

Patienteninformation

Behandlungsplan bei operativer Korrektur einer sekundären (neurologischen) Hüftgelenkluxation

Liebe Familie

Bei Ihrem Kind besteht die Notwendigkeit einer Operation zur Korrektur einer Hüftluxation. Da erfahrungsgemäss viele Fragen im Vorfeld der Operation bestehen, möchten wir Sie bestmöglich über den Behandlungsablauf während des stationären Aufenthaltes und die Nachbehandlung zu Hause informieren. Es handelt sich hierbei um einen grundsätzlichen Behandlungsplan, Anpassungen im individuellen Einzelfall sind möglich und zu berücksichtigen.

Diagnose

Hüftluxation, Hüftsubluxation, Hüftdysplasie

Therapie

Operative Hüftgelenkeinstellung mit Zentrierung des Hüftkopfes in der Hüftpfanne (Derotations-/ Verkürzungs-/Varisationsosteotomie) sowie Verbesserung Hüftkopfüberdachung durch Pfannendach-Verbreiterung (Pfannendachplastik nach Dega/Pemberton/Salter).

Fixierung des Oberschenkelknochens mit Platte (evtl. mit Drähten), Einbringen Knochenkeil am Becken, (evtl. Fixation mit Drähten), Nachbehandlung mittels Lagerungselement in Abspreizung/Schiene oder Becken-Beingips. Bei beidseitiger Hüftpathologie erfolgt die operative Korrektur oftmals in derselben Operation, bei Säuglingen und Kleinkindern ggf. nacheinander in 6-8 Wochen Abstand.



Bild 1: Zustand vor OP mit (sub-)luxiertem Hüftgelenk links



Bild 2: Zustand nach OP mit zentriertem Hüftkopf sowie Verbesserung der Hüftkopfüberdachung, Plattenosteosynthese am Oberschenkelknochen



Behandlungsziele:

- Zentrale Einstellung des Hüftkopfes in der Pfanne sowie Verbesserung der Pfannenüberdachung des Hüftgelenks.
- Schaffung stabiler Gelenkverhältnisse und Verbesserung der Hüftentwicklung im Wachstum
- Ermöglichung einer stabilen Gelenkbelastbarkeit sowie Erhalt bzw. Ermöglichung der Stehfähigkeit / Gehfähigkeit
- Ermöglichung schmerzfreien, problemlosen Transfers/ Lagerung
- Vermeidung Entstehung von Schmerzen am Hüftgelenk
- Prophylaxe von Spätschäden am Hüftgelenk
- Vermeidung von Folgedeformitäten an Becken (Beckenschiefstand) und Wirbelsäule (Skoliose)

Risiken, Komplikationen:

Hämatom, Nachblutung, Infektion, Wundheilungsstörung, Gefässverletzung, Nervenverletzung (Gefühlsstörung, Ausfall/Abschwächung Muskelfunktion am Bein), verzögerte/keine Knochenheilung, Schmerzen, Chondrolyse (Knorpelauflösung), Hüftkopfnekrose, erneute Luxation (Rezidiv).

Implantatversagen: Platten-/ Schraubenbruch, Wandern oder Lockerung der Drähte. Gabe von Blutprodukten (Bluttransfusion) intra-/ postoperativ.

Ablauf des stationären Aufenthaltes:

Stationäre Aufnahme: am Tag vor der OP. Es erfolgt ein stationäres Aufnahmegespräch durch den Stationsarzt sowie die detaillierte Schilderung der OP-Technik und der Nachbehandlung durch das Team der Kinderorthopädie. Vorstellung beim Narkose-Arzt zur OP-Vorbereitung, Klärung weiterer Fragen. Aufnahmegespräch durch die Pflegenden der Station.

OP-Tag: Durchführung der Operation, im Anschluss Überwachung und Schmerztherapie. Verlegung auf die Normalstation bei regelgerechtem postoperativem Verlauf, in Ausnahmefällen auf Intensiv-Pflegestation (IPS).

