20 Jahre Ultraschall-Hüft-Screening bei Säuglingen

Das Jubiläum ist ein Grund zu feiern. Denn mit der im Rahmen der U3-Untersuchung durchgeführten Hüft-Sonografie ließ sich die Eingriffsrate wegen Hüftdysplasie in Deutschland von 1,26 pro 1.000 Säuglinge in der Zeit vor der Sonografie auf 0,26 pro 1.000 Säuglinge nach Einführung des Hüft-Screenings senken. Gegenüber dem ausschließlich klinischen Screening konnte die Wahrscheinlichkeit für eine operative Maß-

nahme in etwa halbiert werden, wie Prof. Rüdiger Krauspe, Direktor der Orthopädischen Klinik am Universitätsklinikum Düsseldorf, bei der Sitzung „pediatric orthopaedics“ berichtete. Werde die Hüftdysplasie durch das Screening früh entdeckt, sei die Behandlungsdauer kürzer, die Intervention weniger invasiv und zudem könne die Progression in Richtung Dezentrierung des Hüftgelenks meist aufgehalten werden. Auch

die Komplikationsraten seien geringer – ein Gewinn für den jungen Patienten und die Gesellschaft. Die weniger positive Nachricht zum Thema Hüftdysplasie-Screening: Sie werde derzeit lediglich bei 83–85 % der Säuglinge und nur in 75 % der Fälle sachgerecht durchgeführt, bedauerte Krauspe. Es gibt also Raum für Verbesserungen. Die Vereinigung für Kinderorthopädie will hier einen Beitrag leisten. wk

Knie luxiert: nach Gefäßverletzungen fahnden

Bei der Knieluxation gilt als gesichert, dass eine frühzeitige Bandrekonstruktion für ein gutes klinisches Ergebnis entscheidend ist. Dabei ist ein strukturiertes Vorgehen wichtig.

Die Diagnostik mittels Röntgen in zwei Ebenen sollte möglichst schnell nach der Reposition erfolgen, riet Prof. K. Frosch, Asklepios Klinik St. Georg, Hamburg. Im zweiten Schritt solle bei einer Ruptur des vorderen oder hinteren Kreuzbandes eine CT-Angiografie durchgeführt werden, um eventuelle Gefäßverletzungen aufzuspüren. Sie würden oft übersehen, zumal sie auch bei primär klinisch unauffälligem Pulsstatus in circa 9 % der Fälle auftreten. Zudem sollte unbedingt eine MRT durchgeführt werden, die aber Frosch zufolge

auch ein paar Tage später erfolgen könne. Sie dient der exakten Feststellung des Verletzungsausmaßes, der Klassifikation nach Schenck, zur Lokalisierung der Bandverletzungen sowie der Beurteilung von osteochondralen Flakes, der Menisken und von Verletzungen des Streckapparates.

Im Fall einer Gefäßverletzung ist ein Fixateur externe obligat, bei Adipositas, in der Primärphase nach Polytrauma oder bei Typ-IV-Läsionen nach Schenck sei er optional, so Frosch. Der Fixateur sei unbedingt vor der Gefäßnaht respektiv-rekonstruktion anzulegen. Je nach Verletzungsschwere solle er drei bis vier Wochen belassen werden. Bei erforderlicher Gefäßrekonstruktion sei eine Kompartmentspaltung geboten. Anschlie-

ßend müsse die Stellung im Fixateur externe radiologisch kontrolliert werden.

Die meisten deutschen Kliniken bevorzugen ein zweizeitiges Vorgehen mit zunächst chirurgischer Versorgung der Seitenbänder in der ersten Woche und anschließend der Kreuzbänder. Die Rekonstruktion führe dabei zu einer größeren Stabilität der Bänder als Nähte. Durch zusätzliche primäre Augmentations der posterolateralen Ecke der Seitenbänder könne einer Instabilität vorgebeugt werden, erklärte Frosch.

Gute Erfahrungen gibt es für die Kreuzbandversorgung nach dem Ligament-Bracing-Konzept mit Naht aller Bänder und anschließender Augmentation der Primärnaht mit hochreißfesten Polyethylenfäden. Dieses Vorgehen erhöht die Stabilität und reduziert das Arthrofibrose-Risiko um circa 20 %. wk