Schmerz und Bewegungseinschränkung sind die Leitsymptome

Was tun, wenn die Hüft-TEP luxiert?

Ein 64-jähriger Patient hat vor zwei Wochen eine Hüft-TEP erhalten. Vor der Anschlussheilbehandlung (AHB) trainiert er zu Hause das Gehen und Treppensteigen ohne größere Schwierigkeiten und Schmerzen. Eines Abends schießt beim Aufstehen aus dem Fernsehsessel akut ein heftiger Schmerz in die operierte Hüfte ein. Der Patient kann nicht mehr auftreten und ruft den Notarzt. Dieser weist den Mann unter der Verdachtsdiagnose einer Hüft-TEP-Luxation in die Klinik ein.

Röntgenbild
einer akuten
Hüft-TEP-Luxation

Luxationen gehören neben Infektionen und periprothetischen Frakturen zu den häufigsten Komplikationen nach endoprothetischen Eingriffen an der Hüfte.

Symptome

Das führende Symptom einer akuten Hüft-TEP-Luxation ist der plötzlich einsetzende heftige Schmerz mit gleichzeitiger Bewegungseinschränkung. Das betroffene Bein imponiert verkürzt und fehlrotiert.

Diagnostik

- Vordere und hintere Luxationen lassen sich klinisch oft nicht sicher differenzieren. Tiefe Beugung führt eher zu einer hinteren Luxation, Außenrotation und Adduktionsbewegung verursachen eher eine ventrale Luxation.
- Die klinische Verkürzung und Außenrotation des betroffenen Beines deutet eher auf eine ventrale Luxati-

on hin, Verkürzung und Innenrotation eher auf eine dorsale Luxation.

- Rezidivierende Luxationen deuten auf eine Insuffizienz der pelvitrochantären Muskulatur hin.
- Begleitverletzungen von Nerven und Gefäßen sind zwar selten, die initiale Überprüfung und Dokumentation der Durchblutung, Motorik und Sensibilität ist dennoch obligat.
- Bei der klinischen Untersuchung ist auf Zeichen weiterer Verletzungen durch einen eventuellen Sturz zu achten.
- Die radiologische Diagnostik mit tief zentrierter Beckenübersicht (gegebenenfalls axiales Bild des Hüftgelenks) dient der Dokumentation der Luxation und dem Erkennen begleitender (periprothetischer) Frakturen.

Therapie

- Der Patient sollte für die geplante geschlossene Reposition auf einem röntgendurchlässigen Tisch gelagert

werden. Vor Beginn der Reposition erfolgt die Einstellung des Bildverstärkers in zwei Ebenen und die Darstellung der Luxationsrichtung der Prothese. Zunächst kann die Reposition unter ausreichender Analgesie und Sedierung des Patienten (beispielsweise mit Piritramid und Midazolam i.v.) versucht werden. Gelingt dies nicht, muss die Maßnahme unter einer Kurznaarkose (zum Beispiel mit Propofol und Succinylcholin) mit Herz-Kreislauf-Monitoring und in Intubationsbereitschaft durchgeführt werden.

- Vordere Luxationen werden durch Zug in axialer Richtung und Innenrotation reponiert. Hintere Luxationen erfordern das Ziehen deckenwärts bei 90° gebeugtem Hüftgelenk sowie die Adduktion und Unterstützung mit einer Hand unter dem Trochanter als Hypomochlion. Das Repositionsergebnis sollte dokumentiert werden, ebenso die periphere Durchblutung, Motorik und Sensibilität nach der Reposition.
- Ein Repositionsschutz, beispielsweise eine Antiluxationsbandage, kann dazu beitragen, das Repositionsergebnis zu sichern.
- Bei rezidivierender Luxation ist eine Implantatfehlage oder eine pelvitrochantäre muskuläre Insuffizienz auszuschließen.

Dr. med. Michael Millrose
Klinik für Hand-, Replantations- und Mikrochirurgie
Unfallkrankenhaus Berlin
Warener Straße 7
12683 Berlin
E-Mail: michael.millrose@ukb.de