Claudiusstrasse 6 | 9006 St.Gallen | Telefon 071 243 71 11 | Telefax 071 243 76 99 |

Morbus Perthes

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

Es handelt sich um eine im Kleinkindalter auftretende Erkrankung der Hüfte aufgrund einer Durchblutungsstörung des Femurkopfes. Die Ursache der Durchblutungsstörung ist unbekannt. Am häufigsten tritt die Erkrankung zwischen dem 5. und 8. Lebensjahr auf, kann jedoch schon ab dem 3. und bis zum 10. Lebensjahr beginnen. Knaben sind vier mal häufiger betroffen als Mädchen. Für das Auftreten der Erkrankung spielen genetische Faktoren eine wesentliche Rolle. Durchblutungsstörungen wurden bei den zu- und abführenden Gefässen nachgewiesen, wobei sich dies auf dem Boden einer Skelettreifungsstörung mit verzögertem Wachstum abspielt. Die Häufigkeit der Erkrankung liegt bei etwa 10 auf 100'000 Kinder im typischen Alter von 3 bis 10 Jahren. Die grösste Häufung gibt es in der Gegend von Liverpool/England mit 16 Erkrankungen auf 100'000 Kindern; am seltensten ist die Erkrankung bei schwarzen Kindern mit 0.45 pro 100'000 Kindern.

Es existieren mehrere Klassifikationen z.B. nach Catterall, nach Salter und Thomson und nach Herring zur Einteilung des Ausmasses der Nekrose. Auch für die Verlaufsstadien existieren mehrere Klassifikationen. Der Verlauf von Beginn bis zum Endstadium der Erkrankung beträgt mind. 2 Jahre. Man unterscheidet ein Anfangsstadium, welches als Kondensationsstadium bezeichnet wird, danach ein Fragmentationsstadium, ein Reparationsstadium und das Endstadium. Am Ende der Erkrankung resultiert eine fast normale Hüftform bis zu einem komplett deformierten und subluxierten Hüftgelenk. Neben den schon genannten Klassifikationen, welche sich nach dem röntgenologischen Verlauf richten, gibt es noch eine Klassifikation, welche sich nach dem kernspintomografischen Verlauf richtet. Diese Klassifikation nach Schittich wird meist mit den vorhandenen Röntgenbefunden zur Entscheidung der Therapieform verwendet. Die radiologischen Klassifikationen reichen oft nicht aus, um das Hauptrisiko einer Arthrose nach der Erkrankung abzuschätzen und um zu dem richtigen Zeitpunkt die notwendige Therapie durchzuführen.

Je nach Alter bei Beginn der Erkrankung, Ausmass der Nekrose sowie Subluxationstendenz beträgt das Arthroserisiko zwischen 0% und über 80% mit einem Beginn der Arthrosebeschwerden immer erst nach dem Wachstumsabschluss.

Diagnostik

Zu Beginn der Erkrankung stehen Hinken und Hüftschmerzen in sehr unterschiedlichem Ausmass im Vordergrund. Die Beweglichkeit der betroffenen Hüfte ist in der Regel deutlich eingeschränkt, wobei vor allem die Abduktion und die Innenrotation vermindert sind. Diese Problematik besteht meist über mehrere Wochen und die eindeutige Diagnose kann auf dem ersten Röntgenbild oft nicht gestellt werden, da radiologische Veränderungen häufig erst ein Monat nach Beginn der Beschwerden nachzuweisen sind. In den ersten Monaten der Erkrankung reicht die radiologische Untersuchung zur Festlegung für einen Therapieplan ebenfalls nicht aus. Viel aufschlussreicher ist in den ersten Monaten die klinische Untersuchung und mit einer Kernspinuntersuchung können bereits zu Beginn der Erkrankung die Diagnose, das Ausmass und zusammen mit der klinischen Untersuchung auch ein Therapieplan festgelegt werden. Zur Verlaufskontrolle ist auch die Ultraschalluntersuchung des Hüftgelenkes nützlich. Zu unterscheiden vom Morbus Perthes sind Hüftkopfnekrosen assoziiert mit einer systemischen Grunderkrankung oder die Diagnose einer epiphysären Dysplasie. Differenzialdiagnosen sind ausserdem die Osteochondrosis dissecans, Tumoren, Coxitis und posttraumatische Femurkopfnekrosen.

Therapie

Die Therapie des Morbus Perthes hat drei Hauptziele:

- Verbesserung der Beweglichkeit des Hüftgelenkes
- Entlastung des Hüftgelenkes
- Verbesserung des Gelenkzusammenspiels (Kongruenz, Containment).

Da die Bewegungseinschränkung einer der Faktoren für die spätere Arthroseausbildung ist, kann diese durch folgende Massnahmen verbessert werden:

- Intensive Physiotherapie
- In bestimmten Fällen Narkosemobilisation
- Operative Verlängerung der Anspreizmuskulatur
- Einsatz einer Pflasterzug-Behandlung mit Abspreizung.

Für das Gelenkzusammenspiel ist die Erhaltung der Beweglichkeit eine Grundvoraussetzung.

Zur Entlastung des Hüftgelenkes stehen folgende Massnahmen zur Verfügung:

- Entlastende Orthesen
- Gehstützenentlastung
- Bettruhe.

Über den Sinn und die Effektivität der verschiedenen Entlastungsbehandlung gibt es unterschiedliche Auffassungen. Wir empfehlen in den meisten Fällen eine beschwerdeabhängige Gehstützenentlastung. Die Kinder sind hierdurch in ihrer Aktivität kaum merkbar eingeschränkt und können ihr alltägliches Leben problemlos weiterführen, was in Anbetracht des langen Krankheitsverlaufs besonders wichtig ist.

Falls das Alter bei Erkrankungsbeginn, die klinische Untersuchung und die MRT-Untersuchung für ein hohes späteres Arthroserisiko sprechen, wird die Entscheidung zu einer operativen Behandlung frühzeitig gestellt, wobei der operative Eingriff häufig erst viele Monate nach Beginn der Behandlung, in einer bestimmten Phase des Krankheitsverlaufes, durchgeführt wird. Je nach Deformität des Hüftgelenkes und nach Alter des Kindes wird dann ein knöcherner Eingriff zur besseren Zentrierung des Hüftkopfes in der Hüftgelenkspfanne am proximalen Femur oder im Bereich der Hüftpfanne durchgeführt. In den Fällen des Morbus Perthes mit hohem Arthroserisiko verbessert der operative Eingriff die Arthrosegefahr deutlich gegenüber nicht operierten Patienten mit gleichem Schweregrad der Erkrankung. Bei vielen Patienten ist jedoch aufgrund ihres Alters zu Erkrankungsbeginn, des klinischen Verlaufes und aufgrund der Untersuchungsbefunde keine Operation notwendig, um das Ergebnis der Hüftgelenkssituation nach Ausheilung der Erkrankung zu verbessern.