Osteotomien beim Kind und Jugendlichen

Wird über Korrekturosteotomien im Kindes- und Jugendalter gesprochen respektive geschrieben, so sind stets einige *heiß* diskutierte Fragen vorab zu klären:

1. Welche Ursache/Ätiologie steht hinter der Deformität?
2. Was ist der Grund für eine Korrektur?
3. Wann soll die Korrektur durchgeführt werden?
4. Welche Methode/Technik soll angewendet werden?

Ursache/Ätiologie. Prinzipiell gibt es 2 große Gruppen an Ursachen: angeborene und erworbene. Während die angeborenen Fehlstellungen meist eine progressive Entwicklung zeigen und der kindliche Körper sich sehr ausgeprägt diesen Fehlstellungen anpasst, ist dies bei erworbenen, häufig aufgrund von Frakturen oder Infektionen entstandenen Fehlstellungen nur bedingt möglich. Vor der eingetretenen Veränderung war die Anatomie des Skelettsystems i. d. R. normal. Ob nun der kindliche Körper sich an eine solche Fehlstellung anpasst oder diese zu korrigieren vermag, hängt vom Alter des Kinds und der verbleibenden Korrekturpotenz ab. Im Weiteren muss man sich bewusst machen, dass sich Fehlstellungen rund um Gelenke bzw. in den Gelenken different zu denjenigen des Schafts verhalten.

Korrekturgründe. Die Gründe für eine notwendige Korrekturosteotomie bereits im Kindesalter können sehr verschieden sein. Einerseits handelt es sich um Fehlstellungen, und dies sind aus gesundheitlichen Gründen auch die wichtigsten, die sich im weiteren Verlauf des Wachstums negativ auf die Gesundheit des Kinds auswirken. Dies besonders, wenn es sich um Gelenkfehlstellungen der unteren Extre-

mitäten handelt. Andererseits besteht der Wunsch nach einer Korrektur auch aus rein kosmetischen Gründen (z. B. Gangbild, O- oder X-Beine etc.). Bei diesen Korrekturgründen stehen wir oft vor einem großen Dilemma. Besonders bei angeborenen Fehlstellungen, bei denen die Eltern und das Kind sich über viele Jahre an die Deformität gewöhnt haben, ist es oft schwierig, den Sinn einer Korrektur zu erklären, da die Eltern und das Kind die zu erwartenden Folgen nur schwer abschätzen können. Umgekehrt verhält es sich, wenn die Kosmetik im Vordergrund steht; hier ist es oft schwierig, die Eltern oder den Patienten von einer Korrektur, die keinerlei gesundheitliche Konsequenzen hat, abzubringen. In beiden Fällen braucht es sehr viel ärztliches Geschick und Einfühlungsvermögen.

Korrekturzeitpunkt. Die von nicht kinderorthopädisch geschulten Kollegen vertretene Meinung, dass man mit einer Korrektur immer bis zum Ende des Wachstums warten sollte, ist aus unserer Sicht grundsätzlich falsch. Sicherlich gibt es Fehlstellungen, für die dies zutrifft. Es gibt es jedoch auch sehr viele Fehlstellungen, die keiner Korrekturpotenz unterliegen und eher mit der Entwicklung zunehmen; als gutes Beispiel dafür sei der Cubitus varus zu erwähnen. Indikationen zu Korrekturen sollten daher von einem entsprechenden Fachspezialisten gemeinsam mit dem Patienten/den Eltern gestellt werden.

Korrekturtechnik. Voraussetzungen für eine adäquate und erfolgsversprechende Korrektur sind ein optimales und korrektes Equipment und die geeigneten Implantate. Nur allzu oft sehen wir, dass Kinder mit absolut ungeeigneten Methoden/

Techniken aber auch meist überdimensionierten Implantaten versorgt werden. Es ist eine Grundvoraussetzung, dass die gängigen und anerkannten Methoden beherrscht werden und sich bereits vor der Operation Rechenschaft gegeben wird, ob das entsprechende Instrumentarium bzw. die entsprechenden Implantate vorhanden sind oder allenfalls Alternativen zur Verfügung stehen. Die Beiträge in diesem Heft beschreiben die Korrekturtechniken und sollen eine Grundlage für eine erfolgreiche Korrekturoperation darstellen.

Zusammenfassend kann gesagt werden:

- Die Indikation zu einer Korrekturosteotomie im Schaftbereich sollte sehr zurückhaltend gestellt werden, muss altersentsprechend erfolgen und bezüglich der noch zu erwartenden Spontankorrektur betrachtet werden. Ausnahmen sind Rotationsfehler der unteren Extremität sowie additive Fehlstellungen.
- Verbliebene Fehlstellungen nach dem 13. Lebensjahr sollten in Abhängigkeit der Probleme und der funktionellen Einschränkung sowie der zu erwartenden Probleme auf die benachbarten Gelenke korrigiert werden.
- Prinzipiell sollte der Patient die Indikation selbst stellen, da diese häufig sehr relativ ist.

Korrespondenzadresse

Dr. T. Slongo

Chirurgische Universitäts-Kinderklinik, Inselspital
 3010 Bern, Schweiz
theddy.slongo@insel.ch