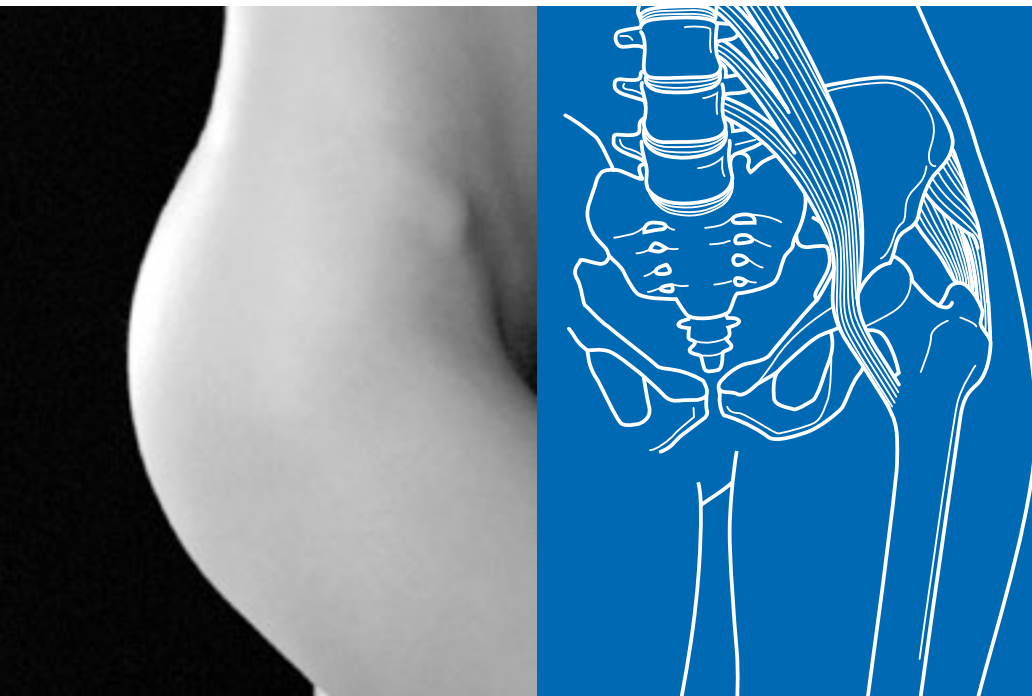


Eingriff
und
Genesung



Hüft- und Beckenchirurgie

Fehlformen des Hüftgelenks und ihre Behandlungsmöglichkeiten

Fehlformen der Hüfte und ihre Folgen

Am oberen Ende des Oberschenkelknochens befindet sich der Hüftkopf (Femurkopf), der üblicherweise passgenau in der Hüftpfanne (Acetabulum) liegt. In den Bereichen, wo die Knochen Teile aufeinanderliegen, sind sie wie jedes menschliche Gelenk mit Gelenkknorpel überzogen. Das elastische Gewebe sorgt für optimale Gleiteigenschaften der zwei Gelenkpartner. Nützt sich der Knorpel ab, entsteht eine Hüftgelenkarthrose (Coxarthrose). Häufige Ursache für vorzeitigen Verschleiss des Knorpels bzw. vorzeitige Arthrose sind mechanische Überbeanspruchungen bei fehlerhaften Gelenkformen. Solche Fehlformen werden zu den Präarthrosen gezählt, wobei das femoroacetabuläre Impingement und die acetabuläre Hüftdysplasie am häufigsten vorkommen. Zusätzlich kann eine Fehlrotation des Oberschenkelknochens auftreten, weshalb eine genaue, individuelle Beurteilung entscheidend ist.

Beim **femoroacetabulären Impingement (FAI)** ist entweder der Übergang vom Hüftkopf zum Schenkelhals oder die Hüftpfanne oder beides fehlgeformt. Dadurch wird der Hüftkopf in der Hüftpfanne eingequetscht. Schwung- und kraftvolle Bewegungen bei stark gebeugter Hüfte, wie sie zum Beispiel im Sport ausgeführt werden, erzeugen extreme Scherkräfte, die mit der Zeit den Knorpel von der darunterliegenden Hüftpfanne wegreiben. Unbehandelt führt der Zustand zur vorzeitigen Arthrose.

Die **acetabuläre Hüftdysplasie** bezeichnet ein ungenügend ausgebildetes oder ungünstig ausgerichtetes Dach der Hüftpfanne. Statt horizontal und zentral über dem Hüftkopf, liegt die Tragzone der Hüftpfanne exzentrisch und schräg. Diese Fehlstellung überlastet das Labrum acetabulare (Dichtungsring/Gelenkclippe), das allmählich nachgibt und einreißt. Der pfannenseitige Knorpel wird dabei so sehr beansprucht, dass er sich abschert und sukzessiv zerstört wird. Die meisten Patientinnen und Patienten erfahren die ersten Beschwerden gleichzeitig mit den ersten Gelenkschädigungen und sind zwischen 20 und 30 Jahre alt.

Weitere Faktoren, die den Verlauf und die Beschwerden beeinflussen, sind das Ausmass der Dysplasie, die körperliche Beanspruchung sowie genetische Faktoren.

Komplexe Fehlformen

Fehlformen des Hüftgelenks kommen auch kombiniert vor. So können beispielsweise Fehlrotationen an der Hüftpfanne sowie am Oberschenkelknochen und eine Fehlform des Übergangs vom Hüftkopf zum Schenkelhals vorliegen. Nach sorgfältiger Aufarbeitung Ihrer Situation stellen wir Ihnen unsere Therapieoptionen vor und erklären sie Ihnen ausführlich.



