

Axel Friedrich

Dr. med.

Die Ergebnisse der Behandlung der angeborenen Hüftdysplasie mit der Beckenosteotomie nach Salter kombiniert mit der Derotations- und Varisierungsosteotomie in Abhängigkeit vom Behandlungsalter

Geboren am 30.08.1969 in Freiberg

Reifeprüfung am 17.05.1989 in Voerde

Studiengang der Fachrichtung Medizin vom WS 1990/91 bis SS 1997

Physikum am 29.06.1992 an der Semmelweis Universität in Budapest (H)

Klinisches Studium in Heidelberg

Praktisches Jahr in Heidelberg und Johannesburg (RSA)

Staatsexamen am 15.05.1997

Promotionsfach: Orthopädie

Doktorvater: Prof. Dr. med. C. Carstens

In der vorliegenden Arbeit werden anhand von radiologischen und klinischen Kriterien die Ergebnisse der Beckenosteotomie nach SALTER kombiniert mit der Derotations- und Varisierungsosteotomie zur Therapie der angeborenen Pfannendysplasie und Hüftluxation untersucht. Die Patienten werden in drei Altersgruppen eingeteilt, um das Alter, in dem am erfolgversprechendsten operiert werden kann, zu bestimmen.

Zur Auswertung kommen 99 operierte Hüften von 87 Patienten, die zwischen April 1978 und Mai 1994 behandelt wurden. Die Daten zur klinischen Auswertung werden den Krankenakten entnommen. Zur Betrachtung der radiologischen Parameter werden Röntgenbilder aus 4 verschiedenen Zeitabschnitten herangezogen.

Die größte Gruppe bilden mit 62 Hüften die bis zum 4. Lebensjahr operierten Patienten (Gruppe A). Sechzehnmal wurde zwischen dem 5. und 8. Lebensjahr operiert (Gruppe B). Die Gruppe, der zur Operation über 8 Jahre alten Patienten, umfaßt 21 Fälle (Gruppe C).

In der Altersgruppe A liegt das durchschnittliche Operationsalter bei 2 Jahren und 11 Monaten, in Gruppe B beträgt das Durchschnittsalter bei der Operation 5 Jahre und 11 Monate. Patienten der Altersgruppe C sind im Durchschnitt mit 12 Jahren und 3 Monaten operiert worden. Der jüngste Patient dieser Arbeit war 13 Monate alt, der älteste 14 Jahre und 10 Monate.

Die durchschnittliche Verlaufsbeobachtung aller Altersgruppen beträgt 4 Jahre und 11 Monate, läßt sich aber wie folgt differenzieren: Gruppe A: 5 Jahre und 8 Monate; Gruppe B: 6 Jahre und 4 Monate; Gruppe C: 2 Jahre und 10 Monate.

Konservative Vorbehandlungen wurden 48 mal in Gruppe A, 12 mal in Gruppe B und 6 mal in Gruppe C vorgenommen. Voroperationen betreffen 27 mal die Gruppe A, 8 mal Gruppe B und 14 mal Gruppe C.

In 49 Fällen wird die Beckenosteotomie nach SALTER mit einer Derotations- und Varisierungsosteotomie verbunden. Insgesamt wird an 91 Hüften eine Kombination von SALTER-Osteotomie und einer anderen knöchernen Operation, oder einem Weichteileingriff, vorgenommen.

Die radiologische Auswertung zeigt, daß der CE-Winkel die deutlichste Veränderung erfährt, mit einer Verbesserung von durchschnittlich $30,2^\circ$ in Gruppe A, $23,1^\circ$ in Gruppe B und $15,8^\circ$ in Gruppe C. Der CE-Winkel ist der einzige Winkel, der in allen drei Altersgruppen signifikant verbessert werden konnte. Der AC-Winkel konnte in allen drei Altersgruppen von präoperativ hochpathologischen Werten auf normale Durchschnittswerte gesenkt werden. Weniger befriedigend ist der Verlauf des ACM-Winkels zu beurteilen. Er verbessert sich nur um 1° bis 3° und liegt postoperativ in keiner der drei Altersgruppen im Normbereich, trotz einer signifikanten Veränderung in der Altersgruppe A. Aufgrund fehlender radiologischer Dokumentation können CCD- und AT-Winkel postoperativ nicht bestimmt werden. Bei den Luxationsgraden kommt es im Laufe der Beobachtung zu einer deutlichen Verbesserung. Präoperativ sind 30 Hüften Grad II zuzuordnen (Gruppe A: 24; Gruppe B: 3; Gruppe C: 3). Nach dem Eingriff trifft diese Einteilung nur noch auf eine Hüfte der Gruppe B zu.

Komplikationen treten in Gruppe A 11 mal auf und stellen hauptsächlich Infektionen dar. In 2 Fällen ist eine weitere Beckenosteotomie nach SALTER notwendig. Zwei postoperativ aufgetretene Hüftkopfnekrosen bilden sich im Verlauf der Beobachtung zurück. In der Altersgruppe B müssen 2 Hüften erneut SALTER-osteotomiert werden. Einem aufgetretenem postoperativen Abszeß werden nicht näher benannte hämatologische Ursachen angelastet.

Bei der Betrachtung der Ergebnisse erweist sich die Beckenosteotomie nach SALTER - die richtige Indikationsstellung und die korrekte Operationstechnik vorausgesetzt- als eine Methode, mit der, vor allem bei jungen Patienten, eine dauerhafte Stabilität im Hüftgelenk erreicht werden kann.