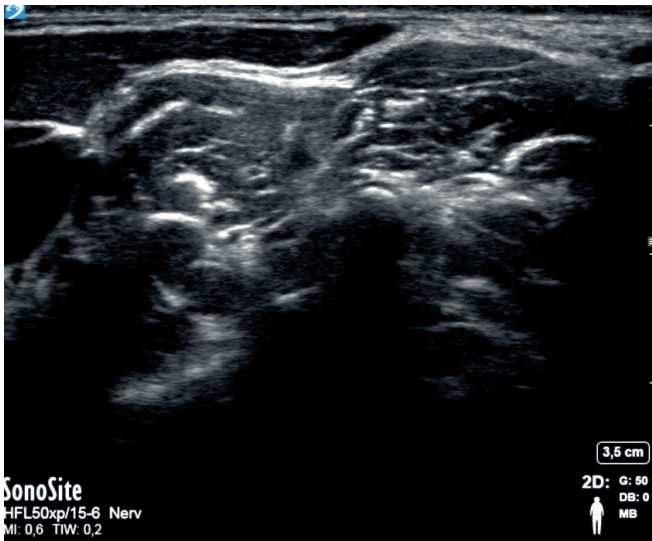


Abb. 1

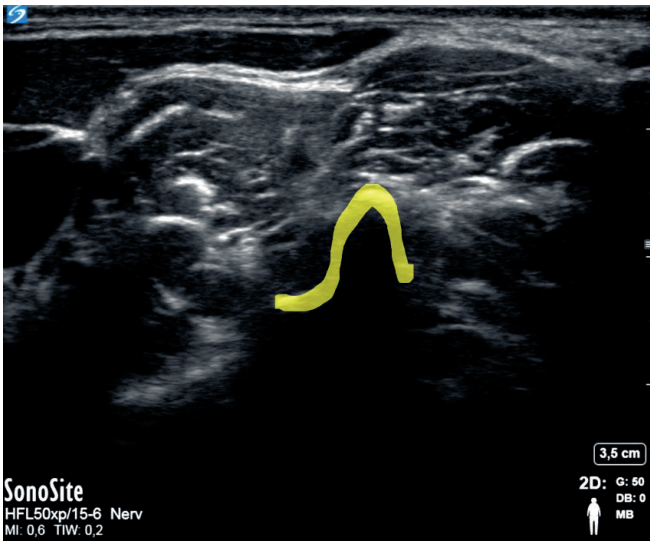


Abb. 2

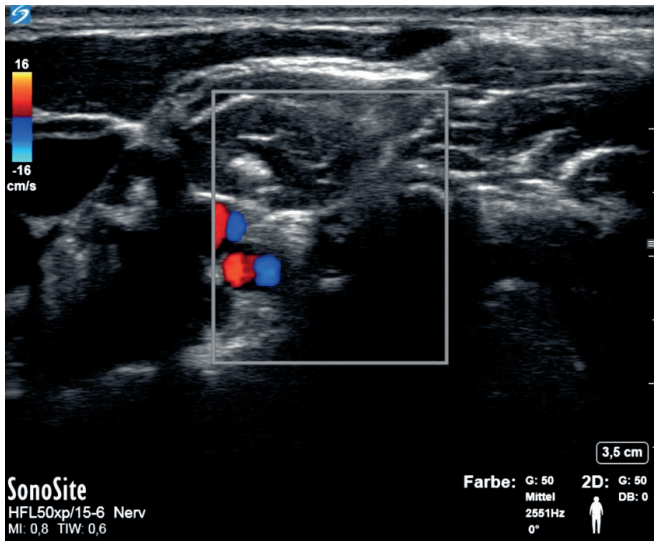


Abb. 3

Muskulatur und umgebendes Nervengewebe. Insbesondere die Darstellung der Gefässe ist im Bereich der Halswirbelsäule essenziell, da eine akzidentelle Injektion in die in diesem Bereich direkt zum Hirn führenden Gefässe strikt vermieden werden muss.

Nach lokaler Hautanästhesie wird eine dünne Nadel unter Ultraschallkontrolle in unmittelbare Nähe des Nervenausstrittes platziert und über diese meist eine Kombination aus einem Lokalanästhetikum und einem entzündungshemmendem Kortikosteroid an die Nervenwurzel appliziert.

Bei 80 % der Patient:innen kommt es unter der konservativen und eventuell infiltrativen Behandlung innerhalb von sechs Monaten zu einer deutlichen Beschwerdeminderung, oft mit einem kompletten Verschwinden der Symptomatik nach durchschnittlich zwei Jahren.



Abb. 4



Abb. 5

Abb. 1: Processus transversus von C7 – Typisch für dieses Segment ist der fehlende oder nur rudimentär vorhandene anteriore Tuberkel.
Abb. 2: Hervorgehoben ist die knöcherne Silhouette des posterioren Tuberkels, darin liegend die Nervenwurzel C7.
Abb. 3: Wichtig zu erkennen ist die mittels Doppler dargestellte und unmittelbar anterior liegende Arteria vertebralis.
Abb. 4/5: Schallkopfposition am Patienten und korrespondierendes Modell der Halswirbelsäule: Im Ultraschall werden die entsprechenden Segmente anhand der für die HWS typischen knöchernen Form der Querfortsätze (Processi transversi) erkannt.

