



Ist die Hüftarthrose vermeidbar?

Hüftsprechstunde mit Chefarzt Dr. Wolfgang Cordier

Die Hüftarthrose (Coxarthrose) gehört zu den häufigsten orthopädischen Erkrankungen überhaupt: Bei den meisten Patienten entsteht der Hüftgelenksverschleiß aufgrund einer angeborenen mangelhaften Hüftkopfüberdachung, der Hüftdysplasie. Das hat dazu geführt, dass besonders der Einsatz eines neuen Hüftgelenkes mittlerweile als Standardoperation angesehen wird. Und es ist ja auch so: Jeder kennt irgendjemanden, der im Alter ein neues Hüftgelenk benötigt. Dabei wären viele dieser Prothesen vermeidbar gewesen, wenn man rechtzeitig eine Hüftfehlstellung erkannt und behandelt hätte, meint der Hüftspezialist Dr. Wolfgang Cordier. ORTHOpRESS sprach mit dem Chefarzt des Zentrums für Orthopädie und spezielle Orthopädische Chirurgie am St. Josef in Wuppertal, der als einer der wenigen Ärzte weltweit die „dreifache Beckenosteotomie“ zur Korrektur von Hüftpfannenfehlstellungen seit mehr als 10 Jahren durchführt. Mit dem Eingriff kann eine Hüftdysplasie korrigiert und so eine drohende Hüftarthrose oft lebenslang abgewendet werden.

Herr Dr. Cordier, einer Ihrer Arbeitsschwerpunkte ist seit mehr als 15 Jahren die Hüftchirurgie. Warum ist es so wichtig, eine Hüftdysplasie so früh wie möglich zu erkennen?

Dr. Cordier: In aller Regel wird heute eine altersbedingte Degeneration für das Entstehen einer Hüftarthrose verantwortlich gemacht. Es wird so getan, als führe unsere gestiegene Lebenserwartung quasi zwangsläufig zu einer so schweren Knorpelabnutzung, dass eine Hüftgelenkprothese unvermeidlich sei. Das ist aber nicht der Fall. Wir wissen heute zuverlässig, dass bis zu 70 % aller Hüftgelenkoperationen Folge einer angeborenen Hüftdysplasie sind. Je früher die Dysplasie daher erkannt wird, desto besser hat man die Möglichkeit, die langfristige

Gelenkerstörung durch eine Korrektur der Pfannenfehlstellung zu verhindern.

Aber werden heute denn nicht alle Hüftdysplasien durch die Hüftultraschalluntersuchung im Säuglingsalter ohnehin erkannt, behandelt und geheilt?

Dr. Cordier: Obwohl die Ultraschalluntersuchung der Säuglings Hüfte für den erfahrenen Untersucher heute zur Routine gehört und tatsächlich viele Dysplasien auf diese Weise früh nachgewiesen werden, gibt es immer noch Hüftdysplasien, die nicht rechtzeitig – oder gar nicht – erkannt oder falsch behandelt werden. Denn auch der frühzeitige Nachweis garantiert nicht automatisch das Gelingen einer konservativen Behandlung.

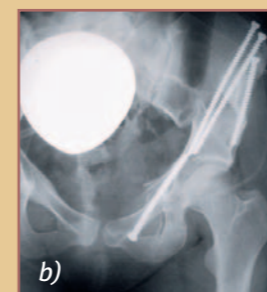
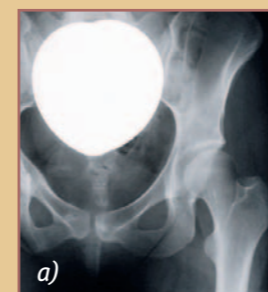
Warum nicht? Reicht nicht das Tragen einer Spreizhose aus?

Dr. Cordier: Nicht immer. Der Einsatz der Spreizhose ist der Versuch, eine Nachreifung der zu steilen Hüftpfanne zu erreichen. Dies gelingt oft, aber nicht in allen

Fällen. Es gibt immer wieder einige so genannte Non-Responder, bei denen die Behandlung nicht den gewünschten Erfolg erzielt oder auch nach zunächst erfolgreicher Behandlung der weitere Entwicklungsverlauf der Hüfte erneut stagniert.

