

## Aus der Praxis der Norddeutschen Schlichtungsstelle

### Die Hüftkopfeiphysenlösung des Jugendlichen

(Prof. Dr. med. D. Petersen)

#### Kasuistik:

Die Hüftkopfeiphysenlösung des Jugendlichen, auch unter der Bezeichnung Coxa vara adolescentium oder Coxa vara epiphysaria bekannt, gehört erfahrungsgemäß noch immer zu den Leiden, die wegen ihrer anfänglich nur geringen und verhältnismäßig uncharakteristischen Beschwerden über einen längeren Zeitraum trotz ärztlicher Kontrollen nicht erkannt werden. Dadurch werden die sehr wirksamen Behandlungsmöglichkeiten bei Früherkennung, insbesondere der schleichenden Verlaufsform (Coxa vara epiphysaria lenta) versäumt. Das folgende Beispiel, welches der Schlichtungsstelle zur Beurteilung vorlag, möge dieses verdeutlichen:

Im August 1993 wurde ein seinerzeit 11 Jahre und 9 Monate altes Mädchen dem Hausarzt wegen Schmerzen im Bereich des rechten Oberschenkels und der rechten Hüfte vorgestellt. Ein Untersuchungsbefund wurde nicht dokumentiert. Angaben über die Konstitution und den Entwicklungsstand des Mädchens fehlen. Es wurde die Diagnose einer Zerrung der Oberschenkelmuskulatur gestellt und Diclopurengel verordnet. 10 Tage später erneute Vorstellung beim Hausarzt wegen verstärkter Beschwerden. Jetzt wurden eine Schwellung und Druckschmerz in der linken Hüftregion festgestellt und die Patientin zum Facharzt (Chirurgie/Unfallchirurgie) überwiesen.

Die erste fachärztliche Konsultation fand einen Tag später statt. Zur Anamnese hieß es, daß seit zwei Wochen Schmerzen in der linken Leiste bestünden. Eine Hernie wurde nicht gefunden. Festgestellt wurden ein Schonhinken links und eine Außenrotation des linken Beines.

Unter Berücksichtigung des Lebensalters der Patientin, der anhaltenden Schmerzsymptomatik und der beiden erwähnten klinischen Befunde hätte hier bereits ohne weitere technische Untersuchungsmaßnahmen die dringende Verdachtsdiagnose einer Hüftkopfeiphysenlösung der Lentaform gestellt werden müssen.

An diesem Untersuchungstag wurden zwei Beckenübersichtsaufnahmen angefertigt. Auf der ersten Aufnahme wurde das komplette Becken durch eine Bleischürze abgedeckt. Die Seiten wurden nicht markiert, die Aufnahme war zur Diagnostik unbrauchbar. Auf dem daraufhin angefertigten zweiten Röntgenbild zeigte sich ebenfalls ein sehr großer Bleischutz mit teilweiser Bedeckung des rechten und des linken Hüftkopfes sowie der rechtsseitigen Hüftkopfeiphysenfuge. Erkennbar war eine Verbreiterung sowie zystische Aufhellung im linken Epiphysenfugenbereich. Die zur weiteren Diagnostik zwingend notwendige Röntgenaufnahme in der zweiten Ebene (sog. Lauenstein-Stellung) unterblieb. Somit wurde die richtige Diagnose nicht gestellt. Wegen der Schmerzen wurden Voltaren-Zäpfchen verordnet. Es erfolgte eine Überweisung zwecks MRT. Diese Maßnahme war zu diesem Zeitpunkt nicht indiziert, die richtige Diagnose hätte durch sachgerechte Röntgenaufnahmen des linken Hüftgelenks in zwei Ebenen mit Sicherheit gestellt werden können.

Die 5 Tage nach der ersten fachärztlichen Konsultation durchgeführte MRT erbrachte keine abschließende Diagnose. Differentialdiagnostisch wurden eine Coxitis oder eine Epiphysiolysis capitis femoris imminens genannt. Therapeutisch erfolgten daraufhin die weitere Verordnung von Voltaren-Zäpfchen und eine Entlastung des linken Beines.