Weiterlesen auf Seite 4

Facharzttitel

Anästhesiologie

Fähigkeitsausweise

Interdisziplinärer Schwerpunkt interventionelle Schmerztherapie SSIPM

Interdisziplinärer Schwerpunkt Manuelle Medizin SAMM

Fähigkeitsausweis POCUS (SGUM) für die Komponenten interventionelle Schmerztherapie, Regionalanästhesie und Gefässpunktion

Behandlungsschwerpunkte

Interventionelle Schmerztherapie, Manuelle Medizin

Beruflicher Werdegang

Seit 01.06.2025: Leitende Fachärztin Schmerzmedizin an der Orthopädischen Klinik Luzern

2020–2023: Co-Leitung Schmerztherapie Kantonsspital Luzern, Leitung ambulante Schmerztherapie

2019–2025: Oberärztin mbF Anästhesie/ Schmerztherapie, Prof. C. Konrad, Kantonsspital Luzern

2012–2019: Oberärztin Anästhesie/ Schmerztherapie, Prof. C. Konrad, Kantonsspital Luzern

2011–2012: Oberärztin Schmerztherapie, Universitätsklinik für Anästhesiologie und Schmerztherapie, Prof. M. Curatolo, Inselspital Bern

2008–2011: Assistenzärztin Anästhesie, Universitätsklinik für Anästhesiologie und Schmerztherapie, Prof. M. Curatolo / Prof. F. Stüber, Inselspital Bern

2006–2007: Resident, Department of Anesthesia, St. Paul's Hospital, University of British Columbia, Vancouver, Canada

2004–2006: Assistenzärztin Anästhesie / Intensivmedizin, Kantonsspital Schaffhausen, Dr. H. Splisgardt / Dr. K. Lang

2003: Assistenzärztin Innere Medizin, Spital Frutigen, Dr. M. Negri

2002: Assistenzärztin Chirurgie, Spital Frutigen, PD Dr. D. Heim

Aus-/ Weiterbildung und Diplome

2011: Facharzt FMH für Anästhesiologie

2002: Promotion, Universität Basel

1994–2001: Studium Medizin, Universität Basel

Mitgliedschaften

Swiss Society for Anesthesiology and perioperative Medicine SSAPM

Swiss Society for Interventional Pain Management SSIPM

European Society of Regional Anesthesia & Pain Therapy ESRA

Schweizerische Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin SGUM

Schweizerische Ärztesgesellschaft für Manuelle Medizin SAMM

PORTRAIT

DR. MED. KATRIN MEYER



Dr. med. Katrin Meyer
sekretariat.kmeyer@okl.ch
T +41 (0)41 255 65 43

CHIRURGISCHE BEHANDLUNG

Ein hohes Schmerzlevel, eine Beschwerdedauer über sechs Monate, neurologische Symptome und krankheitsbedingter Distress sind Risikofaktoren für ein Nichtansprechen auf die konservative Behandlung. Schlussendlich müssen circa 20% aller Patient:innen der chirurgischen Behandlung zugeführt werden. Indikationen zur Operation sind starke Schmerzen, ein motorisches Defizit < M4/5, ein störendes funktionelles Defizit, eine Myelopathie oder chronische störende Beschwerden über 4 – 6 Monate hinweg (Gefahr der Schmerzchronifizierung).

Zur chirurgischen Foramendekompression an der HWS wird meistens ein vorderer Zugang gewählt, da mittels Diskektomie eine gründlichere Wurzelbefreiung durch

Entfernung der von ventral drückender Diskushernie und Unkovertebralgelenkosteophyten erreicht werden kann. Das leer geräumte Diskusfach dient hier als Arbeitskanal, und wird nach der mikroskopischen Dekompression mit ACDF-Cage oder mittels beweglicher Diskusprothese stabilisiert. Die beiden Operationsmethoden werden im Outcome aktuell als gleichwertig angesehen, und es darf postoperativ mit einer deutlichen Verminderung der Armschmerzen bei 80% und einer effektiven Verminderung der Nackenschmerzen bei 70% gerechnet werden. Erst ab drei fusionierten Segmenthöhen verspüren Patient:innen eine postoperativ verbleibende Einschränkung ihrer Nackenbeweglichkeit. Für den möglichen Einbau der mobilen Diskusprothese sollten diverse Faktoren erfüllt sein wie junges Patientenalter, lordotisches HWS-Alignement, gut erhal-

tene präoperative Segmentbeweglichkeit und nur geringe Osteophytenbildung.

Bei nur einseitiger Pathologie, sehr lateral gelegenen und frischen Diskushernien oder Osteophytenbildung des dorsal gelegenen Fazettengelenkes kann auch eine dorsale Foraminotomie durchgeführt werden. Diese ist mobilitätserhaltend, weshalb mittelfristig die Komplikationsmöglichkeit einer Re-Stenosierung besteht, sodass 10% dieser Patient:innen sekundär dann auch noch von vorne im Sinne einer ACDF reoperiert werden müssen.

Mittelfristig hat bei korrekter Indikationsstellung die Operation bei deutlicher Beschwerdesymptomatik gegenüber dem konservativen Vorgehen eindeutige Vorteile, weil sie die Schmerzdauer signifikant verkürzt, was die Lebensqualität erhöhen,

eine Arbeitsunfähigkeit verkürzen und eine Schmerzchronifizierung verhindern kann. Demgegenüber sollte das Komplikationspotenzial einer Operation natürlich in die Entscheidungsfindung mit einfließen. Bei aushaltbaren Schmerzen sollte zugewartet werden, ob sich der Zustand wie oben beschrieben unter konservativer und infiltrativer Therapie innerhalb sinnvoller Zeit normalisiert.

FAZIT

Die zervikale Foramenstenose ist eine häufige Pathologie, die eine differenzierte Diagnostik und eine individuelle Therapie erfordert. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Hausärzt:innen, Wirbelsäulenchirurg:innen und Schmerztherapeut:innen ist entscheidend für eine optimale Patientenversorgung.

