Dysplastische Hüften

Beim Screening fallen zu viele Babys durchs Netz!

Nur ein generelles hüftsonografisches Screening bei Neugeborenen gewährleistet den rechtzeitigen Therapiebeginn bei Kindern mit Hüftdysplasie. Ansonsten fällt fast ein Drittel der betroffenen Säuglinge durch die weiten Maschen des derzeitigen Screening-Netzes.

Eine Untersuchung an der Charité Berlin hat bestätigt, dass das Ziel eines frühen Therapiebeginns bei Hüftdysplasie sehr oft nicht erreicht wird, wenn der Hüftsonografie – wie derzeit praktiziert – ein klinisches und anamnestisches Screening auf Risikofaktoren vorgeschaltet wird: Fast ein Drittel der betroffenen

Kinder fällt durch das Raster, obwohl sie erkrankt sind. Der Grund: Sie sind klinisch und anamnestisch unauffällig, weshalb sie dann auch nicht sofort im Zusammenhang mit der U2 sonografiert werden, sondern im Idealfall erst zwischen der vierten und sechsten Lebenswoche. Darauf verwies Dr. Tamar Seidl von der Sektion Kinderorthopädie der Charité bei der 25. Jahrestagung der Vereinigung für Kinderorthopädie (VKO) in Arnstadt.

Seidl und ihre Kollegen haben in einer prospektiven Studie mit mehr als 1.500 Neugeborenen untersucht, ob eine Erweiterung der Liste klassischer Risikofaktoren (z. B. klinische Instabilität, Abspreizhemmung oder Beckenendlage) um die Faktoren „Geburtsgewicht > 4000 g“ und „Herkunft aus einem Endemiegebiet“ von Vorteil sein könnte.

Hüftsonografisches Screening besser

Die Ergebnisse der Untersuchung fielen zwiespältig aus: 5 von 17 Kindern mit Hüftdysplasie wären beim klassischen Risikoscreening durchs Diagnoseraster gefallen, mit dem um zwei Faktoren erweiterten Risikoscreening aber ebenfalls immer noch 3 von 17 Kindern. Die Sensitivität des erweiterten Screenings war zwar mit 82% vs. 71% etwas besser, dafür haper-te es bei der Spezifität: Diese

lag beim klassischen Screening bei knapp 80%, beim erweiterten Screening nur bei 60% und war somit deutlich schlechter. Aufgrund dieser Ergebnisse sprach sich Seidl klar für ein generelles hüftsonografisches Neugeborenen-Screening aus.

Die Reproduzierbarkeit der sonografischen Messdaten war Gegenstand einer Studie von Dr. Christian-Domenik Peterlein von der Universitätsklinik Marburg. Peterlein und sein Team hatten 200 Neugeborene durchschnittlich zweieinhalb Tage nach der Geburt nacheinander jeweils mit einem 7,5-MHz- und einem 12-MHz-Schallkopf sonografiert. Beim alpha-Winkel ergaben sich keine Unterschiede. Beim beta-Winkel jedoch erzielten zwei der drei Untersucher bessere reproduzierbare Werte mit dem hochauflösenden 12-MHz-Schallkopf. Am wichtigsten allerdings sei ein standardisiertes Vorgehen bei der Hüftsonografie, um untersucherunabhängig reproduzierbare Messergebnisse erzielen zu können.

Stift und Winkelmesser benutzen!

Eine Überraschung erlebten die Marburger beim Vergleich der elektronischen Auswertung der Messdaten und dem Vermessen per Hand auf dem Papierstreifen: Die digitale Auswertung schnitt deutlich schlechter ab als die manuelle, und zwar bei allen drei Untersuchern. Peterleins Fazit: „Wir empfehlen besonders bei kritischen Hüften, also Instabilität oder beginnender Dezentrierung, unbedingt die klassische Auswertung mit Stift und Winkelmesser auf ausgedruckten Papierstreifen.“

(Thomas Meißner)