

Epiphyseolysis capitis femoris

Dr. med. Harry Klima, Leitender Arzt Kinderorthopädie, Ostschweizer Kinderspital

Bei dieser Erkrankung handelt es sich um eine Verschiebung des Femurkopfes gegenüber dem Oberschenkelhals im Bereich der Epiphysenfuge. Es handelt sich prinzipiell um ein nicht traumatisches Ereignis und findet während des pubertären Wachstumsschubes statt.

Vorkommen

Die Femurkopfeiphysenlösung betrifft ca. 2 von 100'000 Jugendlichen unter 20 Jahren, kommt etwas häufiger mit 1,5 : 1 bei Jungen vor und in jedem fünften Fall sind die Hüftköpfe beiderseits betroffen.

Ätiologie

Während des pubertären Wachstumsschubes ist die Stabilität der Hüftkopfeiphyse durch die hormonellen Einflüsse physiologischerweise geschwächt. Durch die anatomische Situation sind die Hüftköpfe besonders starken Scherkräften ausgesetzt. Durch chronische Überlastung bei Übergewicht oder sportlich sehr aktiven Jugendlichen kann der fibröse Ring im Bereich der Epiphysenfuge reißen und es kann zu einer Verschiebung des Hüftkopfes kommen. Epiphysenfugenlösungen aufgrund einer hormonellen Störung sind eher selten. Das Vorkommen der Hüftkopfeiphysenlösung beschränkt sich bis auf Ausnahmen auf die Zeit des Wachstumsschubes, bei Mädchen im 11. bis 15. Lebensjahr und bei Jungen im 13. bis 17. Lebensjahr.

Symptomatik

Die Kinder klagen häufig über Schmerzen im Bereich des Hüftgelenkes, aber regelmässig auch im Bereich des Oberschenkels oder des Kniegelenkes. Bei der Untersuchung zeigt sich eine Einschränkung der Beweglichkeit des betroffenen Hüftgelenkes, besonders der Innenrotation und manchmal auch eine Einschränkung der Abduktion. Die Diagnose wird durch das Röntgenbild beider Hüften in zwei Ebenen gestellt. Häufig ist die Dislokation des Kopfes nur auf der axialen Aufnahme zu sehen.

Aufgrund unterschiedlicher Therapien und unterschiedlicher Spätfolgen erfolgt die Einteilung in einer Klassifikation in akut (Anamnesedauer unter 2 Wochen), chronisch (Anamnesedauer über 2 Wochen), akut auf chronisch (Anamnesedauer über 2 Wochen, aber plötzliche Beschwerdezunahme meist mit Gehunfähigkeit). Nach den Röntgenaufnahmen unterteilt man den Schweregrad des Gleitvorganges in der axialen Aufnahme in 4 Grade: Grad 1 (Unregelmässigkeit der Epiphysenfuge), Grad 2 (Gleitwinkel bis 30°), Grad 3 (Gleitwinkel 30 bis 50°), Grad 4 (Gleitwinkel grösser 50°).

Spätfolgen

Das Arthroserisiko ist je nach Ausmass des Abrutschvorganges erhöht, z. B. bei über 40° und 30 Jahre nach Beginn der Erkrankung 15 bis 70%. Bei den akuten Epiphysenfugenlösungen ist mit 16 bis 18% Hüftkopfnekrosen zu rechnen, diese kann aber auch iatrogen durch intensives Reponieren ausgelöst werden. In solchen Fällen ist besonders früh mit Beschwerden und einer Arthrose zu rechnen.



Therapie

Prinzipiell müssen alle Epiphysenfugenlösungen operativ fixiert werden, wobei hierfür Nagelungen oder Verschraubungen zur Verfügung stehen. Bei Abrutschvorgängen des Femurkopfes von über 50° muss eine Korrekturosteotomie durchgeführt werden, welche meist zu einem späteren Zeitpunkt, in einem zweiten Eingriff, durchgeführt wird, nachdem die Remodellierung am Ende des Wachstums abgeschlossen ist. Nach einer Epiphysenfugenlösung kommt es in der Regel nach etwa 8 bis 9 Monaten zu einem vorzeitigen Fugenverschluss. Nach operativer Fixation des Femurkopfes können die Kinder frühzeitig über eine Teilbelastung zur Vollbelastung kommen. Die eingebrachten Nägel werden nach Wachstumsabschluss grundsätzlich entfernt, während Schrauben aufgrund häufiger Komplikationen bei Metallentfernung belassen werden können.