



Definition

Bei der Hüftgelenkdysplasie handelt es sich um eine Ausreifungsstörung des Hüftgelenks in Form einer ungenügenden Ausbildung der knöchernen Überdachung des Hüftkopfes. Abhängig vom Grad dieser Überdachung sind leichte Formen mit stabilem Gelenk



möglich bis hin zu instabilen Formen, die eine Ausrenkung des Gelenkes, eine sog. Hüftgelenkluxation zur Folge haben.

Abb. 1: Röntgenaufnahme des Beckens: Beidseits normale Hüftkopfüberdachung

Häufigkeit, Symptome, Ursachen

Die Verbreitung der Hüftgelenkdysplasie zeigt deutliche geographische Unterschiede. In Europa liegt die Dysplasierate in der Bevölkerung bei etwa 1%, die Luxationsrate bei etwa 0.5%. Dagegen kommt in Afrika die Hüftgelenkluxation praktisch nicht vor. Mädchen sind etwa 4mal häufiger betroffen als Jungen. Neben genetischen und hormonellen Ursachen

Hüftgelenkdysplasie

<Q 65.8>

spielen auch mechanische Faktoren wie etwa Platzmangel in der Gebärmutterhöhle bei Mehrlingsschwangerschaft, Mangel an Fruchtwasser oder die Beckenendlage eine wichtige Rolle bei der Entwicklung einer Hüftgelenkdysplasie. Die Symptome sind abhängig vom Grad der Ausprägung der Dysplasie. Bei Neugeborenen deuten eine einseitige Bewegungseinschränkung ebenso wie eine Beinverkürzung und eine Hüftgelenkinstabilität auf eine Hüftluxation hin. Während milde Formen häufig als Zufallsbefund im Rahmen von Röntgenaufnahmen entdeckt



Abb. 2: Röntgenaufnahme des Beckens: Beidseits verminderte Hüftkopfüberdachung mit dezentrierten Hüftköpfen bei hochgradiger Hüftgelenkdysplasie

werden und keine Beschwerden verursachen, finden sich bei ausgeprägter Dysplasie Hüftschmerzen und abnutzungsbedingte Gelenkveränderungen. Sind die Abnutzungsschäden fortgeschritten, zeigen sich alle Symptome der Arthrose, nämlich Schmerz, Bewegungseinschränkung und somit ein Funktionsverlust des betroffenen Hüftgelenks.

Diagnostik

Wegen der Entwicklung der Hüftgelenkdysplasie im Rahmen des Wachstums ist die Früherkennung von besonderer Bedeutung. Neben der körperlichen Untersuchung können bereits beim Neugeborenen durch die standardisierte und einfach durchzuführende Ultraschalluntersuchung nach GRAF, die spätestens im Rahmen der 4. - 6. Lebenswoche erfolgen sollte, eine Reifungsverzögerung des Hüftgelenks bzw. die Gelenkluxation sicher erkannt werden. Aufgrund der knöchernen Reifung des Skeletts ist für die Diagnostik bei Kindern ab dem 1. Lebensjahr und Erwachsenen eine entsprechende Röntgenaufnahme des Hüftgelenks erforderlich (s. Abb. 1 & 2). Aufgrund der knöchernen Gelenkconfiguration und definierter Winkelmessungen ist die Ausprägung der Dysplasie zu beurteilen.

Therapie und Prognose

Bei Säuglingen erfolgt die Behandlung in der Regel durch eine Spreizhose, in den seltenen Fällen der Hüftluxation durch eine

Einrenkung und Ruhigstellung des Gelenkes im Becken-Bein-Gips sowie im Anschluss bei stabilem aber noch dysplastischem Gelenk in der Spreizhose. Kann dadurch keine Ausreifung des Hüftgelenks erreicht werden, besteht die Möglichkeit, durch operative Maßnahmen die Überdachung des Hüftkopfes zu verbessern. Bei den im Wachstumsalter therapierten Hüftgelenken kann meist eine vollständige Ausreifung des Hüftgelenks erreicht werden, die allerdings bis zum Abschluss des knöchernen Wachstums in regelmäßigen Abständen (Laufbeginn, Einschulung, Eintritt in die Pubertät) klinisch und radiologisch kontrolliert werden muss.

Nach Wachstumsabschluss ist die milde Hüftdysplasie ohne besondere Symptome nicht behandlungsbedürftig. Durch die Hüftdysplasie verursachte Begleitläsionen wie zum Beispiel ein Einriss der Gelenkklippe (Labrum) können minimalinvasiv mit einer Gelenkspiegelung (Hüftarthroskopie) behandelt werden. Bei ausgeprägten Formen mit Beschwerden und lokaler Schädigung des Gelenkknorpels besteht die Möglichkeit, die Position der Hüftpfanne zu korrigieren und dadurch die Gelenkfunktion zu verbessern. Im Falle einer fortgeschrittenen Schädigung des Gelenkknorpels bzw. beim luxierten Hüftgelenk verbleibt schließlich als einzige Therapie der Ersatz durch Implantation eines künstlichen Gelenks (Endoprothese).

Autoren: Dr. med. Ulrich Grün; Dr. med. Oliver Steimer

Klinik für Orthopädie und
Orthopädische Chirurgie
Vorsorge Hüftdysplasie
Tel.: 06841 / 16-24520