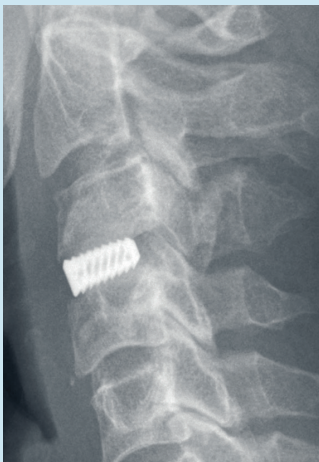


Abb. 1

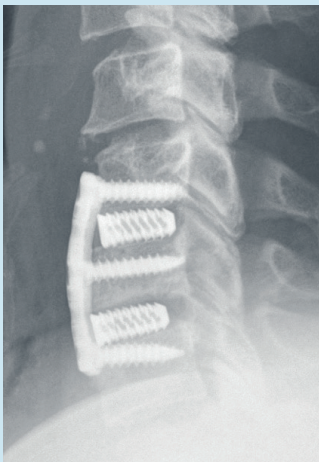


Abb. 2



Abb. 3

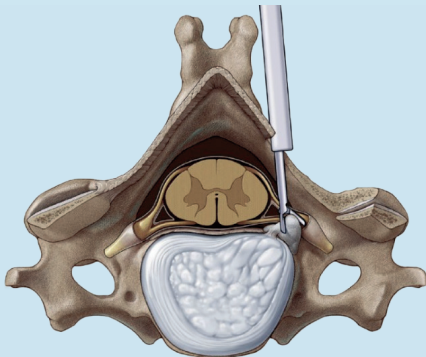


Abb. 4

Abb. 1: Monosegmentaler Bandscheibenersatz aus Titan, welcher innerhalb weniger Monate eine ossäre Konsolidierung zwischen den beiden angrenzenden Wirbelkörpern ermöglicht.

Abb. 2: Ab zwei Fusionshöhen werden die Cages meist mit einer ventralen Platte gesichert, um die Fusionsraten zu erhöhen.

Abb. 3: Die bewegliche Diskusprothese funktioniert gut, wenn die degenerativen Veränderungen noch nicht weit fortgeschritten sind.

Abb. 4: Das dorsale Vorgehen schont die Bandscheibe, erlaubt aber nur die Sanierung einer unilateral und weit lateral gelegenen Pathologie, da der Duralsack, anders als beim Arbeiten an der LWS, nicht mobilisiert werden darf.

Literatur

1. Narouze SN: Ultrasound-guided cervical spine injections: ultrasound «prevents» whereas contrast fluoroscopy «detects» intravascular injections. RAPM 2012.
2. Luyao, H., Xiaoxiao, Y., Tianxiao, F., Yuandong, L., & Ping Wang (2022). Management of Cervical Spondylotic Radiculopathy: A Systematic review. Global spine journal, 12(8), 1912–1924.



RÜCKEN- UND SCHMERZZENTRUM

Dr. med. Katrin Meyer
sekretariat.kmeyer@okl.ch
T +41 (0)41 255 65 43

Dr. med. Markus Noger
sekretariat.noger@okl.ch
T +41 (0)41 255 65 45

PORTRAIT
DR. MED.
MARKUS NOGER



Dr. med. Markus Noger
sekretariat.noger@okl.ch
T +41 (0)41 255 65 45

Facharzttitel

Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates
Interdisziplinärer Schwerpunkt Wirbelsäulenchirurgie (SGNC und SO)

Behandlungsschwerpunkte

Wirbelsäulenchirurgie

Beruflicher Werdegang

Seit 01.06.2025: Facharzt an der Orthopädischen Klinik Luzern

2015–2025: Co-Chefarzt, Interdisziplinäre Wirbelsäulenchirurgie, Luzerner Kantonsspital

2012–2015: Leitender Arzt, Orthopädische Klinik und interdisziplinäre Wirbelsäulenchirurgie, Luzerner Kantonsspital

2010–2011: Oberarzt mbF, Orthopädische Klinik und interdisziplinäre Wirbelsäulenchirurgie, Luzerner Kantonsspital

2008–2009: Oberarzt, Clinical fellowship, Spine Surgery, Mayo-Clinic, Rochester, USA

2004–2008: Oberarzt, Orthopädische Chirurgie und Unfallchirurgie/Wirbelsäulenchirurgie, Hôpitaux Universitaires de Genève

2003–2004: Assistenzarzt, Orthopädische Chirurgie und Unfallchirurgie, Hôpitaux Universitaires de Genève

2001–2003: Assistenzarzt, Orthopädische Chirurgie und Unfallchirurgie, Kantonsspital Fribourg

2000–2001: Assistenzarzt, Allgemeine Chirurgie, Kantonsspital Luzern

1999–2000: Assistenzarzt, Allgemeine Chirurgie, Hôpital de Monthey

Aus-/Weiterbildung und Diplome

2011: Europäisches Wirbelsäulendiplom

2009: Promotion, Universität Genf

2008: Amerikanisches Staatsexamen und Arztzulassung USA

2007: Facharzt FMH für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates

1998: Staatsexamen, Universität Lausanne

1992: Gymnasium Luzern

Mitgliedschaften

Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie (SGS)

Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)