9 Tage später wurde festgestellt, daß es der Patientin subjektiv besser gehe. Es wurden 10 kg Teilbelastung erlaubt und eine Röntgenkontrolle in 2 Wochen geplant. Bei dieser Konsultation 14 Tage später wurde vermerkt, daß die Innenrotation des linken Hüftgelenkes eingeschränkt, die Außenrotation frei sei. Weitere Befunde wurden nicht dokumentiert, z.B. ob Zeichen nach Drehmann vorlagen. Jetzt wurden Röntgenaufnahmen des linken Hüftgelenkes in 2 Ebenen angefertigt, die von dem behandelnden Facharzt als regelrecht bezeichnet wurden. Die gutachterliche Nachbeurteilung zeigte, daß zu diesem Zeitpunkt bereits eine Dislokation der Hüftkopfeiphysen links nach hinten unten in typischer Weise um 35° vorlag. Dieses wurde nicht erkannt. Sinnvolle Behandlungsmaßnahmen wurden trotz der eindeutigen klinischen und röntgenologischen Befunde auch jetzt nicht ergriffen.

14 Tage später wurde vermerkt, daß die Schmerzen geringer seien. Es wurde eine Belastungssteigerung erlaubt. Weitere 14 Tage später wurde dokumentiert, daß keine Schmerzen mehr bestünden, jedoch eine Rotationsbehinderung des linken Hüftgelenkes, und es wurde eine Röntgenkontrolle in 4 Wochen in Aussicht gestellt.

Bei dieser Wiedervorstellung fand sich eine Außenrotationskontraktur des linken Hüftgelenkes mit einem Bewegungsbefund Innendrehung/Außendrehung 0-20-70°; Es wurde erneut eine Röntgenkontrolle des linken Hüftgelenkes in 2 Ebenen durchgeführt und von dem behandelnden Facharzt wie folgt befundet: "Keine Hüftkopfeiphysenlösung. Geringe periostale Reaktion". Die gutachterliche Nachbefundung ergab eine Dislokation des Hüftkopfes links nach hinten

## Schlichtungsstelle: fb03-99

unten um nunmehr 40°;. Erst jetzt wurden seitens des behandelnden Facharztes die Röntgenbilder einer benachbarten Klinik zugestellt. Es erfolgte kurzfristig die stationäre Aufnahme. Im Aufnahmebefund wurde ein typischer Habitus dystrophia giganto adipositas mit Duchenne-Hinken und positivem Zeichen nach Trendelenburg links bei Beinverkürzung links um 3 cm beschrieben. Beugung linkes Hüftgelenk bis 50°; , schwere Außenrotationskontraktur. Die Röntgenkontrolle zeigte eine komplette Dislokation des linken Hüftkopfes nach hinten unten nach abgelaufener Epiphysiolysis capitis femoris lenta. Bei diesem Befund wurde nunmehr eine umfangreiche operative Rekonstruktion des linken Hüftgelenkes erforderlich, durch die jedoch nicht verhindert werden konnte, daß bei der Patientin nunmehr von einer präarthrotischen Deformität des linken Hüftgelenkes ausgegangen werden muß. Dieses wäre bei rechtzeitiger Diagnose vermeidbar gewesen. Diese Diagnose hätte bereits klinisch mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit gestellt werden können. Durch eine ergänzende sachgerechte Röntgenuntersuchung mit richtiger Beurteilung der Röntgenaufnahmen wäre die richtige Diagnose eindeutig zu stellen gewesen. Die sofortige Einweisung zur klinischen Behandlung wäre zwingend notwendig gewesen, um weiteren Schaden abzuwenden.

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Petersen

Ärztliches Mitglied der Schlichtungsstelle

Hans-Böckler-Allee 3

30173 Hannover

Erschienen im Niedersächsischen Ärzteblatt 03/1999

[zurück zur Übersicht](#)