

Periazetabuläre Umstellungsosteotomie (PAO) bei Hüftdysplasie



Was ist eine Hüftdysplasie?

Bei der Hüftdysplasie handelt es sich um eine angeborene unzureichende Ausbildung der Hüftgelenkspfanne. Das Hüftgelenk besteht aus den Gelenkpartnern Hüftpfanne und Hüftkopf, welche beide mit einer Knorpelschicht überzogen sind.

Bei der Hüftdysplasie kommt es durch eine zu geringe Überdachung des Hüftkopfes zu einer mechanischen Überlastung des Knorpels der Pfanne. Bei einer unbehandelten Hüftdysplasie ist das Risiko von irreversiblen Knorpelschäden bei jungen Erwachsenen deutlich erhöht. Im Verlauf kann es zu einer vorzeitigen Arthrose und sogar zu der Notwendigkeit der Versorgung mit einem künstlichen Hüftgelenk kommen. Dabei betrifft die Hüftdysplasie häufiger Frauen, während sie bei Jungen und Männern häufig kombiniert mit einer Fehlförmigkeit des Schenkelhalses (CAM FAI) auftritt.

Welches sind die Symptome einer Hüftdysplasie?

Die Hüftdysplasie manifestiert sich in erster Linie durch Schmerzen in der Hüftregion und nicht selten auch im Oberschenkel sowie im Kniegelenk. Die Schmerzen können unterschiedlich stark ausgeprägt sein und treten anfangs meist nach längerer Belastung auf. Im Verlauf kommt es meist auch zu Ruheschmerzen in der Hüftregion und zu Rückenschmerzen durch die Fehlhaltung.

Wie erfolgt die Diagnostik?

Die Diagnose einer Hüftdysplasie wird durch die Kombination aus klinischer Untersuchung und radiologischer Bildgebung (Röntgen und MRT) gestellt.

In der Untersuchung zeigt sich meist eine überdurchschnittliche Hüftbeweglichkeit. In der Röntgendiagnostik lässt sich eine zu gering ausgeprägte Überdachung des Hüftkopfes erkennen.

Welches sind die Behandlungsmöglichkeiten?

Bei der symptomatischen Hüftdysplasie ist zumeist eine operative Korrektur der Pfannenposition notwendig, um einen vorzeitigen Verschleiß zu verhindern. Eine seit Jahrzehnten etablierte Methode ist die sogenannte periazetabuläre Umstellungsosteotomie (PAO) nach Ganz. Der Zugang erfolgt dabei über einen einzigen Hautschnitt in der Leiste (Bikini-Zugang). Bei der PAO wird die Pfanne aus dem Becken in die korrekte Position geschwenkt und fixiert. Dabei bleibt die Kontinuität des Beckens im Gegensatz zu früheren Verfahren (dreifache Beckenosteotomie, Triple-Osteotomie nach Tönnis) erhalten, was eine deutlich schnellere Mobilisation und Knochenheilung bedingt.

Patienten, die von uns mit der PAO behandelt wurden, können ab dem ersten Tag nach der Operation sitzen, aufstehen und an Unterarmgehstützen laufen. Nach ca. 7 Tagen ist das Treppensteigen zumeist ohne Probleme möglich, und die Patienten können nach Hause entlassen werden. Ein spezielles Therapiebett ist zu Hause nicht notwendig.

Ein weiterer Vorteil der von uns angewendeten Methode ist, dass eine Geburt auf natürlichem Wege nach einer solchen Operation ohne Bedenken erfolgen kann.

An unserer Klinik wird eine **minder-invasive und eine minimalinvasive Methode** der PAO angewandt. Bei der **minder-invasive Methode** wird der M. Sartorius und die Bauchmuskulatur abgelöst und nach der Operation wieder refixiert. Bei der **minimalinvasiven Variante** wird nur die Bauchmuskulatur abgeschoben und **der Ansatz die restliche Muskulatur bleibt intakt**. Die Osteotomien erfolgen hierdurch Muskellücken.

Wie verlaufen Mobilisation und Nachbehandlung?

Standardmobilisation bei minder-invasiver PAO

- 1. bis 6. postoperative Woche:
Belastung mit 15kg Teilbelastung an 2 Unterarmgehstützen
- 1. Röntgenkontrolle nach 6 Wochen
- 7. bis 8. postoperative Woche (Reha möglich):
Übergang zu schmerzadaptierter Vollbelastung

Mobilisation bei minimal-invasiver PAO

- bis 4. postoperative Woche:
Belastung mit 15kg Teilbelastung an 2 Unterarmgehstützen
- Röntgenkontrolle nach 4 Wochen
- 5. bis 6. postoperative Woche (Reha möglich):
Übergang zu schmerzadaptierter Vollbelastung

Komplikationen

Komplikationen, die während dieser Operation auftreten können, sind neben den allgemeinen Operationsrisiken:

Häufige Komplikation (>10%)

- vorübergehende Gefühlsstörung des äußeren Oberschenkels (der Hautnerv liegt dabei im Bereich des Zugangs)

Seltene Komplikation (<1%)

- verzögerte Heilung des Knochens (Raucher)
- Nerven- und Blutgefäßverletzung
- Verlängerung des Beines
- Wundheilungsstörung