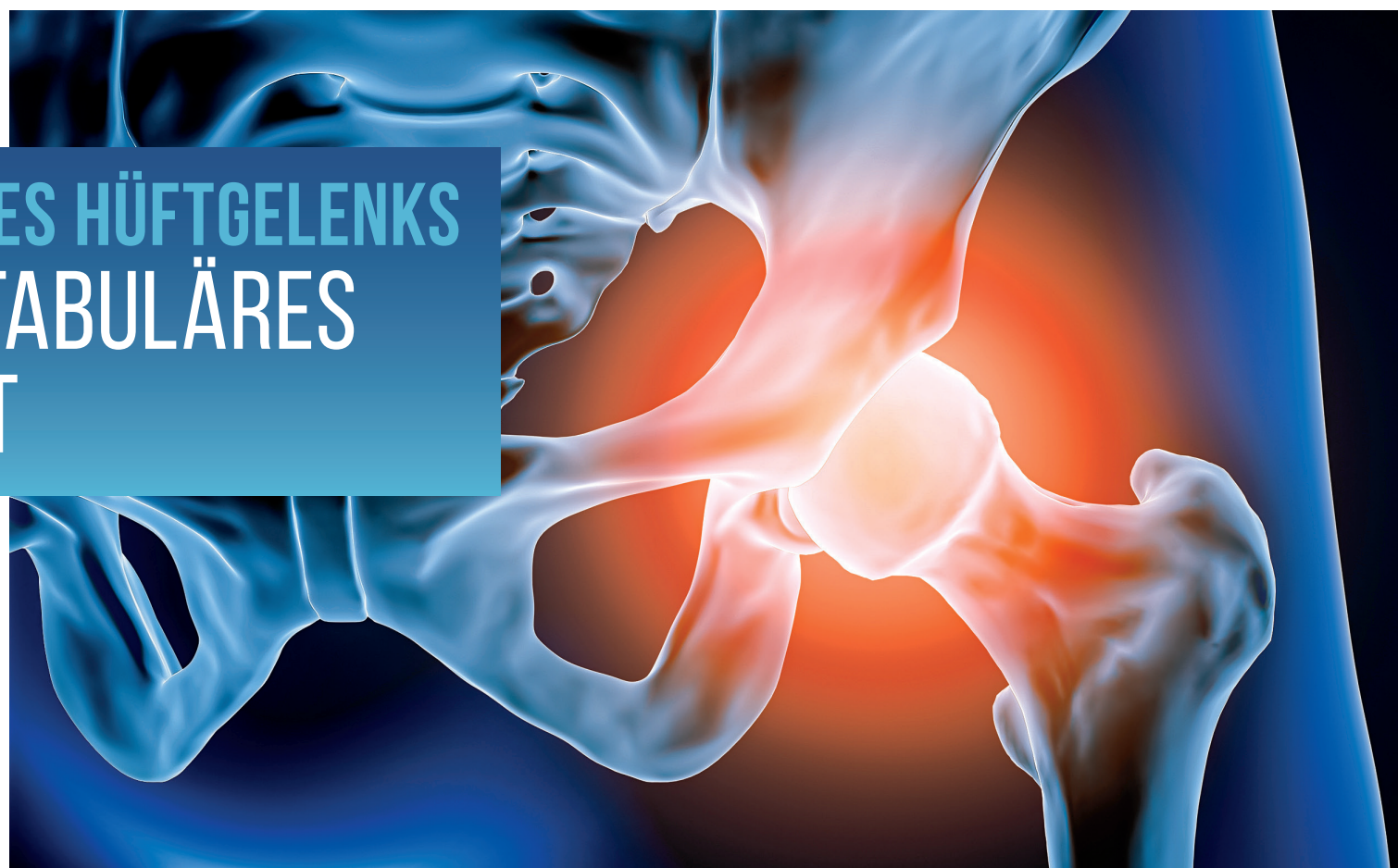
Ärztegesellschaft des Kantons Luzern (VZAG)

Swiss Orthopaedics (SO)

ERKRANKUNG DES HÜFTGELENKS FEMOROACETABULÄRES IMPINGEMENT

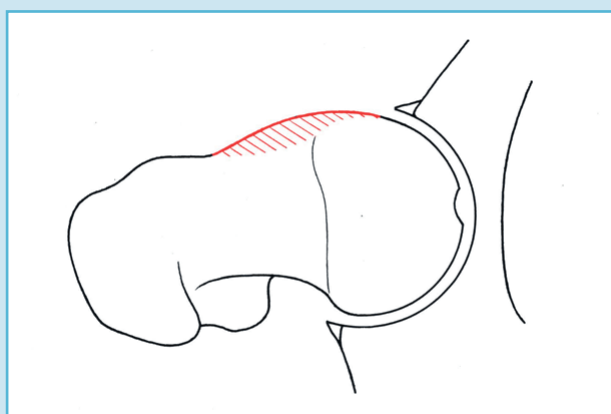
FACHARTIKEL

Dr. med. Tobias Koller



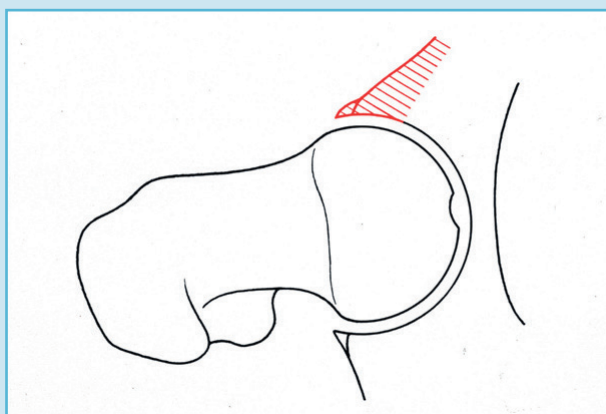
Das Femoroacetabuläre Impingement (FAI) ist eine häufige Erkrankung des Hüftgelenkes, die zu Schmerzen sowie zu Bewegungsstörungen führen kann. Es bezeichnet eine ungünstige mechanische Form der Hüfte, die ein Anschlagen des Schenkelhalses gegen die Hüftpfanne verursacht. Dies kann im Laufe der Zeit zu Schädigungen des Labrums oder zu einer vorzeitigen Abnutzung des Gelenks führen.

