



Liebe Kolleginnen und Kollegen, die Vulpius Klinik freut sich sehr, dass wir mit der neuen Auflage der OrthoNews die Kinderorthopädie in den Fokus rücken dürfen.

Schon lange war es uns ein besonderes Anliegen auch diesen Bereich mit der für unsere Klinik gewohnten fachlichen Kompetenz vertreten zu können. In einer bislang einzigartigen Kooperation mit der Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg ist es uns nun gelungen Herrn Dr. med. Sebastian Müller für die Vulpius Klinik zu gewinnen. Herr Dr. Müller ist Kinderorthopäde, Sektionsleiter Kinderorthopädie in der Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg und ausgewiesener Spezialist für die Behandlung von angeborenen und erworbenen Erkrankungen des Bewegungsapparates im Kindesalter. Er wird nun diesen Schwerpunkt in unserer Klinik vertreten und eine Sprechstunde „Kinderorthopädie“ leiten sowie auch die operative Therapie dieser Patienten in der Vulpius Klinik anbieten.

Mit der heutigen Ausgabe der OrthoNews möchte Ihnen Herr Dr. Müller einen kleinen Überblick über die konservative Therapie der Hüftreifungsstörung geben. Auf dem nächsten Ravensburgtreffen werden Sie Gelegenheit haben ihn persönlich kennenzulernen.

Wir freuen uns, dass wir Ihnen nun mit der Kinderorthopädie einen weiteren Schwerpunkt mit außergewöhnlicher Kompetenz zum Wohle unserer gemeinsamen Patienten anbieten können.

Ihr 
 Priv.-Doz. Dr. med. Michael Clarius
 Ärztlicher Direktor



Dr. med.
Sebastian Müller

DIE KONSERVATIVE THERAPIE DER HÜFTREIFUNGSSTÖRUNG UND - DYSPLASIE

Die therapiebedürftige Hüftreifungsstörung ist die häufigste Skelettdysplasie im Neugeborenenalter in Mitteleuropa. Je nach Publikation wird die Inzidenz mit 2-4% angegeben. Die Hüftluxation ist ein deutlich selteneres Phänomen, die Inzidenz beträgt hier unter 1%.

Seit der Einführung des systematischen Ultraschallscreenings im Rahmen der U3-Untersuchung, ist bekannt, dass es postpartal eine große Zahl unreifer Hüftgelenke gibt. In einer älteren Studie von Egesaeter et al. (JBJS Am, 1990) wird deren Zahl mit bis zu 30% angegeben. Bei rechtzeitiger Diagnosestellung und Behandlungsbeginn ist die Prognose günstig. Die sonographische Kontrolle erfolgt standardisiert im Rahmen der U3-Untersuchung. Bei Vorliegen von Risikofaktoren sollte die Untersuchung im Rahmen der U2 durchgeführt werden. Zu den Risikofaktoren gehören u.a. die Beckenendlage und die positive Familienanamnese. Falls im Rahmen der U2 weitere klinische Symptome, wie Abspreizhemmung, positives Ortolani oder Barlow Zeichen vorliegen, sollte die Sonographie vorzeitig durchgeführt werden.

Die rechtzeitige Diagnose ist jedoch wertlos, wenn nicht entsprechende therapeutische Konsequenzen aus den sonographischen und klinischen Befunden gezogen werden. Auch falsche Therapieansätze, „Herumprobieren“, sollte möglichst vermieden werden. Das Hüftgelenk reift in den ersten 4 bis 6 Wochen sehr gut nach, ab dem 3. Lebensmonat jedoch deutlich langsamer. Je früher die Diagnose gestellt wird, desto früher kann mit der Therapie begonnen werden. Auch die Behandlungsdauer sinkt bei rechtzeitigem Beginn.

