Hüft-TEP-Luxation

M. MILLROSE, M. GESSLEIN, O. HASART

Ein 64-jähriger Patient befindet sich in der Rehabilitationsphase nach Hüft-TEP-Implantation vor zwei Wochen. Vor der Anschlussheilbehandlung (AHB) trainiert er zu Hause Gehen und Treppensteigen ohne größere Schwierigkeiten und Schmerzen. Beim Aufstehen aus dem Fernsehsessel kommt es zu einem plötzlichen Schmerz in der Hüfte und er kann nicht mehr auftreten. Ein Rettungswagen bringt ihn mit V. a. Hüft-TEP-Luxation in die Klinik.

© SPZ/Agentur Focus

— Hüft-TEP-Luxationen gehören neben Infektionen und periprotetischen Frakturen zu den häufigsten Komplikationen nach endoprothetischen Eingriffen an der Hüfte. Patienten sollten sich an ein spezielles Nachbehandlungsprotokoll halten, um eine Luxation zu vermeiden. Dazu gehören der Verzicht auf tiefen Hocke (Beugung), Adduktion und Außenrotation für drei Monate, da sich in dieser Zeit eine Neokapsel bildet, die einer Luxation passiv entgegenwirkt.

Klinische Symptome

Das führende Symptom einer akuten Hüft-TEP-Luxation ist der akut einsetzende Schmerz mit gleichzeitiger Bewegungseinschränkung. Klinisch präsentieren sich TEP-Luxationen mit einem verkürzten und fehlrotierten Bein. Eine Differenzierung zwischen vorderer und hinterer Luxation ist klinisch oft nicht möglich. Selten kommt es zu begleitenden Verletzungen von Nerven und Gefäßen. Trotzdem ist eine initiale Dokumentation der Durchblutung, Motorik und Sensibilität obligat.

Da eine Hüft-TEP-Luxation häufig mit einem Sturz assoziiert ist, müssen mögliche zusätzliche Verletzungen immer durch eine radiologische Diagnostik ausgeschlossen werden.

Diagnostik

■ Repositionsmanöver lassen sich durch eine gezielte Anamnese des Luxationsvorganges und eine klinische Untersuchung besser planen.

■ Tiefe Beugung führt eher zu einer hinteren Luxation, Außenrotation und Adduktionsbewegung eher zu einer ventralen Luxation.

■ Eine klinische Verkürzung und Außenrotation deutet eher auf eine ventrale Luxation hin, eine Verkürzung und Innenrotation eher auf eine dorsale Luxation.

■ Häufigkeit der Luxationen und Anzahl der Voroperationen geben einen Hinweis auf die mögliche Luxationsursache. Rezidivierende Luxationen deuten auf eine Insuffizienz der pelvitrochantären Muskulatur hin.

■ Prüfung und Dokumentation der peripheren Durchblutung, Motorik und Sensibilität.

■ Klinische Untersuchung zum Ausschluss weiterer Verletzungen durch einen eventuellen Sturz.

■ Die radiologische Diagnostik mit tief zentrierter Beckenübersicht (ggf. axiales Bild des Hüftgelenkes) dient der Dokumentation der Luxation und dem Erkennen begleitender (periprotetischer) 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 Darstellung der Luxationsrichtung der Prothese. Häufig bietet es sich an, zunächst unter ausreichender Analgesie und Sedierung (z. B. mit Piri-

tramid und Midazolam i.v.) einen Repositionsversuch zu unternehmen. Bei Fehlschlägen der Reposition muss eine Kurznarkose (z. B. mit Propofol und Succinylcholin) unter Monitoring und Intubationsbereitschaft durchgeführt werden.

■ Vordere Luxationen werden durch Zug in axialer Richtung und Innenrotation reponiert. Hintere Luxationen benötigen Zug nach deckenwärts bei 90° gebeugtem Hüftgelenk sowie 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.

■ Um das Repositionsergebnis zu sichern, evtl. Repositionsschutz, z. B. eine Antiluxationsbandage, anlegen.

■ Bei rezidivierender Luxation: Anbindung an die erstversorgende Klinik oder ein Zentrum für Revisionsendoprothetik zum Ausschluss einer Implantatfehl- lage oder einer pelvitrochantären muskulären Insuffizienz erwägen.

Für die Verfasser:

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

Koautoren: Dr. med. Markus Gesslein, Klinikum Nürnberg Süd; Dr. med. Olaf Hasart, Klinik für Orthopädie/Unfallchirurgie, Centrum für Muskuloskeletale Chirurgie, Charité Universitätsmedizin Berlin