Es gibt drei Hauptarten von FAI, die auf unterschiedlichen anatomischen Veränderungen basieren:



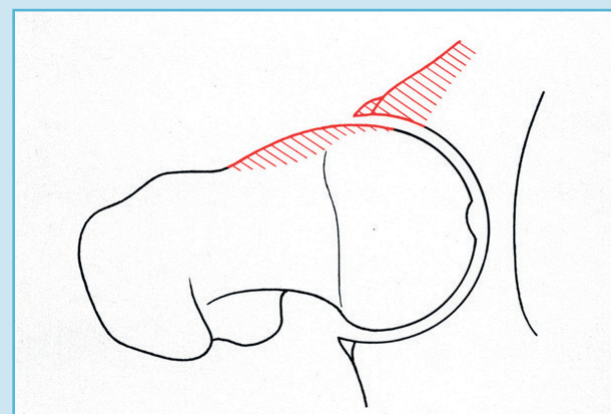
Cam-Impingement

Hierbei handelt es sich um eine Anomalie des Schenkelhalses, der eine asphärische Form hat (Cam-Deformität, Bump).



Pincer-Impingement

Bei dieser Form ist die Hüftpfanne selbst zu tief und umfasst den Kopf zu stark, wie eine Beisszange.



Misch-Impingement

Eine Kombination von Cam- und Pincer-Impingement, bei der sowohl die Form des Schenkelhalses als auch der Hüftpfanne abnorm sind und ein Anstossen hervorrufen. Hierbei handelt es sich um die häufigste Variante.

HÜFTIMPINGEMENT

Ein Hüftimpingement kann Personen vom Jugend- bis zum Erwachsenenalter betreffen, meistens aber körperlich aktive Personen. Symptome des FAI sind häufig Schmerzen an der Hüftvorderseite oder in der Leiste, gelegentlich können auch Schmerzen im Gesäss oder lateral über dem Trochanter major auftreten. Diese treten typischerweise bei langem Sitzen oder im Anschluss an sportliche Aktivität auf. Oft besteht auch eine eingeschränkte Hüftgelenkbeweglichkeit, insbesondere bei der Innenrotation.

Die genaue Ursache des FAI ist bis heute nicht gänzlich geklärt. Die genetische Veranlagung scheint eine Rolle zu spielen. Eine weitere Ursache wird in einer erhöhten Belastung der Wachstumsfuge während einer kritischen Phase des Wachstumsschubes im Pubertätsalter gesehen. In diesem Zusammenhang werden Cam-Deformitäten häufiger bei männlichen Patienten festgestellt, die im Jugendalter sportlich sehr aktiv waren oder sind. Auch scheinen Sportarten mit einem bestimmten Belastungsprofil, wie häufige Beugung und Innenrotation im Hüftgelenk wie beim Eishockey, ein höheres Risiko für die Entwicklung eines femoro-

roacetabulären Impingements mit sich zu bringen.

Die Diagnose wird in der Regel durch eine klinische Untersuchung und bildgebende Verfahren wie Röntgenaufnahmen oder Magnetresonanztomographie (MRT) gestellt. In der klinischen Untersuchung wird die Beweglichkeit der Hüfte untersucht. Beim FAI ist vor allem die Innendrehung der flektierten Hüfte verringert. Treten zusätzlich bei Beugung und Innenrotation der Hüfte Schmerzen in der Leiste auf, was einem positiven Impingement-Test entspricht, so erhärtet sich die Verdachtsdiagnose. Röntgenbilder in zwei Ebenen,

Beckenübersicht und Hüfte axial, werden erstellt, um die Form des Schenkelhalses und der Gelenkpfanne zu beurteilen. Zusätzlich erfolgt die weitere Abklärung mittels Arthro-MRI der Hüfte mit radiären Schnitten in der Schenkelhalsachse, um die genaue Form des Schenkelhalses, insbesondere das Vorliegen einer Asphärität (Cam-Deformität), beurteilen zu können. Zusätzlich erfolgt die Beurteilung des Labrums und des Gelenksknorpels sowie der Antetorsion des Femurs. Falls die Befunde und die Beschwerden nicht eindeutig sind, so müssen auch andere Ursachen wie beispielsweise LWS-Beschwerden oder Leistenhernien ausgeschlossen

werden. Zur Differenzierung der Schmerzen kann auch eine diagnostische Infiltration der Hüfte hilfreich sein, oder ein Ultraschall der Leistengegend.

Die Behandlung des FAI kann konservativ oder operativ erfolgen. Nicht immer muss operiert werden. Insbesondere bei milden Formen kann eine gezielte konservative Behandlung erfolgreich sein. Den Behandlungsschwerpunkt bildet ein konsequentes und regelmässiges Muskeltrainingsprogramm, welches zu einem Teil aus einer Physiotherapie und zu einem grösseren Teil aus selbstständigen Heimübungen besteht. Das Ziel ist, eine ausgewogene Muskelbalancierung und eine

gute Rumpfkraft zu entwickeln. Unterstützend können entzündungshemmende Schmerzmittel verordnet werden. Die eigentliche Formveränderung des Schenkelhalses und/oder der Pfanne kann durch eine konservative Therapie jedoch nicht beseitigt werden. Eine unsachgemässe Physiotherapie hat häufig sogar einen nachteiligen Effekt, da durch Bewegungsübungen das Impingement geradezu ausgelöst wird.

Heutzutage werden die meisten Impingement-Operationen arthroskopisch durchgeführt. Der Eingriff erfolgt in der Regel in Allgemeinnarkose. Bei der Hüftarthroskopie wird ein Extensionstisch verwendet.

