



Angeborene Hüftdysplasie/Hüftluxation

Bei der Hüftdysplasie handelt es sich um eine Fehlbildung (vor der Geburt/Dysplasie) am Hüftgelenk mit mangelnder Ausreifung der Hüftgelenkspfanne, welche nicht genügend ausgebildet ist, um den Hüftkopf vollständig aufzunehmen und zu überdachen.

Bei der angeborenen Hüftluxation verlässt der Hüftkopf sogar teilweise oder komplett die Hüftpfanne. Die Hüftgelenkdysplasie stellt eine der häufigsten angeborenen Skeletterkrankung dar. Mädchen sind häufiger betroffen als Jungen.

Wie kommt es zur verzögerten/ausbleibenden Ausreifung des Hüftgelenkes beim Säugling?

Das Hüftgelenk besteht beim Neugeborenen vorwiegend aus Knorpel. Im Rahmen der normalen Entwicklung wird im Säuglingsalter (3. bis 9. Lebensmonat) die Knorpelsubstanz fortlaufend durch Knochensubstanz ersetzt. Dies erfolgt sowohl in der Hüftpfanne als auch im Hüftkopf des Oberschenkelknochens (Femur). Für die regelmässige Verknöcherung (Ossifikation) des Hüftgelenks ist eine richtige Stellung von Hüftkopf zu Hüftpfanne unerlässlich.

Welche Probleme können aus dieser Fehlstellung mittel- und langfristig entstehen?

Hüftpfanne und Hüftkopf können sich in einigen Fällen nicht regelrecht in Form und Grösse ausbilden, mit mangelhaften Funktion des Hüftgelenks und nachfolgender Schädigung (Arthrose/Erwachsene).

Welche Ursachen und Risikofaktoren können zur Hüftdysplasie beitragen?

Die Ursache der Hüftdysplasie ist multifaktoriell. Faktoren wie beispielsweise Platzmangel in der Gebärmutter (Oligohydramnion) oder genetische Veranlagungen spielen bei der Entstehung der Hüftdysplasie eine Rolle.

Wie findet man beim Säugling heraus, ob eine Hüftdysplasie vorliegt?

Bei jedem Kind müssen in den ersten Wochen (1.-4. Lebenswoche) nach Geburt durch den Kinderarzt die Hüftgelenke untersucht werden. Die Aussagekraft ist begrenzt, aber als 1. Massnahme sinnvoll.

Auffälligkeiten in der klinischen Untersuchung sind:

- Faltenasymmetrie der Oberschenkel und des Gesäss
- Asymmetrie der Beinhaltung, Becken und Wirbelsäule
- Bewegungseinschränkung/Abspreizhemmung der Beine
- Instabilität des Hüftgelenkes
- scheinbare Verkürzung des betroffenen Beines (bei Luxation)

Zusätzlich zu Auffälligkeiten der klinischen Untersuchung oder dem Vorliegen von Risikofaktoren ist immer eine **Sonographie** der Hüftgelenke indiziert, dies in der Diagnostik Methode der 1. Wahl.

Sonographie

Der Arzt untersucht mit Hilfe des Ultraschallgerätes nacheinander beide Hüften. Dabei werden je Hüftgelenk zwei Ultraschallbilder erstellt. Diese Bilder werden anschliessend vermessen; es werden zwei Winkel bestimmt (Alpha- und Beta-Winkel), nach denen jeder Hüfte ein Typ zugeordnet wird. Je nach



Typ bzw. Ergebnis wird ggf. eine gezielte Behandlung eingeleitet oder weitere Ultraschall Verlaufskontrollen vorgesehen.

Röntgendiagnostik

Mit zunehmendem Alter, ca. nach 6-8 Lebensmonaten kann die Röntgenuntersuchung (Becken a.p.) eingesetzt werden. Auch hier ist auf korrekte Lagerung zu achten. Standardmässig wird die Überdachung des Hüftkopfes mit dem Acetabulum-/Pfannenwinkel (AC Winkel) angegeben.

Ab wann ist eine Therapie der Hüftdysplasie erforderlich und wie sieht diese Therapie aus?

Bei auffälliger Hüftsonographie wird ab Typ IIa- nach Graf eine Therapie begonnen.