Was passiert denn, wenn der Hüftkopf nicht ausreichend umschlossen ist? Wann macht sich ein solcher Zustand bemerkbar?

Dr. Cordier: Ist der Hüftkopf nicht richtig überdacht, tritt eine unphysiologische Pfannendachbelastung auf. Auf Grund der zu kurzen und zu steilen Hüftpfanne kommt es zu einer Knorpelüberlastung. Im Kindesalter macht sich dies aber nur selten bemerkbar. Erst im Jugend- oder jungen Erwachsenenalter wird die Knorpelüberlastung dann so groß, dass sie Schmerzen verursacht. Aber auch dann werden die Beschwerden oft falsch gedeutet. Erste Anzeichen können z. B. Leitschmerzen bei sportlicher Belastung sein. Diese treten besonders häufig bei



a) Röntgen-Beckenübersicht mit schwerer Hüftdysplasie vor dreifacher Beckenosteotomie
b) Röntgen nach Operation mit Korrektur der Hüftdysplasie durch 3-fache Beckenosteotomie
c) langzeiterprobte Prothesenschäfte (CFP-, SP2- und Zweymüllerschäft)

Mädchen auf, die von der Hüftdysplasie etwa fünf- bis siebenmal häufiger betroffen sind als Jungen. Oft werden die Schmerzen dann als „Wachstumsschmerz“, Zerrung oder Leistenbruch fehlgedeutet, obwohl sie bereits Vorboten einer sich entwickelnden Hüftarthrose sind.

Wenn aber einmal beim Erwachsenen eine Hüftdysplasie festgestellt wird: Was kann man noch tun? Oder ist der Weg zum künstlichen Hüftgelenk vorgezeichnet?

Dr. Cordier: Besonders für jüngere Menschen unter 50 Jahren ist die Versorgung mit einer Hüftprothese problematisch, denn bei der heutigen Lebenserwartung kann man nicht davon ausgehen, dass sie bis ans Ende ihres Lebens hält. Wenn eine Arthrose allerdings noch nicht nachweisbar bzw. noch nicht zu weit fortgeschritten ist, so sollte über eine gelenkerhaltende Hüftpfannenkorrektur nachgedacht werden. Im Kindes- und Jugendalter erfolgt diese über eine Pfannendachplastik, bei der über eine einzelne Knochendurchtrennung oberhalb des Pfannendachs und eine Keileinlage die Fehlstellung langfristig behoben wird. Im Erwachsenenalter wird eine so genannte dreifache Beckenosteotomie durchgeführt, um die nötige Hüftkopfüberdachung zu erreichen. Ein langzeitbewährtes Verfahren, welches große Erfahrung auf Seiten des Operateurs voraussetzt.

Wie funktioniert die „dreifache Beckenosteotomie“ zur Korrektur der Hüftpfannenfehlstellung?

Dr. Cordier: Hierbei wird der Beckenknochen an drei Stellen nahe der Hüftpfanne durchtrennt, um anschließend die Pfanne in die ideale Stellung über den Hüftkopf zu bringen – man spricht auch von einer Pfannenschwenkoperation. Schließlich wird die Pfanne mit Schrauben in einer Position fixiert, mit der eine ideale Deckung des Hüftkopfes erreicht wird. Auch etwaige Fehlstellungen am hüftgelenknahen Oberschenkelknochen können im glei-

chen Eingriff mitkorrigiert werden, um den Operationserfolg zu sichern.

Aber ist das nicht eine technisch anspruchsvolle Operation? Wie hoch ist der Nutzen einer solchen Pfannendachkorrektur?

Dr. Cordier: Tatsächlich ist es ein komplexer Eingriff, der eine große, jahrzehntelange Erfahrung des Operateurs voraussetzt. Wenn die Operation korrekt durchgeführt wird, so kann damit in vielen Fällen der Einsatz eines Kunstgelenks lebenslang verhindert oder doch zumindest um Jahrzehnte hinausgeschoben werden. Das ist ein Erfolg, der gar nicht hoch genug eingeschätzt werden kann, denn er sichert den Patienten eine Mobilität und eine Lebensqualität, die auf andere Weise so nicht zu erreichen ist. Gelenkerhalt geht also klar vor Gelenkersatz!

