

Udo Bresch
Dr. med.

Die Pfannenbodenvertiefungsplastik bei Dysplasiekoxarthrose

Geboren am 16.04.1964 in Veerssen/ Uelzen
Reifeprüfung am 11.05.1983 in Uelzen
Studiengang der Fachrichtung Medizin vom WS 1984/85 bis WS 1990/91
Physikum am 26.08.1986 an der Universität Gießen
Klinisches Studium in Gießen
Praktisches Jahr in Gießen
Staatsexamen am 19.04.1991 an der Universität Gießen

Promotionsfach Orthopädie
Doktorvater: Herr Prof. Dr. med. H.-H Küster

Hofer-Schraubpfannen kombiniert mit Pfannenbodenvertiefungsplastiken und/ oder Pfannendachplastiken bei Dysplasiekoxarthrose werden retrospektiv untersucht. Zum ausgewerteten Material der Kurzzeitstudie gehören vorliegende Krankenakten und Röntgenbilder. Von 81 operierten Hüftgelenken bei 74 Patienten lagen präoperative und postoperative Röntgenbilder vor. Von elf Patienten mit 13 operierten Hüften lagen entweder keine präoperativen und/ oder postoperativen Bilder vor oder konnten nicht beschafft werden. Die Röntgenbilder werden auf einer Leuchtplatte manuell ausgemessen (Pfanneninklination, Lageveränderung des Hüftzentrums durch die Operation, Überdachung der Pfanne). Zusätzlich werden die Röntgenbilder nach weiteren Merkmalen untersucht (Bestimmung des Grades der Dysplasie nach Hartofilakidis, Klassifizierung der heterotopen Ossifikationen nach Brooker, Saumbildungen, einschließlich Lokalisation der Saumbildungen an der Pfanne nach DeLee und Charnley).

Die Krankenakten einschließlich der Befundberichte der stationären Nachbehandlung werden auf dokumentierte Komplikationen analysiert.

Von 1992 bis 1999 wurden bei 51 Frauen 57 Operationen durchgeführt und bei 23 Männern 24 Operationen. Das Durchschnittsalter zum Zeitpunkt der Operation betrug 56,7 Jahre. Nach der Stadieneinteilung von Hartofilakidis waren 54 Hüften im Stadium 1 (Dysplasie), 26 Hüften im Stadium 2 (partielle Luxation) und eine Hüfte im Stadium 3 (hohe oder komplette Luxation).

56 Pfannenbodenvertiefungsplastiken, 17 Pfannendachplastiken und acht Kombinationen beider Methoden wurden durchgeführt.

Bei der Pfannenbodenvertiefungsplastik wird der Pfannenboden in kleinen Schritten zirkulär osteotomiert ohne die tragenden Pfeilerstrukturen zu verletzen. Der gelockerte Pfannenboden wird dann mit einem Rundstößel vorsichtig medialisiert. Die Operation wird mit einer autologen Spongiosaplastik des Pfannengrundes kombiniert.

In allen Fällen konnte die acetabuläre Komponente in die Primärpfanne implantiert werden. Eine proximale Implantation oder eine Implantation in die Sekundärpfanne waren nicht erforderlich. Ebenso musste keine Verkürzungsosteotomie des Femurschaftes oder eine Trochanterosteotomie durchgeführt werden.

Von den 56 Pfannen mit Pfannenbodenvertiefungsplastik sind 54 komplett knöchern überdacht, bei zwei Pfannen befindet sich der äußere Gewindegang in der Projektion an der Grenze der knöchernen Überdachung. Bei den Pfannendachplastiken und bei den acht Kombinationsoperationen sind alle Pfannen komplett überdacht.

In einem Fall kam zu einer tiefen Infektion mit nachfolgender temporärer Girdlestone-Situation. In einem weiteren Fall wurde eine Pfanne wegen einer frühen aseptischen Lockerung gewechselt.

In drei Fällen (zweimal bei Pfannendachplastik und einmal bei Pfannenbodenvertiefungsplastik) traten nur direkt postoperativ Luxationen auf, die keine Revision erforderten. Massive ankylosierende periartikuläre heterotope Ossifikationen bei einer Patientin mit Postpolio-Syndrom wurde entfernt. Zwei Beckenvenenthrombosen wurden postoperativ nachgewiesen (je einmal bei Pfannenbodenvertiefungsplastik und bei der Kombination beider Methoden).

Die angewandte Pfannenbodenvertiefungsplastik ist eine technisch einfache Pfannengrundverstärkung. Die knöcherne Peripherie bleibt intakt, eine Schraubpfanne lässt sich sicher fest verankern. Die Osteotomie konsolidiert rasch knöchern. Der verstärkte Pfannengrund bietet eine Protrusionsprophylaxe und einen Substanzvorteil bei Pfannenwechseloperationen. Das Hüftkopfbereich wird medialisiert ohne erhöhte Luxationsrate.