

Das Labrum acetabulare und die Labrumläsion

Das Labrum acetabulare hat bisher eigentlich ein Schattendasein geführt. So wird es von den Anatomen lapidar als pfannenergänzender akzessorischer Gelenkteil bezeichnet, wobei die biomechanische Rolle weitgehend unbekannt ist. Daß man am Hüftgelenk meist nur die knöchernen Verhältnisse beurteilte, liegt sicherlich auch an der radiologischen Darstellungsart, die eine routinemäßige Beurteilung des Labrum acetabulare nicht zuließ. So konzentrierte man sich im wesentlichen darauf, die Überdachungsverhältnisse des Hüftkopfes durch die Pfanne zu beurteilen.

Jedem Orthopäden sind aber schon Patienten begegnet, die bei korrekten knöchernen Gelenkverhältnissen doch über ungeklärte Leistenschmerzen, plötzlich blitzartig stechende, einschließende, teilweise aber auch bohrende chronisch rezidivierende Schmerzattacken angaben, für die die knöchernen Verhältnisse keine Erklärung gaben.

Erst mit der Einführung neuer bildgebender Verfahren, wie Sonographie, vor allem aber mit der Kernspintomographie konnte das Labrum acetabulare in Kombination mit Kontrastmittelverfahren besser dargestellt werden und wurde zunehmend interessant.

Auch heute noch sind bestimmte anatomische und histologische Verhältnisse weitgehend unbekannt:

- Wie groß ist das Labrum acetabulare in seinem Querschnitt?
- Wie ist die Verankerung am hyalin knorpelig präformierten Pfannendach bei Säuglingen und Kindern;
- wie am knöchernen Rand des Acetabulums beim Erwachsenen?
- Wie ist die Ernährungssituation etc.?

Durch die Arthrographie, aber besonders durch die Sonographie, konnte das Verhalten des Labrum acetabulare beim Dezentrierungsvorgang bei der sog. kongenitalen Hüftluxation aufgeklärt werden. Ungeklärt blieb aber, ob bei diesem Dezentrierungsvorgang selbst oder aber auch trotz erfolgreicher Reposition doch nicht schon Schäden am Labrum acetabulare gesetzt wurden, die für spätere Frühbeschwerden verantwortlich sind.

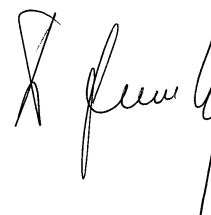
Beim Erwachsenen konnten durch das MRT verschiedene Typen von Läsionen und Degenerationen differenziert werden. Über die Notwendigkeit einer Therapie, oder welcher Therapie bei welcher Läsion, bestehen zwar Erfahrungswerte, aber durchaus keine einheitliche Meinung. Therapieansätze reichen vom Nihilismus über verschiedene Resektions- und Refixierungstechniken bis hin zu aufwendigen Kombinationseingriffen.

Auf jeden Fall kristallisiert sich zunehmend ein neues Krankheitsbild heraus, das mit und ohne knöchernen Gelenkfehlbau zu existieren scheint.

Das Problem hat internationales Interesse geweckt. So ist es 1997 erstmals gelungen Fachleute aus verschiedenen Ländern, die sich mit diesem Problem

beschäftigen, in Wien zu einem „Labrum-Symposium“ zusammenzubringen, um den derzeitigen Kenntnisstand mosaiksteinartig zusammenzutragen und um einen gemeinsamen Nenner in dieser Problematik sowohl diagnostisch als auch therapeutisch zu finden. Die Labrumläsion scheint die Gesamproblematik der Hüftgelenkpathologie um eine zusätzliche Facette zu erweitern.

Dank gebührt in diesem Zusammenhang Prof. A. Engel (Donauspital Wien), seinem Mitarbeiter Dr. S. Hofmann und Doz. Dr. Ch. Tschauner (Stolzalpe) für die Organisation des internationalen Symposiums am Wiener Donauspital. Bei der z. T. sehr mühseligen Arbeit, den heutigen Wissensstand in diesem Heft zu publizieren, haben mich die Kollegen Tschauner und Hofmann durch besonders großen persönlichen Einsatz tatkräftig unterstützt.



R. Graf
Die Herausgeber