



H. Zehetgruber, Wien

# Mittelfristige klinische Ergebnisse Arthroskopische Labrum- teilresektion am Hüftgelenk

Leistenschmerzen bei Alltagsaktivität und beim Sport sind oft durch degenerative Veränderungen des Labrum acetabulare verursacht. Der klinische Befund wird in vielen Fällen durch ein Arthro-MRT bestätigt. In der Literatur zeigen arthroskopische Therapieverfahren am Hüftgelenk Erfolg versprechende Resultate. Im Orthopädischen Spital Wien Speising werden seit dem Jahr 1994 regelmäßig Hüftarthroskopien durchgeführt. Im Folgenden werden die klinischen Ergebnisse von 37 Patienten mit einem durchschnittlichen Nachuntersuchungsintervall von über 5,5 Jahren präsentiert.

## Einleitung und OP-Planung

Das Labrum acetabulare ist als faserknorpelige Umrandung des knöchernen Pfannenrands Kompressionsbelastungen ausgesetzt. Ähnlich der Meniskusdegeneration am Kniegelenk kann auch das Labrum, vor allem im anterosuperioren Gelenksabschnitt, bei übermäßiger Belastung ein- bzw. abreißen.

Bei Verdacht kann dieses Schmerzgeschehen durch einen Impingement-Test provoziert werden. Dabei wird durch passive Innenrotation des in 90° in Hüft- und Kniegelenk gebeugten und maximal adduzierten Beins das degenerierte bzw. eingerissene Labrum zwischen dem knöchernen Pfannenrand und dem Schenkelhals komprimiert.

Dieser klinische Befund kann durch bildgebende Verfahren erhärtet werden. Beckenübersichtsaufnahmen sowie Lauenstein-Aufnahmen können nur indirekte Hinweise auf eine Labrumdegeneration liefern, sie sind aber für die Differenzial-

diagnostik unerlässlich (Koxarthrose, Hüftkopfnekrose, Dysplasie). Durch die ap-Aufnahme kann eine Pfannenprotrusion bzw. -retroversion (Cross-over-Sign) als Hinweis für ein Pincer-Impingement erkannt werden. Die axiale Aufnahme ermöglicht zusätzlich die Beurteilung des Schenkelhals-Offsets als Hinweis auf ein

Cam-Impingement. In vielen Fällen ist keine eindeutige Typenzuordnung möglich. Zur OP-Planung kann eine direkte MRT-Arthrographie des betroffenen Hüftgelenks mit geeigneter Schnittführung und hoher Auflösung Veränderungen des Labrums und des Gelenkknorpels aufzeigen und klassifizieren.



Abb. 1a+b: Unauffälliges Nativröntgen ap und Lauenstein-Aufnahme von 34-jährigem Patienten mit Leistenschmerz

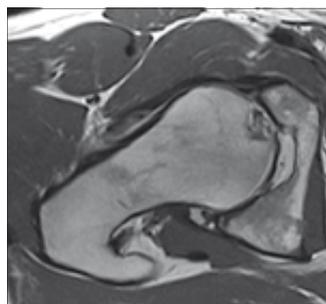
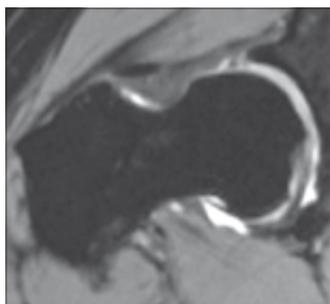


Abb. 2a+b: Hüft-MRT desselben Patienten zeigt Labrumriss anteriorlateral

## OP-Technik und Nachbehandlung

An der I. Abteilung im Orthopädischen Spital Wien Speising werden Labrumläsionen seit 1994 mittels Hüftarthroskopien therapiert. Die Patienten werden unter Allgemeinnarkose in Rückenlage auf dem Extentionstisch gelagert, um eine Distraction über das Bein im entsprechenden Hüftgelenk zu ermöglichen. Standardisiert werden unter Bildwandlerkontrolle ein anteriorlateraler und ein ventraler Zugang zur Hüfte angelegt. Es folgt dann routinemäßig zuerst eine Inspektion des zentralen Kompartments in Extension und Traktion und anschließend des peripheren Kompartments in Hüftflexion. Degenerierte bzw. eingerissene

