

Optionen bei Hüftdysplasie



Heute werden Hüftdysplasien wegen der Ultraschall-Untersuchungen im Säuglingsalter oft rechtzeitig therapiert.

Eine Hüftdysplasie kann unbehandelt zu einer frühzeitigen Koxarthrose führen.

Durch Fortschritte in der Diagnostik und neue Erkenntnisse über die Krankheitsentstehung hat sich die Therapie von Hüfterkrankungen gewandelt. Musste der Arzt früher den Patienten auf das künstliche Hüftgelenk vertrösten, stehen heute Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung, die das künstliche Gelenk hinauschieben, gelegentlich sogar ersetzen können. Wir möchten Ihnen nachfolgend zwei wichtige Behandlungsmöglichkeiten der Hüftdysplasie vorstellen.

Ursachen der Hüftdysplasie

Die Hüftdysplasie ist eine Fehlf orm des Hüftgelenkes. Mädchen sind häufiger betroffen als Jungen. Mittlerweile wird die Erkrankung durch den Säuglingsultraschall konsequent und früh erfasst. Hierdurch konnte das Auftreten der Hüftdysplasie erheblich gesenkt, jedoch nicht zum Verschwinden gebracht werden. Besteht die Dysplasie weiter, entwickeln sich schon im jungen Erwachsenenalter belastungsabhängige Hüft- und insbesondere Leistenschmerzen.

Das Problem der Hüftdysplasie ist die Überlastung der steil stehenden Hüftpfanne, so dass der Pfannenrand beschädigt und mit der Zeit der Hüftknorpel beschädigt wird. Schmerzen und Arthrose treten sehr früh, schon zwischen dem 25. und 40. Lebensjahr, auf.

Die meisten Patienten mit einer unbehandelten Hüftdysplasie benötigen im Alter von 40 bis 50 Jahren ein künstliches Gelenk.

Prinzipiell kann man die Hüftdysplasie auf zwei verschiedene Arten behandeln und die mechanisch ungünstige Situation des Hüftgelenkes beseitigen (Beckenosteotomie oder Femur-osteotomie). Je nach der Ausgangssituation am Hüftgelenk bietet das eine oder andere Therapieprinzip Vorteile.

Es gibt jedoch unseres Erachtens keine klaren Grenzen, wann

man mit Vorteil nur mit einer Beckenosteotomie oder mit einer Femurosteotomie korrekt behandelt (obwohl einige andere Kollegen in diesem Punkt ganz anderer Meinung wären).

Die Beckenosteotomie



Wenn die Ursache der frühen Arthrose eher in der Steilstellung der Hüftpfanne liegt, sollte diese Fehlstellung korrigiert werden. Die Therapie besteht somit in der korrekten Einstellung der Hüftpfanne über dem Hüftkopf. Die Hüftpfanne wird aus dem Becken ausgesägt, gedreht und flach über den Hüftkopf gestellt werden (siehe Röntgenbilder links). Die Pfanne wird dann mit einigen Schrauben in der neuen Position fixiert und heilt üblicherweise nach 6–8 Wochen in der neuen Position ein.



Eine zusätzliche Korrektur der Stellung des Hüftkopfes ist selten erforderlich. Die etwa 2-3-stündige Operation ist technisch aufwendig und erfordert eine große Erfahrung des Operateurs. Die Nachbehandlung ist hingegen einfach und besteht in der Teilbelastung an Gehstützen für sechs bis acht Wochen mit anschließender Physiotherapie für etwa zwei Monate. Der zu erwartende Blutverlust macht häufig eine präoperative Eigenblutspende nötig. Der Zugang erfolgt von vorne, so dass längs in der Leiste eine etwa 15 cm lange Narbe entsteht.

Der stationäre Aufenthalt beträgt etwa 7 bis 10 Tage.

Komplikationen

Durch die Lage des Hautschnittes kann ein Hautnerv durchtrennt werden, so dass auf der Außenseite auf Hüfthöhe ein taubes Gefühl entsteht, welches sich nur langsam zurückbildet. Ebenfalls besteht die Gefahr der Verletzung des Ischiasnerven, so dass (meist nur) vorübergehend auch das Gefühl im Fuß oder Bein gestört sein kann.

Die Umstellungsosteotomie am Femur

Bei einer Steilstellung des Schenkelhalses kann auch am Oberschenkelknochen korrigiert werden.

Wenn die Ursache der frühen Arthrose eher in der Steilstellung des Schenkelhalses liegt, sollte diese Fehlstellung korrigiert werden. Die Therapie besteht somit in der korrekten Einstellung der Hüftkopfes in die Hüftpfanne. Hierbei muss gleichzeitig die häufig bestehende vermehrte Rotation des Schenkelhalses nach vorne (Antetorsion) mit korrigiert werden. Der Oberschenkelknochen wird zwischen den beiden Rollhügeln (intertrochantär) durchtrennt und in die korrekte Position zur Pfanne gedreht und gekippt.

Diese Position wird mit einer speziellen Platte (Winkelplatte) und Schrauben fixiert (siehe Röntgenbilder links). Die Osteotomie heilt üblicherweise nach 12 Wochen in der neuen Position ein. In aller Regel wird empfohlen, das Metall nach kompletter Heilung nach 12-18 Monaten in einem zweiten Eingriff wieder zu entfernen.



Die etwa 1-stündige Operation ist technisch nicht so aufwendig wie eine Beckenosteotomie. Sie erfordert dennoch eine große Erfahrung des Operateurs. Die Nachbehandlung ist einfach und besteht in der Teilbelastung an Gehstützen für acht bis zwölf Wochen mit anschließender Physiotherapie für etwa zwei Monate.



Der recht geringe Blutverlust macht eine präoperative Eigenblutspende überflüssig. Der Zugang erfolgt von der Außenseite des Oberschenkels, so dass eine etwa 15 cm lange Narbe entsteht. Der stationäre Aufenthalt beträgt etwa 7 bis 10 Tage.

Komplikationen

Neben den üblichen allgemeinen Komplikationen, kann die knöchernen Ausheilung der Osteotomie ausbleiben, so dass weitere Re-Operationen erforderlich werden können.

Beckenosteotomie oder Femurosteotomie?

Wenn Sie sich die abgebildeten Röntgenbilder als Ausgangssituation betrachten, so werden Sie kaum Unterschiede in der Stellung der Pfanne und des Hüftkopfes erkennen. Derartige Ausgangssituationen können unseres Erachtens mit jedem der beiden Verfahren mit wahrscheinlich gleich guten Ergebnissen behandelt werden. Wenn die Ausgangssituation die Wahl zulässt, so wird sich letztendlich Ihr Operateur für das Verfahren entscheiden, mit dem er die besten Erfahrungen gemacht hat.

Weder die Beckenosteotomie noch die Umstellungsosteotomie am Femur führen wir hier in der Aukamm-Klinik durch. Wir können Ihnen aber entsprechend Fach-Kliniken in Deutschland empfehlen.