Nachbehandlung während des stationären Aufenthaltes:

Positionierung des frisch operierten Hüftgelenkes in einem Lagerungselement oder Oberschenkel-schiene mit Abspreizstab (siehe Abbildung unten). Wenn möglich vermeiden wir eine Gipsruhigstellung im Becken-Beingips, um eine mittel- bis langfristige Beweglichkeitseinschränkung des operierten Hüftgelenkes zu vermeiden.



Mobilisation durch die Physiotherapeuten am Tag nach der Operation. Bei Verwendung einer winkelstabilen Platte ohne Gips ist die sofortige schmerzabhängige Vollbelastung erlaubt. Erlaubt ist eine passive und aktive Bewegungsschulung unter Anleitung der Physiotherapeuten. Sitzen bis 90° Hüftbeugung im Rollstuhl ist erlaubt, je nach Diagnose zeitlich begrenzt (Toilettengang, Mahlzeiten). Organisation eines Liege-Rollstuhls durch die Kollegen der Physiotherapie.

Bei sehr unruhigem Patient/Patientin, Säuglingen bzw. je nach Operationsverlauf (Stabilität) wird ein Becken-Beingips angelegt (siehe Abbildung unten).



Bei Gipsbehandlung hingegen darf das operierte Bein für die Dauer von sechs Wochen keine Gewichtsbelastung übernehmen.

Dauer des stationären Aufenthaltes:

bei regelrechtem Wund- und Knochenheilungsverlauf ca. 8 Tage. Vor Entlassung erfolgt die abschliessende Wundkontrolle und Röntgenkontrolle (sofern kein Gips angelegt wurde).

Transport nach Hause:

liegend im Krankentransport bei noch bestehenden Problemen, ansonsten sitzender Transport möglich, abhängig vom Allgemeinzustand des Kindes.

Nachbehandlung zu Hause:

1-2 mal pro Woche ambulante physiotherapeutische Beübung zur passiven Bewegung. Keine Belastung des operierten Beines. Schulbesuch im Rollstuhl sitzend oder unter Verwendung von Gehstöcken bei vollständiger Entlastung des operierten Beines ist grundsätzlich möglich. Dies sollte jedoch individuell entschieden werden.

Kinder mit schwerer **körperlicher/geistiger Behinderung** bleiben häufig 2 Wochen in stationärer Behandlung. Im Verlauf ist ggf. eine stationäre Rehabilitations-Behandlung für 4-6 Wochen oder alternativ die Pflege im Schulheim und/oder zu Hause mit SPITEX Unterstützung zu planen.

Ambulante Wiedervorstellung in der Klinik:

Diese erfolgt 6 Wochen nach der Operation zur klinischen und radiologischen Verlaufskontrolle im Rahmen eines ambulanten Sprechstundentermins (ggf. mit Gipsentfernung im Gipszimmer). Bei fortgeschrittener knöcherner Heilung am Oberschenkelknochen sowie am Becken ist der Belastungsbeginn unter physiotherapeutischer Anleitung erlaubt.

Transport in die Klinik: wenn möglich sitzender Transport, ansonsten liegend im Krankentransport bei noch bestehenden Problemen, abhängig vom Allgemeinzustand des Kindes.

Organisation einer externen stationären Rehabilitationsbehandlung durch Physiotherapie/Sozialdienst des Kinderspitals, alternativ ambulante Rehabilitation zu Hause mindestens 3x pro Woche. Sofern beide Beine nacheinander operiert wurden, erfolgt die Reha-Behandlung 6 Wochen nach OP der zweiten Seite.

Krafttraining: Beginn ab 9. Woche nach der Operation. Problem am Anfang kann eine eingeschränkte Hüftbeugung/-streckung sein, die sich in nahezu allen Fällen selbst mobilisiert nach einigen Wochen bis Monaten.

Ambulante Verlaufskontrolle

sechs Monate nach Operation zur klinischen und radiologischen Kontrolle.

Entfernung der Metallplatte und Drähte

ca. 1 Jahr nach Operation