Folgende Therapiearten werden unterschieden:

Ausreifungsbehandlung

Solange der Hüftkopf noch stabil in der Gelenkpfanne liegt, besteht die Therapie aus der Anlage einer Hock-Spreiz-Orthese (Tübingerschiene siehe Abbildung 1; Pavlik Bandage). Die Behandlungsdauer hängt vom Schweregrad der Dysplasie ab und wird bis zur vollständigen Ausreifung der Hüftgelenkpfanne, üblicherweise 8-12 Wochen, fortgeführt. Dieser Prozess wird in regelmäßigen Abständen mittels Ultraschall überprüft.

Geschlossene Reposition

Ist bei einem Kind mit Hüftdysplasie der Hüftkopf instabil oder gar aus der Gelenkpfanne gerutscht (Luxation), muss er in die Pfanne „eingerenkt“ (Reposition) und anschließend dort gehalten (Retention) werden.

Hierfür gibt es verschiedene Möglichkeiten.

Bandagen: Riemenbandage nach Pavlik. Durch das Strampeln des Kindes kann die Reposition des luxierten Hüftgelenkes erreicht werden. Nachteil: korrekte und dauerhafte Einstellung sind schwierig.
Extensionsmethoden: Overheadextension (siehe Abbildung 2). Es werden 2 Stangen am Bett montiert, die mit einer Querstange über dem Bett verbunden sind. Mit Klebebandagen werden an die Beine des Kindes Gewichte fixiert, welche über Rollen an Schnüren hängen.

anschliessende Retentionsbehandlung

Beckenbeingips in Sitz-Hock-Stellung nach Fettweis. Dieser verbleibt für mind. 4 Wochen, allenfalls gefolgt von einer Schienen Abspreizbehandlung. Die Stellung des Hüftgelenks wird durch ein MRT (Kernspununtersuchung) in Sedierung/Narkose überprüft.

Offene Reposition

Ist eine geschlossene Reposition (konservative Therapie) nicht erfolgreich, muss eine offene Einstellung des Hüftkopfes ins Gelenk durch eine Operation erfolgen. Ohne stabile Reposition benötigt es zusätzliche knöcherne Korrekturen

Das Ergebnis wird ebenso mit einem Beckenbeingips gesichert.

Welche Therapiemethoden stehen im Kindes- und Jugendalter zur Verfügung?

Bleibt eine Hüftdysplasie im Säuglingsalter unerkannt, wird bei älteren Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen eine knöcherne Operation notwendig. Es stehen dafür verschiedene operative Verfahren zur Verbesserung der Gelenkstellung am Oberschenkel und Becken zur Verfügung.

In welchen Zeiträumen finden Nachkontrollen statt?

Erfolgreich therapierte Hüftdysplasien/Hüftreifungsstörungen werden im Verlauf des Wachstums in der kinderorthopädischen Sprechstunde nachkontrolliert, um seltene sekundäre Verschlechterungen frühzeitig zu erkennen. Zur Kontrolle sind neben der klinischen Untersuchung auch Röntgenbilder bei Laufbeginn sowie im 6. und 12. Lebensjahr vorgesehen.



Abbildung 1: Ausreifung des betroffenen Hüftgelenkes in der Tübingerschiene (Hock-Spreiz-Schiene)



Abbildung 2: Overheadextension – schrittweise Einstellung/unter Zug des verrenkten Hüftkopfes

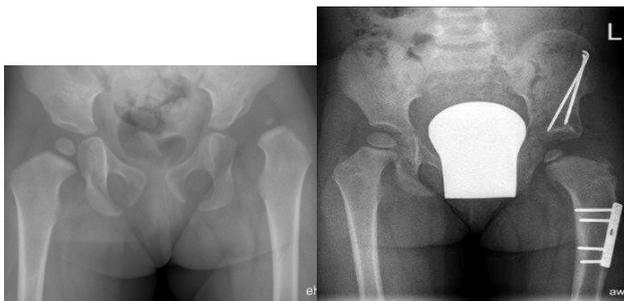


Abbildung 3: Vollständige Verrenkung des Hüftkopfes links (nicht in der Hüftgelenkpfanne).

Abbildung 4: Nach operative Einstellung durch knöchernerne Korrektur-Operation an Oberschenkelknochen und Becken.