

INHALTSVERZEICHNIS

1. Unfallski 18 - Hüfte	1
1.1. Valgo X-O	1
1.2. Beinlänge	1
1.3. Hüftdysplasie	1
1.4. Shimon Perthes	1
1.5. ECF	2
1.6. Hüftkopfnekrose	2
1.7. Hüftimpingement	2
1.8. Coxarthrose	2
1.9. Prothesen	2

1. UNFALLSKI 18 - HÜFTE

10 minuten zu anfang verpasst

1.1. Valgo X-O.

- Frisch laufendes Kind: O-Beine physiologisch
- Kiga/Schulkind: leichte X-Beine normal

1.2. Beinlänge.

- 1,5 cm werden oft nicht bemerkt von den Patienten
- kann reel sein, also idopathisch oder posttraumatisch
- oder funktionell durch Beugekontraktur
- Folge: LWS gleicht aus
- → auf der betroffenen Seite ist das Taillendreieck verstrichen = weniger tief (= das Dreieck zwischen den Hüftknochen, Rippen und Arm letztlich)
- Beugekontraktur: Test mit Thomas-Handgriff testet LWS-Kompensation

1.3. Hüftdysplasie.

- Faltenasymmetrie nur in krassen Fällen

- Schnappen der Hüfte = Orlandi-Zeichen → es schnappt bei Spreizung unter Druck der Flektierten Beine
- meistens Mädchen (7x so viele wie Jungen)
- seit den 80ern: Sono-Untersuchung in der U3 → zwei Winkel werden bestimmt
- ab Grad II (50-60 °): breit wickeln wenn es sich nicht schnell ändert
- Grad III: sofort behandeln
- besser noch: Schienen die Flexion & Abduktion fixieren = Tübinger Schiene
- funktioniert sehr sehr sehr gut
- in krassen Fällen: Gips mit ausnahme des Polochs und so → 6 Wochen und 2x Wechsel
- OP wenn es ein Hindernis gibt: Fettvorfall oder ein hypertrophes Lig cap femo
- bei schlecht überdachter Pfanne: es wird mit der Methode nach Salter ein Keil eingesetzt, ggf zusätzliche Femur-Winkelanpassung (6.-8. LJ)
- bei zu flacher Pfanne: DEGA-Operation
- wenn das erst spät bemerkt wird manchmal höher eine neue Pfanne per Draht gebaut, die Kapsel dient als Knorpelersatz → kann ein Paar Jahre ohne Prothese bringen
- Pfannenwinkelanpassungen (Osteotomie) gibt es auch, ab 17-18
- Oft muss die Prothesenpfanne höher montiert werden als das gut wäre, man muss sie ja irgendwie stabil befestigen

1.4. Shimon Perthes. M Perthes

- = diese Hüftkopfnekrose
- meist Buben 6-7
- kommt einfach so diese Durchblutungsstörung
- Knieschmerz & hinken
- wird meist mit Bagatelltrauma verknüpft, entweder richtig oder eben fälschlich
- früher Schienen zur Hüftentlastung → durch Studien ist Unwirksamkeit bewiesen worden
- heute: Nix tun und warten (kein Schulsport) und Röntgenkontrolle auf Risikozeichen

- Verkalkungen außerhalb des Kopfes
- Horizontalisierung der Epiphysenfuge
- und noch paar andere sachen

1.5. ECF.

- Epiphysiolysis capitis Femoris: meist 6 Jahre älter und Dicke Buben → OP erforderlich
- erscheint akut z.T. wie ein Schenkelhals mit Außenrotation und Verkürzung
- 80% chronische Formen
- Ergebnis jedenfalls: zu wenig Knick in der Hüfte, also quasi gerade an der Hüfte angeschlossenes Bein
- Sinnvoll: Schraube auch auf der anderen Seite da in über 50% beidseits
- Schraube steht was über damit Wachstum nicht behindert wird

1.6. Hüftkopfnekrose.

- manchmal einfach so
- meist Alk
- oder Cortison
- oder beides
- mit 35-45
- 70-80% beidseits
- 10-12% aller Endoprothesen
- andere Gründe: Embolien (auch Gasembolien bei Tauchern), Sichelzellen
- die reversiblen Formen sind in RÖ & MRT nicht zu sehen
- Medikament: Alendronat zur förderung des Knochenstoffwechsels, OP dennoch meist erforderlich
- Konsequenz: Risikopatienten schnell dem MRT zuführen, also alle C2er und Asthmatiker und leute mit Gerinnungsleiden

1.7. Hüftimpingement.

- z.B. post-ECF
- meist ist am Collum anatomicum direkt am Kopf der Knochen verdickt und drückt dann in die Pfanne oder so
- direkt am Kopf-Hals-Übergang
- OP: Fräsyfräsyfräs offen oder Spiegelung

1.8. Coxarthrose.

- 80
- Anlaufschmerz & Nachtschmerz
- Schmerzmittel
- die meisten Prothesen
- RÖ: Osteophyten und kein Spalt mehr, Wolke zeigt die Sklerosierung, fener Geröllzysten

1.9. Prothesen.

- Metall-Metall funktioniert nicht
- Metallabrieb mit Gewebsflüssigkeit macht eine riesige hässliche Zyste → Bäh
- je jünger desto Knochensparend will mann
- dummerweise halten knochenspradende Prothesen oft nur 2 Jahre: Ju-hu
- eher im Sinne des Patienten wäre also eine ordentliche Prothese gewesen
- Zementfreie Pfannen werden entweder geschraubt oder Geschlagen (heute eher geschlagen)
- wenn der Femur Splittert vom Prothesennagel: Draht-Circlage zur Stabilisierung außen herum
- 3/4 der Fälle Pfannenwinkel nicht optimal → luxgefahr und Verschleiß
- bei 10 ° Falscheinbau → 40% mehr Abrieb → aseptische Lockerung
- Heute ist man dabei, daß man per Computerplanung die Winkel optimiert
- Minmalinvasive Methoden sind modern, Überlegenheit fraglich
- Pfannenlockerung der Klassiker
- in 2/3 der Fälle ist wirklich die Lockerung das Problem
- Keramik/Keramik: Splittergefahr, massive Splitter bei Beschädigung → Auf keinen Fall darf dann ein Metallkopf eingesetzt werden, Keramik ist härter und die kleinen Partikel schmirgeln
- Polyethylen/Keramik: Polyethylenabrieb macht eine Entzündungsreaktion, die wandert and er Prothese entlang und führt zur Lockerung des Schafts und der Pfanne
- gekapselte Prothesen gibt es bis jetzt gar nicht, vermutlich weil Einbau eines fertigen Gelenks sehr problematisch und wei Kapselung technisch schwierig (Bewegungsumfang)