Was passiert, wenn ein solcher gelenkerhaltender Eingriff nicht mehr möglich oder aber nicht mehr Erfolg versprechend ist – wenn also doch ein künstliches Hüftgelenk her muss?

Dr. Cordier: Wichtig ist in jedem Fall, dass

der Patient ein Implantat erhält, für welches bereits Erfahrungen über einen langen Zeitraum hinweg vorliegen. Experimente mit neuartigen Prothesenformen halte ich daher, besonders beim jüngeren Patienten, für nicht verantwortbar. Wir verwenden in unserem Zentrum zementfreie Hüftprothesen, wie das bewährte Zweymüller-System (Fa. Zimmer), für welches exzellente 15- bis 20-Jahres-Ergebnisse vorliegen mit über 95 % noch voll funktionsfähigen Implantaten, auch nach so einem langen Zeitraum. Darüber hinaus setzen wir heute auch den CFP-Schaft (Fa. Waldemar Link) ein, ein Kurzschaft, der speziell für jüngere, aktive Patienten entwickelt wurde. Dieser Kurzschaft ermöglicht im Falle eines Prothesenwechsels bei Lockerung dann noch die Verankerung eines klassischen Prothesenschaftes. Außerdem haben auch nach wie vor die bewährten mit Knochenzement verankerten Prothesenschäfte (SP2-Schaft, Fa. Link) im höheren Lebensalter mit exzellenten Langzeitergebnissen ihr berechtigtes Einsatzspektrum.

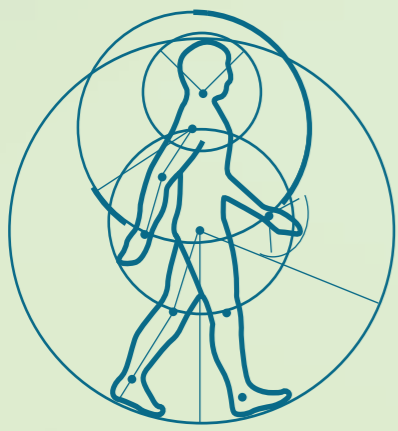
Herr Dr. Cordier, haben Sie herzlichen Dank für dieses interessante Gespräch!

Hüftdysplasie: Wie oft sie auftritt, wie sie behandelt wird

Die Hüftdysplasie ist die häufigste angeborene Knochenskeletterkrankung beim Menschen. Folge ist eine zu steile und zu kurze Hüftpfanne, welche den Hüftkopf nicht ausreichend umschließt. Betroffen sind etwa 3–5 % aller Neugeborenen, meist Mädchen; das sind rund 30.000 Babys in Deutschland pro Jahr. Seit 1996 werden Säuglinge daher routinemäßig einer Vorsorgeuntersuchung unterzogen, mit der eine etwaige Fehlstellung erkannt werden soll. Diese erfolgt durch eine Ultraschalluntersuchung in der 6.–8. Lebenswoche, welche den Reifungsgrad der Hüftpfanne und das Ausmaß der Minderentwicklung zeigt. Viele solchermaßen erkannte Hüftdysplasien – jedoch nicht alle – können innerhalb des ersten Lebensjahres durch das Tragen einer so genannten Spreizhose wirksam behandelt werden. Eine spätere Korrekturmöglichkeit bietet sich mit der „dreifachen Beckenosteotomie“, bei der die Deckung des Hüftkopfes durch eine Pfannenschwenkoperation erreicht wird. Durch einen solchen Eingriff könnten nach Ansicht vom renommierten Hüftspezialisten Chefarzt Dr. Wolfgang Cordier zahlreiche Hüftarthrosen und die daraus resultierenden Implantationen von Kunstgelenken effektiv vermieden werden. Denn der Gelenkerhalt sollte immer dem Gelenkersatz vorgezogen werden!

„Je früher die Dysplasie erkannt wird, desto eher und besser hat man die Möglichkeit, die Folgen zu verhindern“, so Hüftspezialist Chefarzt Dr. Cordier, Wuppertal.