Therapieempfehlung für Befunde, die im Rahmen der U2- oder U3-Untersuchung erhoben werden

Typ 1 nach Graf:

keine Behandlung notwendig

Typ 2a nach Graf:

keine Behandlung, lediglich kurzfristige sonographische Verlaufskontrolle innerhalb von 4-6 Wochen

Typ 2c nach Graf:

sofortige Spreizbehandlung notwendig, Überweisung in kinderorthopädisches Zentrum

Typ D nach Graf:

sofortige Spreizbehandlung notwendig, Überweisung in kinderorthopädisches Zentrum

Typ 3a nach Graf:

falls Reposition möglich Spreizbehandlung. Wenn Reposition nicht möglich Anlage einer Overhead-Extension, danach Fettweis-Gips

Typ 3b nach Graf:

falls Reposition möglich Spreizbehandlung. Wenn Reposition nicht möglich Anlage einer Overhead-Extension, danach Fettweis-Gips

Typ 4 nach Graf:

eine Reposition ist hier aufgrund des interponierten Labrums meist nicht möglich. Anlage einer Overhead-Extension, danach Fettweis-Gips

Alle sonographischen Befunde, die schlechter als Typ 2a nach Graf sind, sollten in einem kinderorthopädischen Zentrum weiterbehandelt werden.

Spreizbehandlung

Es gibt über 200 verschiedene Orthesen für die Behandlung der Hüftdysplasie. Zu den gebräuchlichen zählen die Pavlik Bandage, die Tübinger Schiene, die Hoffmann-Daimler-Schiene, die Düsseldorfer Spreizschiene usw. Wir verwenden hauptsächlich die von Prof. Bernau entwickelte Tübinger Hüftbeugeschiene.

Neuere Studien haben gezeigt, dass bei frühzeitiger Diagnosestellung (innerhalb der 1. Lebenswoche) auch bei dezentrierten Hüften die Behandlung mittels Spreizschiene in 98% der Fälle erfolgreich ist. (Seidl et al., Orthopäde 2012 · 41:195-199). Die Schiene wird im Beisein der Eltern mit 100-110° Hüftbeugung und ca. 45° Abspreizung angelegt und sollte lediglich kurz für die

Körperpflege abgenommen werden.

Bei ausbleibender Zentrierung des Hüftgelenks in der Ultraschallkontrolle 3 Wochen nach Therapiebeginn, wird die Schienenbehandlung beendet und ein Fettweis-Gips angelegt. Die Spreizbehandlung wird beendet, sobald der α -Winkel 64° erreicht hat.

Nachbehandlung

Eine weitere Spreizbehandlung nach Erreichen des α -Winkels von 64° ist nicht notwendig. Wir empfehlen jedoch radiologische Kontrollen im Wachstumsverlauf. Die erste Kontrolle sollte nach Laufbeginn durchgeführt werden. Die weiteren Untersuchungen je nach erhobenem Befund, spätestens jedoch vor der Einschulung, präpubertär sowie nach Wachstumsabschluss um eine Befundverschlechterung rechtzeitig erkennen zu können.

Zusammenfassung

Therapiebedürftige Hüftfreistörungen sollten so früh wie möglich behandelt werden, da dadurch die Therapieinvasivität und die -dauer verringert werden können. Voraussetzung dafür ist eine frühe, korrekt durchgeführte Sonographie und einer guten Compliance der Eltern. Die Mehrzahl dysplastisch-instabiler (Typ IIc instabil nach Graf) und dezentrierter Hüftgelenke mit nach kranial verdrängtem knorpeligen Pfannendach (Typ D und III nach Graf) können erfolgreich mittels Spreizbehandlung behandelt werden.

Aufgrund der besonderen Pathoanatomie bei Typ-IV-Gelenken mit nach kaudal verdrängtem knorpelig präformiertem Pfannendach bedürfen diese Gelenke vor Reposition eine Traktionsbehandlung. In allen Fällen sollten Kinder mit auffälligem Hüftsonographiebefund möglichst zeitnah in ein kinderorthopädisches Zentrum vorgestellt werden.

Kinderorthopädische Sprechstunde

ab 22. März 2013
Freitag 9:00 bis 13:00 Uhr
nur nach telefonischer Vereinbarung

Terminvereinbarung unter

Telefon 07264 60-140

37. Orthopädentreffen auf Burg Ravensburg am 17. April 2013



Typ D Hüfte nach Graf am 4. Lebenstag



Typ 1b nach Graf nach 3 Wochen Tübinger Schiene

Impressum
Herausgeber: Vulpius Klinik GmbH
Priv.-Doz. Dr. Michael Clarius, Chefarzt
Orthopädie und Unfallchirurgie
Dr. med. Sebastian Müller, Kinderorthopäde
Vulpiusstr. 29, 74906 Bad Rappenau
info@vulpiuslinik.de, www.vulpiuslinik.de