

Karin Strauch
Dr. med.

Langzeitergebnisse operativer Verfahren bei Patienten mit idiopathischer Hüftkopfnekrose - Eine retrospektive Studie

Geboren am 12.11.1966 in Heppenheim
Reifeprüfung am 13.06.1985 in Heppenheim
Studiengang der Fachrichtung Medizin vom SS 1990 bis WS 1996
Physikum am 23.03.1992 an der Universität Heidelberg
Klinisches Studium in Heidelberg
Praktisches Jahr in Ludwigsburg
Staatsexamen am 12.11.1996 an der Universität Heidelberg

Promotionsfach: Orthopädie
Doktorvater: Priv.-Doz. Dr. med. M. Lukoschek

Retrospektiv untersucht wurden 94 Hüften von 74 Patienten, die sich wegen einer aseptischen Hüftkopfnekrose dem Verfahren einer Anbohrung unterzogen hatten und 44 Hüften von 39 Patienten, deren Hüfte im Rahmen einer Umstellungsosteotomie auch gleichzeitig angebohrt wurde (VO + Anbohrung).

Um zu Angaben über einen möglichst langen klinischen Verlauf und die subjektive Therapiezufriedenheit der Patienten zu gelangen, wurde eigens zu diesem Zweck ein Fragebogen entwickelt und ausgewertet.

Der durchschnittliche Beobachtungszeitraum betrug 5 Jahre (0,2 bis 16,2). 53% der Fälle konnten über 3 Jahre verfolgt werden.

Kriterien für den Therapieerfolg waren die Indikation für eine Folgeoperation, klinischer Verlauf, repräsentiert durch den Score nach Merle d'Aubigné, die subjektive Zufriedenheit und der radiologische Verlauf im Vergleich zum Ausgangsbefund.

In beiden Therapiegruppen lag das durchschnittliche OP-Alter bei 39,5 Jahren und lag der Männeranteil mit 77 % deutlich höher als der Frauenanteil mit 23 %. Risikofaktoren lagen in einem höheren Prozentsatz als in der Normalbevölkerung vor: regelmäßigen Alkoholkonsum gaben 41 % an, 37 % waren Raucher, 49 % leicht bis höhergradig übergewichtig, 36 % hatten ein erhöhtes Cholesterin. In der Gruppe der Anbohrungen war der Anteil der Cortisonpatienten mit 41 % höher als in der Vergleichsgruppe mit 9 %.

Die Therapie erfolgte in den Stadien Steinberg 1-6, bzw. Ficat 1-4 und bei einem Schadensausmaß A-C nach Steinberg.

Die Gruppe der VO + Anbohrung befand sich im Mittel in fortgeschritteneren Stadien als die Vergleichsgruppe und wurde häufiger in postkollaptischen Stadien operiert.

Bei 60 % konnte ein Röntgenverlauf von 6 Monaten bis mehr als 5 Jahre postoperativ dokumentiert werden. In keiner der beiden Gruppen gab es eine radiologische Verbesserung, in allen Stadien und in beiden Therapiegruppen blieb der Befund entweder gleich oder verschlechterte sich.

Das Schicksal der Patienten konnte mittels Krankenakten und Fragebogenrücklauf von 85 % verfolgt werden. Demnach wurde in 34 % der Fälle nach Anbohrung und in 32 % der Fälle nach VO + Anbohrung eine Folgeoperation durchgeführt.

Erfolgte die Operation in postkollaptischen Stadien, lag die Reoperationswahrscheinlichkeit nach VO + Anbohrung signifikant niedriger als nach Anbohrung, unabhängig vom präoperativen Ausmaß der Schädigung. Bei Therapie in präkollaptischen Stadien fand sich keine Signifikanz.

Von den Risikofaktoren wie Übergewicht, Alkohol- und Nikotinabusus, Hyperlipidämie und Cortisoneinnahme zeigte sich für Rauchen und Corticosteroide eine signifikant höhere Reoperationswahrscheinlichkeit.

Der Schmerzverlauf über die Zeit zeigt, daß beide Therapieformen zunächst erfolgreich waren. Mindestens 4 Monate postoperativ nahmen die Schmerzen jedoch wieder zu.

Nach Anbohrung waren zudem postoperativ mehr Patienten wegen anhaltender Schmerzen unzufrieden als nach VO + Anbohrung, auch hielt die Schmerzlinderung in diesem Kollektiv weniger lange an.

Nach Zufriedenheit befragt war keines der beiden Verfahren überlegen, unabhängig vom präoperativ vorliegenden Röntgenstadium.

Die präoperative Ausdehnung der Nekrose spielte in unserem Kollektiv weder für Schmerzen noch für die Notwendigkeit von Folgeoperationen noch für die Zufriedenheit eine Rolle.

Nach Anbohrung fand sich eine hohe Komplikationsrate von 10,6 %, wobei es neben leichteren Komplikationen wie postoperativen Infektionen therapieunabhängig zu einem Todesfall durch Herz-Kreislauf-Versagen unbekannter Ursache kam.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die Anbohrung, in frühen, d.h. präkollaptischen Stadien durchgeführt, dem aufwendigeren Verfahren der VO + Anbohrung gleichwertig und in Bezug auf die Wahrscheinlichkeit von Reoperationen, bzw. klinischem Versagen signifikant erfolgreicher ist als die Anbohrung in postkollaptischen Stadien.

In postkollaptischen Stadien läßt sich mit der Anbohrung zwar noch eine Schmerzlinderung erreichen, jedoch nicht ebenso dauerhaft wie mit einer VO + Anbohrung. Zudem zeigt sich die VO + Anbohrung in postkollaptischen Stadien bezüglich Reoperation und klinischem Mißerfolg gegenüber der Anbohrung signifikant überlegen.

Somit ist mit Kollaps des Hüftkopfes bei Hüftkopfnekrose eine zusätzliche Umstellungsosteotomie indiziert.