Die Extension ist notwendig, um das Hüftgelenk zu distrahieren, damit das zentrale Kompartiment des Gelenks zugänglich wird. Üblicherweise werden zwei bis drei Inzisionen mit einer Länge von jeweils 1–2 cm benötigt, um alle Operationschritte im Gelenk korrekt durchführen zu können. Die Portale werden zum Teil unter Röntgendurchleuchtung angelegt. In einem ersten Schritt wird eine korrekte Taillierung des Hüftkopfes zum Schenkelhals durchgeführt. Der Hüftkopf wird wieder «rund gemacht». Die Taillierung wird mittels einer Kugelfräse und unter Röntgenkontrolle durchgeführt. Anschliessend erfolgt eine Bewegungskontrolle unter Sicht, um sicherzustellen, dass kein wei-

teres Anstossen des Schenkelhalses am Pfannenrand besteht. Falls nötig erfolgt als Nächstes die Behandlung des Pfannenrandes und des Labrums. In diesem Fall wird das Labrum mittels kleiner Knochenanker wieder refixiert. Zum Schluss erfolgt der Verschluss der Gelenkkapsel und die Hautnaht.

FALLBEISPIEL: HÜFTIMPINGEMENT-OPERATION ARTHROSKOPISCH



26-jähriger, sportlicher Patient

Der junge, sportliche Patient leidet seit Monaten an linksseitigen Leistenschmerzen nach dem Tennisspielen. Zudem klagt er über eine eingeschränkte Hüftgelenkbeweglichkeit links, vor allem bei der Innenrotation.

In der klinischen Untersuchung zeigt sich eine eingeschränkte Innenrotation der linken Hüfte mit positivem vorderem Impingement-Test. Radiologisch zeigt sich in der axialen Aufnahme eine Cam-Deformität. Im Arthro-MRI zeigt sich der Knorpel

noch intakt. Trotz konservativer Therapie inklusive intraartikulärer Infiltration mit Lokalanästhetikum und Kortison kam es nur zu einer kurzen Beschwerdelinderung, weshalb die arthroskopische Offset-Korrektur erfolgt ist. Sechs Monate postoperativ konnte der Patient wieder beschwerdefrei seinen sportlichen Aktivitäten nachgehen.



Abb. 1

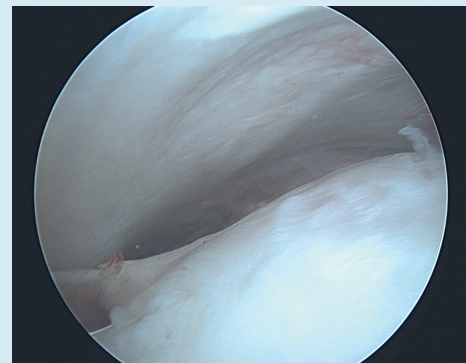
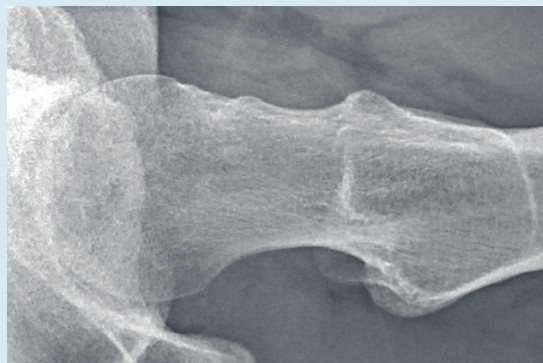


