

Klaus-Peter Günther¹

Gelenkerhalt über zehn und mehr Jahre

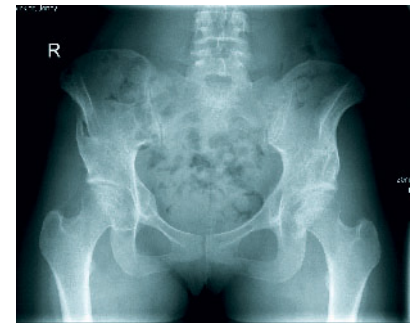
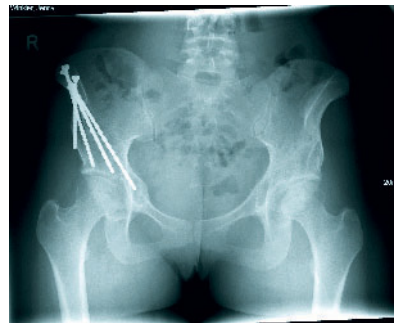
Ergebnisse und Komplikationen der Hüftchirurgie

Prof. Dr. Klaus-Peter Günther präsentierte dieses Jahr auf dem Berliner DKOU unterschiedliche Beckenosteotomien als Präventivmaßnahme gegen sekundäre Koxarthrosen.

Entwicklungsstörungen des Hüftgelenks stellen einen wichtigen Risikofaktor für sekundäre Koxarthrosen dar. Aufgrund einer Weiterentwick-

raler Seite, sondern auch im Pfannenbereich entsprechende Korrektur Eingriffe erforderlich machen. Deshalb ist heute die Indikationsstellung sehr dif-

Bei richtiger Indikationsstellung ist mit reorientierenden Beckenosteotomien in 80–90 % der Fälle ein Gelenkerhalt über 10 und mehr Jahre möglich,



Hüftdysplasie vor (links) sowie 1 Jahr (Mitte) und 8 Jahre (rechts) nach Beckenosteotomie.

lung moderner Operationstechniken bieten unterschiedliche Beckenosteotomien – entweder allein oder in Verbindung mit Eingriffen am proximalen Femur – ein hohes Korrekturpotenzial, um den natürlichen Verlauf aufzuhalten oder zumindest zu verlangsamen. Dies gilt insbesondere für die Hüftdysplasie, die zwar mit Einführung des sonografischen Screenings deutlich seltener geworden ist, aber bei nicht rechtzeitig diagnostizierten Fällen bzw. im Fall einer Restdysplasie nach vorheriger Behandlung zu Problemen führen kann. Auch lassen sich mit heute deutlich verbesserter Kenntnis der Pathomorphologie des femoroazetabulären Impingements immer wieder Formstörungen des Hüftgelenks identifizieren, die nicht nur auf femo-

ferenziert geworden und berücksichtigt in zunehmendem Maß auch das Vorliegen zusätzlicher intra-artikulärer Pathologien (z.B. die nicht seltene Koinkidenz einer Hüftdysplasie und eines gleichzeitig vorliegenden femoroazetabulären Impingements, was die Kombination arthroskopischer und offener Behandlungstechniken erforderlich machen kann).

Neben der Art einer vorliegenden morphologischen Störung wird die Indikation zum operativen Vorgehen ganz wesentlich vom Ausmaß degenerativer Veränderungen bestimmt, denn gelenkerhaltende Operationen sind nur ohne bzw. im Frühstadium einer Arthrose sinnvoll (maximaler Arthrosegrad Kellgren & Lawrence 1–2).

und Beschwerden sowie Lebensqualität lassen sich in den meisten Fällen deutlich verbessern. Insgesamt handelt es sich jedoch um eine sehr anspruchsvolle Chirurgie. Das Komplikationsprofil hängt unter anderem von der durchgeführten Technik und der Erfahrung des Operateurs ab. In einer eigenen Serie von 200 Beckenosteotomien haben wir 7,5 % operationspflichtige unerwünschte Behandlungsergebnisse (etwa zur Hälfte oberflächliche Wundheilungsstörungen, einen tiefen Infekt sowie 4 Überkorrekturen) gesehen. Inwieweit weniger invasive Weiterentwicklungen (z.B. die Dresdner Modifikation der periazetabulären Osteotomie) zu einer weiteren Verbesserung der Ergebnisse beitragen können, muss noch abgewartet werden.

OUP

¹ Geschäftsführender Direktor am UniversitätsCentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie des Universitätsklinikums Dresden.