Illustration eines Hüftkopfs mit normalem Knorpelbelag.



Illustration eines Hüftkopfs mit Knorpelbelag bei Arthrose.



Röntgenbild einer normalen Hüfte mit horizontaler Tragzone.



Röntgenbild einer acetabulären Hüftdysplasie mit zu steiler Tragzone.

Welche medizinischen Abklärungen sind nötig?

Eine klinische Untersuchung sowie ein Röntgenbild von Becken und Hüfte erlauben in der Regel die Diagnose der Fehlform. Dazu kommen weitere Abklärungen, um die bestgeeignete Behandlung festzulegen. Mittels Magnet-Resonanz-Tomographie (MRI) ermitteln wir das Ausmass der Schädigung des Hüftgelenkknorpels sowie die Rotation (Verdrehung) des Oberschenkelknochens.

Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

Abwarten und symptomatisch behandeln

Diese konservative Therapie wird angewendet, wenn der Knorpelschaden im Gelenk bereits so gross ist, dass eine Formkorrektur der Hüfte die Beschwerden nicht mehr lindern kann und die Arthrose in jedem Fall fortschreitet. Je nach Ausmass der Beschwerden ist eine Hüftgelenkprothese notwendig.

Hüftarthroskopie

Den grössten Teil der Fehlformen, die zum femoroacetabulären Impingement (verfrühtes Anschlagen des Hüftkopfs an der Hüftpfanne) führen, behandeln wir mit der Hüftarthroskopie. Unter Anästhesie führen wir eine Sonde, die eine Spülung und eine Kamera enthält, in das Hüftgelenk ein. So sehen wir ins Gelenkinnere und korrigieren mit speziellen Instrumenten die Form des Übergangs von Gelenkkopf und Gelenkhals und trimmen den Pfannenrand zurück.

Zur Behandlung einer Hüftdysplasie kommt die Hüftarthroskopie selten zum Einsatz, da sie das grundsätzliche Problem (Fehlformen und -stellungen des Hüftgelenks) meist nicht löst. Um eine Schmerzlinderung zu erreichen, können wir lediglich mechanisch störende Lappenbildungen von Knorpel und Labrum entfernen.

Periacetabuläre Beckenosteotomie

Diese Operationstechnik wenden wir an zur Behandlung der acetabulären Hüftdysplasie und des femoroacetabulären Impingements, wenn die Hüftpfanne ungünstig ausgerichtet ist. Deformitäten des Gelenks führen oft zu wachsenden Schmerzen und Arthrose. Wir empfehlen deshalb einen Eingriff, wenn der Gelenkschaden noch klein ist, um eine Zunahme zu verhindern und bereits bestehende Beschwerden zu lindern.

Beim Operieren schneiden wir die Hüftpfanne aus dem Becken heraus, korrigieren ihre Position und verschrauben sie in der neuen, korrekten Position. Die Knochenschnitte um die Hüftpfanne herum legen wir so, dass der Beckenring stabil bleibt. Dadurch können Sie schon

unmittelbar nach der Operation normal sitzen. Wie bei einem reparierten Knochenbruch heilt das durchtrennte Becken innert acht bis zwölf Wochen folgenlos aus.

Chirurgische Hüftluxation

Diese Operation empfehlen wir bei komplexen Fehlformen und solchen, die zum femoroacetabulären Impingement führen. Die Therapie ist erst möglich, seit die Blutversorgung des Hüftkopfes verstanden ist, der sich nun ohne Risiko einer Durchblutungsstörung aus der Pfanne heben lässt.

Über einen seitlichen Hautschnitt gelangen wir an eine Muskelgruppe (Hüftabduktoren), die am grossen Rollhügel (Trochanter major) ansetzt. Der Rollhügel wird knöchern abgesetzt und mitsamt der ansetzenden Muskulatur nach vorne gehalten. Der Zugang zur Hüftgelenkkapsel ist nun frei und wir öffnen sie unter Schonung der Blutgefässe. In einem nächsten Schritt renken wir die Hüfte nach vorne aus. Damit erhalten wir die bestmögliche Sicht auf Hüftgelenkpfanne und -kopf und können nun die geplanten, korrigierenden Knochenschnitte oder Knochenumstellungen vornehmen. Falls vorhanden, würden wir in diesem Moment auch intraartikuläre Tumoren (Gelenktumoren) entfernen. Zuletzt verschliessen wir die Hüftgelenkkapsel und fixieren den grossen Rollhügel samt ansetzender Muskulatur typischerweise mit zwei bis drei Schrauben. Der durchtrennte Rollhügel heilt in der Regel innerhalb von sechs bis acht Wochen wie ein Knochenbruch aus.

Subtrochantäre Rotationsosteotomie

Diese Behandlung empfehlen wir zur Korrektur der Rotation (Verdrehung) des Oberschenkelknochens. Über einen seitlichen, muskelschonenden Zugang gelangen wir zum Oberschenkelknochen, um ihn zu durchtrennen. Durch Drehen der beiden Fragmente erhalten wir die gewünschte Korrektur und fixieren den Knochen mit einer Platte. Die Osteotomie heilt in der Regel innerhalb von zehn bis zwölf Wochen wie ein Knochenbruch aus.

Zu diesen Operationen sind separate Patientenbrochüren erhältlich.

Universitätsklinik Balgrist
Orthopädie

Forchstrasse 340
8008 Zürich, Schweiz
T +41 44 386 12 89
F +41 44 386 12 90
huefte@balgrist.ch
www.balgrist.ch