Abb. 2

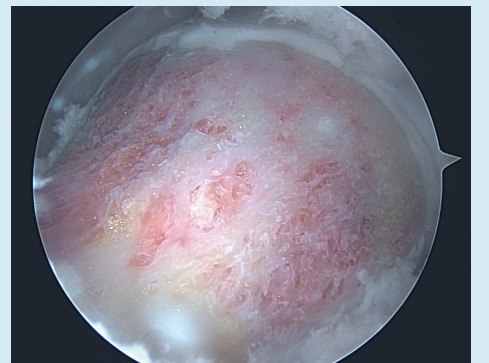


Abb. 3



Abb. 4

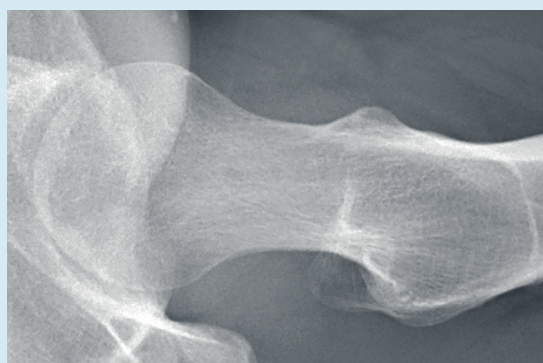


Abb. 1: Präoperatives Röntgenbild ap und axial

Abb. 2: Intraoperativ vor Korrektur

Abb. 3: Intraoperativ nach Korrektur

Abb. 4: Postoperatives Röntgenbild ap und axial

CHIRURGISCHE HÜFTLUXATION

Hüftgelenke mit grossen Formveränderungen, mit schwereren Knorpelschäden oder wenn das Labrum rekonstruiert werden muss, benötigen aber nach wie vor eine offene Operation, die chirurgische Hüftluxation. Der Eingriff erfolgt ebenfalls in Intubationsnarkose. Der Hautschnitt ist ca. 25cm lang. Um zum Hüftgelenk zu gelangen, ohne die Muskulatur zu durchtrennen und ohne die Blutversorgung des Hüftgelenks zu gefährden, wird die seitliche Hüftmuskulatur in einer sogenannten Trochanter-Osteotomie gemeinsam mit einer Knochenscheibe vom Trochanter abgesetzt. Nach Eröffnung der Gelenkkapsel wird die Hüftkugel aus der Pfanne luxiert. Es bietet sich in der Folge eine gleichzeitige Sicht auf beide Gelenkteile und eine optimale Möglichkeit zur Korrektur. In einem ersten Schritt wird die zu grosse Pfanne verkleinert und das Labrum mittels kleiner Knochenanker wieder refixiert. Gegebenfalls kann dann das Labrum auch mit dem Lig. capitis femoris oder der Semitendinosussehne rekonstruiert werden. Die Cam-Deformität am Schenkelhals wird mit speziellen Meisseln Schicht um Schicht abgetragen, bis eine optimale Taillierung resultiert. Falls notwendig sind auch rekonstruktive Massnahmen am Knorpel der Hüftpfanne oder des Hüftkopfes (z. B. Mikrofrakturierung oder AMIC-Plastik) sehr gut durchführbar. Nachdem das Gelenk wieder reponiert ist, erfolgt die Überprüfung des freien Gelenkspiels. Der Trochanter wird mittels zweier Schrauben wieder refixiert. Hat das FAI den Knorpel bereits zu sehr beschädigt

und besteht bereits eine Hüftarthrose, ist es nicht mehr sinnvoll, das Gelenk um jeden Preis zu erhalten. In diesem Fall kann es sein, dass sich eine Hüftprothese besser für die Behandlung eignet. Wichtig hierbei sind verschiedene Faktoren wie Alter, Arthrosegrad und Erwartungshaltung, welche in die Entscheidung mit einfließen. Das eigene Gelenk ist zwar immer das beste, aber manchmal kann man es nicht mehr sinnvoll reparieren.

Bei korrekter Indikationsstellung ist in 70–80% der Fälle mit einem guten bis sehr guten Ergebnis zu rechnen. Die grössten Fortschritte nach der Operation werden innerhalb von 6 Monaten erzielt, das Endergebnis kann nach etwa 9 bis 12 Monaten beurteilt werden. Je nach Verlauf der postoperativen Rehabilitation einer Hüftarthroskopie können leichte sportliche Aktivitäten nach 6 bis 12 Wochen wieder aufgenommen werden. Intensive Sportarten mit Sprung- oder Stop-and-go-Sequenzen können bei Eingriffen ohne Knorpelreparatur nach 3 bis 5 Monaten wieder begonnen werden. Leistungssportler können mit einer Rückkehr zum Wettkampfsport nach 5 bis 8 Monaten rechnen (je nach Sportart).

Bei der chirurgischen Hüftluxation können leichte sportliche Aktivitäten nach 8 bis 12 Wochen wieder aufgenommen werden. Intensive Sportarten mit Sprung- oder Stop-and-go-Sequenzen können nach 3 bis 6 Monaten wieder ausgeübt werden. Leistungssportler können mit einer Rückkehr zum Wettkampfsport nach 6 bis 9 Monaten rechnen (je nach Sportart). Die



Abb. 1

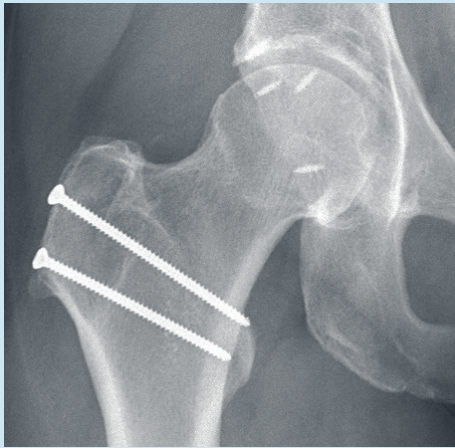


Abb. 2

Schrauben im Trochanter major können zu einer Irritation der Weichteile führen, sodass diese häufig nach 3 bis 6 Monaten entfernt werden.

Insgesamt ist die Komplikationsrate nach hüftgelenkerhaltenden Eingriffen gering. Ossifikationen in der Muskulatur und Beschwerden über dem Trochanter sind am häufigsten. Es kann auch zu Adhäsionen zwischen der Gelenkkapsel und dem Labrum oder der Gelenkkapsel und dem Schenkelhals kommen, die zu Restbeschwerden führen können. Eine operative Lösung der Adhäsionen mittels Hüftarthroskopie ist dann möglich.

Abb. 1: Präoperativ vor chirurgischer Hüftluxation mit zu tiefer Pfanne

Abb. 2: Postoperativ nach chirurgischer Hüftluxation nach Pfannenrandtrimmung und Refixation der Trochanterosteotomie

Dr. med. Tobias Koller
sekretariat.koller@okl.ch
T +41 (0)41 255 65 69



Facharzttitel

Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates

Behandlungsschwerpunkte

Gelenkserhaltende Hüftchirurgie bei Hüftimpingement und Dysplasie

Korrektur posttraumatischer Fehlstellungen

Hüftarthroskopie

Chirurgische Hüftluxation

Femorale Osteotomien

Beckenosteotomien (PAO)

Primärendoprothetik (minimalinvasiv)

Revisionsendoprothetik (Wechseloperationen)

Traumatologie der Hüfte und des Beckens

Beruflicher Werdegang

Seit 01.01.2025: Oberarzt an der Orthopädischen Klinik Luzern

2023–2024: Stv. Oberarzt, Schulthess Klinik

2022: Oberarzt, Orthopädische Klinik Luzern

2020–2022: Oberarzt Orthopädie und Traumatologie, Kantonsspital Nidwalden

2018–2020: Assistenzarzt Orthopädie und Traumatologie, Regionalspital Thun

2015–2018: Assistenzarzt Orthopädie und Traumatologie, Luzerner Kantonsspital (Kinderorthopädie, Knie, Fuss, Hüfte, Obere Extremität)

