

Orthopäde 2018 · 47:709

<https://doi.org/10.1007/s00132-018-3626-4>

Online publiziert: 14. August 2018

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2018

M. Tingart<sup>1</sup> · A. Roth<sup>2</sup><sup>1</sup>Klinik für Orthopädie, Universitätsklinikum Aachen, Aachen, Deutschland<sup>2</sup>Klinik und Poliklinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Plastische Chirurgie, Universitätsklinik Leipzig, Leipzig, Deutschland

## Aseptische Hüftkopfnekrose

Die aseptische Osteonekrose des Hüftgelenks kann durch eine Minderdurchblutung des Knochens, aber auch durch eine direkte toxische Schädigung der Osteozyten und Osteoblasten verursacht werden. Klinisch imponiert häufig zunächst ein Schmerz im Hüftgelenk. Zur differenzialdiagnostischen Einordnung der Hüftschmerzen ist die klinische Untersuchung häufig nur bedingt aussagekräftig. Das transiente Knochenmarködem (KMÖ) stellt die wichtigste Differenzialdiagnose der aseptischen Femurkopfnekrose dar, kann allerdings auch begleitend zu anderen Erkrankungen des Hüftgelenks auftreten. Nach einer Standardröntgenaufnahme in 2 Ebenen stellt die Magnetresonanztomographie heute den Goldstandard zur Diagnosestellung einer Femurkopfnekrose beim Erwachsenen dar.

Die kindliche Osteonekrose des Hüftkopfes, der Morbus Perthes, weist einige Besonderheiten auf. Er unterscheidet sich sowohl in der Diagnostik als auch in der Klassifikation und Therapie deutlich von der Femurkopfnekrose des Erwachsenen. Dies bedarf einer gesonderten Betrachtung.

### » Die aseptische Hüftkopfnekrose des Erwachsenen verläuft progredient

Da es sich bei der aseptischen Hüftkopfnekrose des Erwachsenen um eine progredient verlaufende Erkrankung handelt, ist eine frühzeitige Diagnosestellung und korrekte Stadienklassifikation erforderlich, um die adäquate Therapie zu initiieren. Das Ziel der Therapie ist, ein Einbrechen des Hüftkopfes und damit die Gelenkdestruktion zu verhindern

oder zu verzögern. Neben konservativen Behandlungsoptionen, die sich im „off-label use“ bewegen und als Heilversuch zu werten sind, stellt die Entlastungsbohrung die am weitesten verbreitete gelenkerhaltende operative Therapie dar. Weiter optimiert werden können die Ergebnisse der Entlastungsbohrung in Zukunft durch die Kombination mit durchblutungsverbessernden oder antiresorptiven Medikamenten oder in Verbindung mit Knochensatzstoffen. Die Wirksamkeit zellbasierter Therapieformen mit expandierten Stammzellen oder Knochenmarkaspiraten kann noch nicht abschließend beurteilt werden. Umstellungsosteotomien und die Verwendung gefäßgesteuerter Knochentransplantate stellen hohe Anforderungen an die operativen Fähigkeiten und das Equipment. Bei Einbruch der Gelenkcalotte hilft häufig nur noch der endoprothetische Gelenkersatz. Eine detaillierte Übersicht über den aktuellen Kenntnisstand zur Behandlung der aseptischen Femurkopfnekrose bietet die S3-Leitlinie „Atraumatische Femurkopfnekrose des Erwachsenen“.

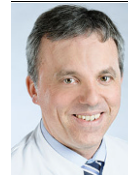
Ziel dieses Themenhefts ist es, einen Überblick zum Thema der aseptischen Femurkopfnekrose von der Pathologie über die Diagnostik und Differenzialdiagnostik bis hin zu konservativen und operativen gelenkerhaltenden und gelenkersetzenden Therapieverfahren zu geben und dabei v. a. die neuesten Erkenntnisse einfließen zu lassen.

Viel Freude mit dem aktuellen Themenheft wünschen Ihnen

Markus Tingart und

Andreas Roth

### Korrespondenzadresse



**Univ.-Prof. Dr. M. Tingart**  
Klinik für Orthopädie,  
Universitätsklinikum Aachen  
Pauwelsstraße 30,  
52074 Aachen, Deutschland  
mtingart@ukaachen.de



**Prof. Dr. A. Roth**  
Klinik und Poliklinik für  
Orthopädie, Unfallchirurgie  
und Plastische Chirurgie,  
Universitätsklinik Leipzig  
Liebigstraße 20, 04103 Leipzig,  
Deutschland  
andreas.roth@medizin.uni-leipzig.de

**Interessenkonflikt.** M. Tingart und A. Roth geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.