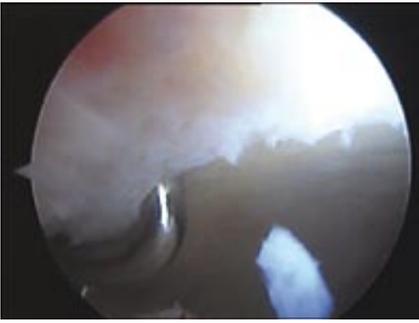


Abb. 3: Arthroscopischer Befund zeigt Rissbildung zwischen Labrum und Hüftgelenkknorpel im zentralen Kompartiment korrespondierend zum MRT

Labrumteile können über diese Standardzugänge reseziert werden. In Ausnahmefällen wird ein dritter posteriorlateraler Zugang angelegt. Postoperativ wird bei allen Patienten ein Blutungsdrain belassen, welches am ersten postoperativen Tag entfernt wird. Unter physiotherapeutischer Anleitung sollen aktive und passive Bewegungsübungen das volle Bewegungsausmaß noch während des stationären Aufenthalts wiederherstellen. Eine Vollbelastung des Beins durch den Patienten wird bei Entlassung angestrebt. Stop-and-go-Sportarten sind bis 3 Monate postoperativ zu vermeiden.

## Ergebnisse der Nachuntersuchung

Zwischen 1994 und 2007 wurden Labrumläsionen am Hüftgelenk bei 37 Patienten (25 Frauen, 12 Männern) arthroscopisch therapiert. Alle diese Eingriffe wurden durch ein und denselben orthopädischen Chirurgen (FL) durchgeführt. 20 Patienten konnten sowohl klinisch als auch radiologisch nachuntersucht werden. Der durchschnittliche Nachuntersuchungszeitraum war 65,6 Monate (zwischen 4 und 128 Monaten). 80% dieser Patienten hatten gute oder exzellente Ergebnisse im modifizierten Harris Hip Score (mHHS). 60% hatten gute oder exzellente Ergebnisse im Non-Arthritis Hip Score (NHS) und im Roles und Maudsley Score (RMS). 2 Patienten klagten postoperativ über eine milde Parästhesie im Versorgungsgebiet des Nervus cutaneus femoris lateralis. Darüber hinaus gab es keine anderen Komplikationen im Zusammenhang mit der Operation.

11 Patienten hatten eine nachfolgende offene Hüftoperation durchschnittlich 3 Jahre nach der primären Hüft-ASK (8x

Hüft-TEP, 2x offene Mosaikplastik und 1x offene Labrumresektion). Bei 8 dieser Patienten wurde bereits arthroscopisch eine höhergradige Chondropathie im Hüftgelenk diagnostiziert.

Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung waren 6 Patienten „lost for follow-up“.

## Zusammenfassung und Ausblick

Die vorliegenden Daten bestätigen, dass durch die arthroscopische Resektion von Labrumrissen der Hüfte eine längerfristige Schmerzreduktion erzielt werden kann. Bei ausreichender Erfahrung gelingt es, die Komplikationsrate gering zu halten. Bemerkenswert ist, dass ein Teil der Patienten der vorliegenden Arbeit in einer Phase arthroscopiert wurde, in der viele Aspekte hinsichtlich Ätiologie und Pathogenese des Hüft-Impingements noch nicht bekannt waren.

Durch den Non-Arthritis Hip Score konnten jedoch bei einigen der nachuntersuchten Patienten trotz Hüft-ASK weiterhin Einschränkungen bei sportlicher Aktivität und anstrengender Alltagsaktivität aufgedeckt werden.

Seit einigen Jahren wird bei Patienten mit klinischem Impingement und einer korrespondierenden Labrumläsion in der Bildgebung die arthroscopische Labrumresektion mit knöchernen Abtragungen am anteriorlateralen Schenkelhalsübergang und am knöchernen Pfannenring kombiniert.

Zukünftige Untersuchungen werden zeigen, ob durch die Kombination von Labrumteilresektion mit knöcherner Offset-Korrektur bzw. mit einem „rim-trimming“ bessere Ergebnisse hinsichtlich einer Schmerzfreiheit der Patienten vor allem bei sportlicher Aktivität zu erzielen sind.

*Literatur bei den Autoren*

Autoren:

H. Zehetgruber, M. Pallamar, F. Landsiedl

Korrespondierender Autor:

Dr. Harald Zehetgruber

I. Orthopädische Abteilung

Orthopädisches Spital Wien-Speising

Speisinger Straße 109

ort090242