2015: Assistenzarzt Ophthalmologie, Luzerner Kantonsspital

2014–2015: Assistenzarzt Orthopädie und Traumatologie, Luzerner Kantonsspital

2013–2014: Assistenzarzt chirurgischer Notfall, Luzerner Kantonsspital

2013–2014: Truppenarzt, Kaserne Emmen

Aus-/Weiterbildung und Diplome

2021: Facharzt FMH für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates

2014: Promotion, Universität Bern

Mitgliedschaften

FMH

Swiss Orthopaedics

PORTRAIT

DR. MED. TOBIAS KOLLER



Dr. med. Tobias Koller
sekretariat.koller@okl.ch
T +41 (0)41 255 65 69

UNSERE ÄRZTINNEN UND ÄRZTE SOWIE UNSERE KOMPETENZZENTREN

HAND, ELLENBOGEN, SCHULTER



Dr. med. Philipp Esenwein, Partner
> Hand, Ellenbogen, Sportschäden, orthopädische Unfallchirurgie / Sportverletzung akut
sekretariat.esenwein@okl.ch



Dr. med. Ralf Schöniger, Partner
> Schulter, Ellenbogen, Sportschäden, orthopädische Unfallchirurgie / Sportverletzung akut
sekretariat.schoeniger@okl.ch



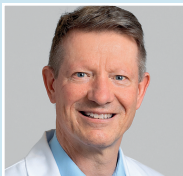
Dr. med. Thuan Ly, Partner
> Hand, Plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie
sekretariat.ly@okl.ch



Dr. med. Stefan Wohlgemuth, Partner
> Hand, Ellenbogen, Sportschäden, orthopädische Unfallchirurgie / Sportverletzung akut
sekretariat.wohlgemuth@okl.ch



Dr. med. Philipp Meyer, Partner
> Schulter, Ellenbogen, Sportschäden, orthopädische Unfallchirurgie / Sportverletzung akut
sekretariat.meyer@okl.ch



Dr. med. Laszlo Molnar, Partner
> Schulter, Ellenbogen, Sportschäden, orthopädische Unfallchirurgie / Sportverletzung akut
sekretariat.molnar@okl.ch

HÜFTE, BECKEN, KNIE



Prof. Dr. med. Martin Beck
> Hüfte, Becken, arthroskopische und offene Chirurgie, Osteotomien, Endoprothetik, Revisionschirurgie
sekretariat.beck@okl.ch



Dr. med. Martin Ellenberger, Partner
> Hüfte, Knie, Sportschäden, orthopädische Unfallchirurgie / Sportverletzung akut
sekretariat.ellenberger@okl.ch



Dr. med. Nicola Biasca, Partner
> Hüfte, Knie, Revisionschirurgie, Infektiologie, orthopädische Unfallchirurgie / Sportverletzung akut
sekretariat.biasca@okl.ch



Dr. med. Sascha Käsermann, Partner
> Knie, Sportschäden, orthopädische Unfallchirurgie / Sportverletzung akut
sekretariat.kaesermann@okl.ch



Dr. med. Carlo De Simoni, Partner
> Hüfte, Knie, Sportschäden, orthopädische Unfallchirurgie / Sportverletzung akut
sekretariat.desimoni@okl.ch



Dr. med. univ. Artur Kröll, Partner
> Hüfte, Knie, Sportschäden, orthopädische Unfallchirurgie / Sportverletzung akut, Revisionen
sekretariat.kroell@okl.ch



Dr. med. Thomas Dobler, Partner
> Hüfte, Knie, Sportschäden, orthopädische Unfallchirurgie / Sportverletzung akut
sekretariat.dobler@okl.ch

FUSS



Dr. med. Lukas Iselin, Partner
> Fuss- und Sprunggelenk, Sportschäden, orthopädische Unfallchirurgie / Sportverletzung akut
sekretariat.iselin@okl.ch



Dr. med. Niklas Renner, Partner
> Fuss- und Sprunggelenk, Sportschäden, orthopädische Unfallchirurgie / Sportverletzung akut
sekretariat.renner@okl.ch



Dr. med. Linas Jankauskas, Partner
> Fuss- und Sprunggelenk, Sportschäden, orthopädische Unfallchirurgie / Sportverletzung akut
sekretariat.jankauskas@okl.ch

RÜCKEN- UND SCHMERZTHERAPIE



Dr. med. Katrin Meyer
> Interventionelle Schmerztherapie, Manuelle Medizin
sekretariat.kmeyer@okl.ch



Dr. med. Thomas Stengel
> Konservative Orthopädie, interventionelle Schmerztherapie, Manuelle Medizin, Akupunktur, Chirotherapie, Sportmedizin
sekretariat.stengel@okl.ch



Dr. med. Markus Noger
> Wirbelsäulenchirurgie
sekretariat.noger@okl.ch

ASSISTENZ- UND OBERÄRZTE



Dr. med. Tobias Koller
> Oberarzt Hüfte, Becken, arthroskopische und offene Chirurgie, Osteotomien, Endoprothetik, Revisionschirurgie
sekretariat.koller@okl.ch



Christine Schwegler
> Assistenzärztin Verein für Hausarztmedizin & Community Care Luzern VHAM&CC

SAVE THE DATE

11. HAUSARZT- UND THERAPEUTEN-WORKSHOP ORTHOPÄDIE INKL. APÉRO RICHE

**DONNERSTAG, 18. SEPTEMBER 2025, 15:15 UHR
ST. ANNA-STRASSE 28, LUZERN**



DETAILS ZU DEN ÄRZTINNEN UND ÄRZTEN:
> WWW.OKL.CH/TEAM