

Proximale Femurfraktur

VON M. LIEBL, M. GEßLEIN

Der 68-jährige Patient ist zu Hause beim Gang auf die Toilette im Bad ausgerutscht und gestürzt. Er kann nicht mehr aufstehen und klagt über Schmerzen in der linken Hüfte. Das Bein wirkt verkürzt und ist nach außen gedreht – damit ist fast eine Blickdiagnose möglich.



Foto: J. Pauser, Nürnberg

— Die wichtigsten Risikofaktoren für hüftgelenksnahe Frakturen des Oberschenkels sind Alter und Geschlecht. Die Inzidenz nimmt mit dem Alter exponentiell zu, Frauen sind häufiger betroffen als Männer.

Ursächlich ist in vielen Fällen ein direkter Sturz auf die betroffene Hüfte. Die Energie des Sturzes wird bei älteren Menschen aufgrund fehlender Schutzreflexe nur eingeschränkt abgefangen und damit direkt auf den meist osteoporotisch geschwächten proximalen Femur übertragen.

Klinik

Die Patienten sind nach dem Sturz meist nicht mehr in der Lage, selbstständig aufzustehen, oder klagen über Schmerzen beim Laufen. Wegweisend für die Diagnose am Unfallort ist ein verkürztes, außenrotiertes Bein (s. Abb.) mit Schmerzen beim Bewegen der Hüfte. Außerdem ist das Abheben des ausgestreckten Beines von der Unterlage nicht mehr möglich oder stark behindert. Bei Narben im Bereich der Hüfte müssen Hüftluxationen oder periprothetische Frakturen als Differenzialdiagnosen in Betracht gezogen werden.

Eine eingeschränkte Anamnesefähigkeit bezüglich des Sturzereignisses erschwert die klinische Diagnose. Sowohl bei dementen Patienten als auch bei vorbestehender Immobilität (pathologische Fraktur) sollte daher eine radiologische Diagnostik erfolgen.

Präklinische Therapiemaßnahmen

- Bewegungen der betroffenen unteren Extremität vermeiden (Schmerz, Frakturdislokation)
- Liegender Transport, ggf. Immobilisation in der Vakuummatratze

- Periphere Durchblutung, Motorik und Sensibilität der betroffenen Extremität dokumentieren und ggf. während des Transportes überprüfen
- Ausreichende Analgesie (mit potenten Analgetika, z. B. Piritramid 5 mg als Bolus, anschließend titrierend bis zur Schmerzfreiheit).

Klinische Therapie

Nach der klinischen Untersuchung erfolgt eine Röntgendiagnostik und Frakturklassifikation. Die häufigsten Frakturtypen sind die pertrochantäre Femurfraktur und die mediale Schenkelhalsfraktur.

- Pertrochantäre Femurfrakturen werden mittels proximalem Femurnagel oder dynamischer Hüftschraube versorgt. Als schwerste Komplikation nach operativer Versorgung bei instabiler, pertrochantärer Fraktur kommt in 2–4% der Fälle ein Versagen der Fixation (Cut out) vor.
- Instabile mediale Schenkelhalsfrakturen werden bei jüngeren Patienten (bis ca. 70 Jahren) durch Verschraubung, bei älteren Patienten durch Implantation einer Hemiprothese behandelt.
- Bei einer stabilen, eingestauchten, medialen Schenkelhalsfraktur wird die Position durch Verschraubung gehalten. In 10–20% der Fälle tritt danach eine Femurkopfnekrose auf.

Für die Verfasser:

Dr. med. M. Liebl, Klinik für Unfall- und Orthopädische Chirurgie, Klinikum Nürnberg (Ltd. Arzt: Priv.-Doz. Dr. med. H.-W. Stedtfeld), Breslauer Str. 201, D-90471 Nürnberg, E-Mail: matthias.liebl@klinikum-nuernberg.de