



Abb. 9: Nach offener Reposition des luxierten linken Hüftgelenkes im Säuglingsalter und Beckenosteotomie nach Salter im Kleinkindalter sind Kontrollen von der Familie nicht wahrgenommen worden. Wegen Leisten-schmerzen beim Sportunterricht erfolgte im Alter von elf Jahren eine orthopädische Untersuchung mit Feststellung einer schweren Hüftdysplasie links mit Subluxation und erheblicher Coxa valga (a). Durch umfangreiche operative Hüftrekonstruktion per intertrochanterärer Derotations-Varisationsosteotomie sowie Dreifach-Beckenosteotomie nach Tönnis konnte gute Hüftkopfzentrierung und -überdachung erzielt werden (b).

cierte Manöver könnten allerdings eine Hüftkopfnekrose provozieren.

Bei massiver Dislokation kann primär eine offene Reposition erwogen werden. Da eine gewisse Chance auf Remodeling bis Wachstumsende (trotz des regelhaften vorzeitigen Epiphysenfugenverschlusses der betroffenen Seite) stattfindet, wird die optimale Therapie aktuell gerade scharf diskutiert und eine groß angelegte multizentrische Studie der deutschsprachigen Vereinigung für Kinderorthopädie initiiert (www.ecf-projekt-vko.ch, unter Leitung von Prof. Hefi, Basel).

Juvenile rheumatische Coxitis

Eine juvenile rheumatische Coxitis wird oft erst spät diagnostiziert, da der Erguss am Hüftgelenk äußerlich nicht sichtbar ist. Diagnostisch ist er per Ultraschall sehr gut fassbar. Bei positivem Rheumafaktor droht ein ungünstiger Verlauf. Es kann zu früher Coxarthrose

kommen oder zur Hüftkopfnekrose (HKN), v. a. als Folge einer systemischen Medikation mit Steroiden. Die intraartikuläre Injektion von Steroiden dagegen soll das HKN-Risiko nicht erhöhen.

In der Regel wird langfristig Physiotherapie durchgeführt. Gegen eine Gelenkkontraktur kommen die gleichen Maßnahmen infrage wie beim M. Perthes erwähnt: hydraulische bzw. Narkose-Mobilisation, Botulinumtoxin-Infiltration in die Adduktoren und Gipsliegende. Eine Gelenkspülung kann sich positiv auswirken. Operativ können bei Muskel-/Sehnen-Verkürzungen aponeurotische Einkerbungen die Kontrakturen mildern.

Heutzutage werden bei langfristig enttäuschenden Verläufen keine Synovektomien mehr empfohlen [1]. Bei Gelenkzerstörung wird u. U. schon frühzeitig ein Gelenkersatz (Totalendoprothese) erwogen [9].

Überdiagnostik versus Unterlassung gebotener Befunderhebung bei Ecf

Bei der Norddeutschen Schlichtungsstelle wurde der Fall eines 11-jährigen Mädchens mit Epiphyseolysis capitis femoris (Ecf) verhandelt. Der behandelnde Orthopäde hatte auch nach mehreren Monaten keine Röntgendiagnostik veranlasst und somit die Erkrankung nicht erkannt. Dafür musste er sich verantworten.

Fall

Ein 11-jähriges Mädchen wurde wegen Hüftschmerzen (linke Leiste und Oberschenkel) erstmals 07/2008 einem Orthopäden vorgestellt. Dieser stellte nach klinischer Untersuchung die Diagnose „Skoliose und Haltungsschwäche“ und behandelte sechs Monate lang mit Krankengymnastik, Reizstrom und Ultraschall. Bei den vier Arztterminen erfolgte keine Röntgendiagnostik. Das Beschwerdebild war wohl wechselhaft.

Gutachten

Bei Hüft-/Oberschenkel- oder Knie-schmerzen sei laut des Gutachters in der Pubertät (Alter ca. 10–16 Jahre) immer an eine Ecf zu denken. Klinisch bestünde verminderte Abduktion des Hüftgelenkes und Schmerzen bei der Innenrotation. Zum Ausschluss sei ein Röntgenbild des Hüftgelenkes in zwei Ebenen anzufertigen sowie im Falle primärer Uneindeutigkeit der Bildgebung und protrahiertem Verlauf gegebenenfalls Röntgen-Kontrolle (bzw. eine zeitnahe MRT des betroffenen Hüftgelenkes [Anmerkung der Verfasserin]).

Entscheidung der Schlichtungsstelle

Das Vorgehen des erstbehandelnden Orthopäden war fehlerhaft/nicht fachgerecht (grober Behandlungsfehler), gebotene Diagnostik unterblieb. Der Verlauf der Ecf entsprach offenbar „acute-on-chronic“ und der erhebliche Abrutsch hätte bei frühzeitiger Diagnosestellung sowie adäquater Therapie vermieden werden können.

Die Patientin erlitt fehlerbedingt nicht nur Schmerzen und Funktionseinschränkung in der Zeit bis zur Diagnosestellung, sondern auch eine präarthrotische Deformität mit hohem Risiko auf Dauerschaden.

Hannelore Willenborg

Schlichtungsfall aus dem Niedersächsischen Ärzteblatt 2012; 85: 24–5