Klinik für Orthopädie und
spezielle orthopädische Chirurgie
Chefarzt Dr. W. Cordier

Sankt Josef – Zentrum für Orthopädie
und Rheumatologie – Wuppertal



Unser Leistungsspektrum:

- Endoprothetik, minimal invasiv (Hüfte, Knie und Schulter)
- Gelenkerhaltende orthopädische Chirurgie (Knie, Hüfte u. a. Dreifache-Beckenosteotomie bei Hüftdysplasie)
- Arthroskopische Chirurgie
- Fußchirurgie
- Kinderorthopädie
- Sportorthopädie

Sprechstunden:

Mo. - Fr.: 12-15 Uhr

priv. Sprechstunde Dr. W. Cordier:

Mo.: 10-14 Uhr

Mi.: 13-15 Uhr

(nach tel. Vereinbarung)

Sankt Josef
Zentrum für Orthopädie und
Rheumatologie Wuppertal

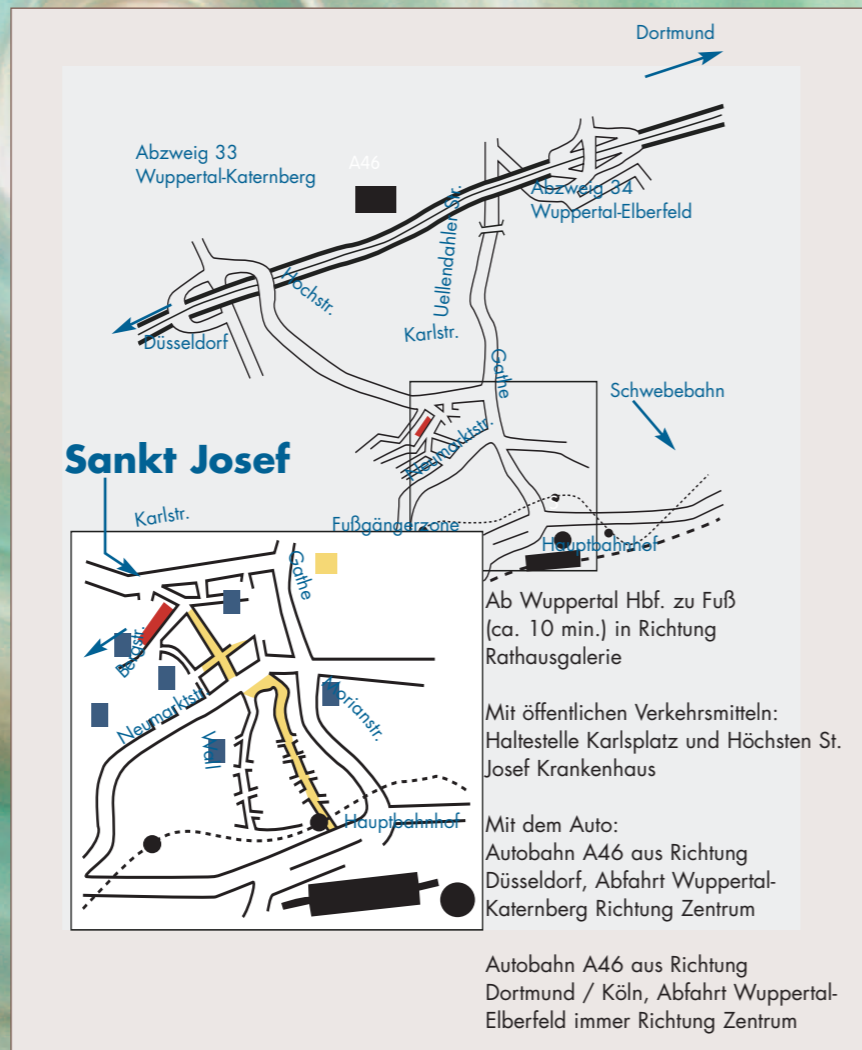
Bergstr. 6-12
D-42105 Wuppertal

Tel.: 0202 - 485 25 01

Fax: 0202 - 485 25 09

sekretariat.ort@sjzw.de

www.sjzw.de



ORTHO^{press}

ORTHO^{press}
www.orthopress.de

DAS PATIENTEN- UND KUNDENMAGAZIN FÜR MEDIZINISCH UND GESUNDHEITLICH INTERESSIERTE

Sonderdruck

Ist die Hüftarthrose
vermeidbar?
Hüftsprechstunde mit
Chefarzt Dr. Wolfgang Cordier

