



DIakoneo

CNOPFSCHKE KINDERKLINIK



*Abteilung für*  
***Kinderorthopädie***

Chefärztin Dr. Kerstin Rimmel  
Hüftdysplasie

*weil wir das  
Leben lieben.*

## **Inhalt**

Einleitung .....	3
Das Hüftgelenk.....	4
Grundlage.....	4
Hüftdysplasie-Screening.....	6
Behandlung.....	7
Tübingerschiene .....	8
Fettweisgips.....	8
Nachbehandlung.....	10

## **Liebe Eltern, liebe Patientin, lieber Patient,**

im Rahmen eines ambulanten Sprechstundentermins lassen sich manchmal nicht alle Fragestellungen klären bzw. kommen viele Fragen noch zuhause hinzu. Da uns eine umfassende Information und Aufklärung am Herzen liegt, wollen wir dieses Infoblatt nutzen, um über die Diagnose und Therapiemöglichkeiten einer Hüftdysplasie zu informieren. Sollten nach dem Lesen der folgenden Seiten noch Fragen bestehen, können diese gerne im Rahmen eines erneuten Sprechstundenbesuches beantwortet werden.

Beste Grüße



Dr. Kerstin Rimmel  
Chefärztin der Kinderorthopädie



*weil wir das  
Leben lieben.*

### Das Hüftgelenk:

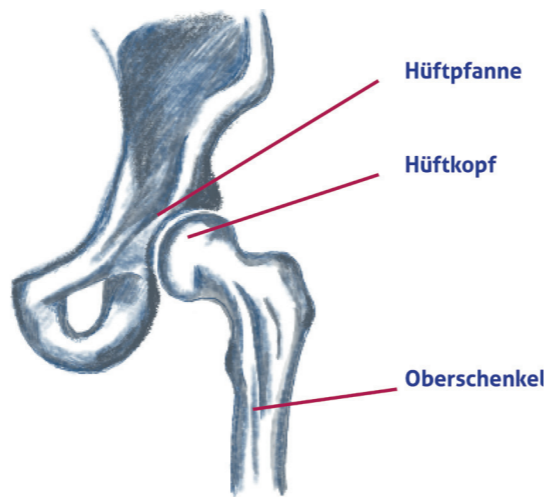
Die Hüftdysplasie ist die häufigste angeborene Fehlbildung bei Neugeborenen – bis zu 4 Prozent sind davon betroffen. Bei regionalen Unterschieden bezüglich der generellen Häufigkeit sind insgesamt Jungs seltener betroffen als Mädchen.

Die Erkrankung kann alleinstehend oder in Kombination mit anderen Erkrankungen (v.a. Fußfehlstellung) auftreten. Begünstigende Faktoren sind Lagebesonderheiten des Kindes im Mutterleib (Beckenendlage) oder bereits vorhandene Hüftgelenksdysplasie bei den Eltern oder Geschwisterkindern.

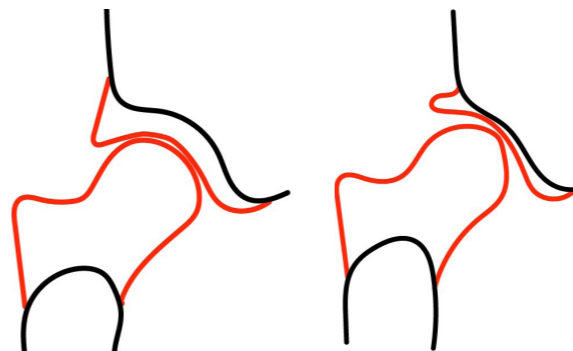
### Grundlage:

Das Hüftgelenk besteht aus einer Hüftgelenkspfanne (Acetabulum) und einem Hüftkopf.

Das Hüftgelenk ist ein Kugelgelenk. Gelenkpartner sind der Oberschenkelknochen und das Becken. Von einer Hüftgelenksdysplasie spricht man, wenn sich die Hüftgelenkspfanne zu steil zeigt und dadurch dem Hüftkopf keine ausreichende Überdachung bietet.



Die Fehlstellung des Hüftgelenkes ist für den Säugling nicht schmerzhaft, führt im weiteren Wachstum jedoch zu Bewegungseinschränkungen, vorzeitiger Gelenkabnutzung (Arthrose) und Problemen beim Gehen (Hinken).



Schemazeichnung einer normalen Hüfte zur Geburt. Die Schwarzen Anteile sind knöchern, die roten knorpelig angelegt.

Schemazeichnung einer dysplastischen Hüfte zur Geburt. Deutlich erkennbar ist die schlechte Ausformung der Gelenkpfanne.

Bei Neugeborenen besteht das Hüftgelenk hauptsächlich aus einer Knorpelsubstanz, welche im weiteren Wachstum zu Knochensubstanz umgewandelt wird. Damit sich das Hüftgelenk regelrecht entwickeln kann, sind besondere Kraft- und Druckverhältnisse nötig, die bei einer Hüftgelenksfehlstellung nicht gegeben sind.

60 Prozent der Hüftluxationen treten bei Erstgebärenden auf, was sich durch die intrauterine Raumeinge erklären lässt. In 75% der Fälle ist die linke Seite betroffen, erklärbar durch die Tatsache, dass der Großteil der Kinder in der I. HHL liegt. Dies führt anatomiebedingt zu einem verstärkten Anspitzen der Beinchen und damit zu einer Gefahr der Deformierung des knorpeligen Pfannendachs. Die Beckenendlage führt zu einer Streckung der Kniegelenke, was ebenfalls die Luxations-tendenz erhöht.

### **Hüftdysplasie-Screening Verfahren:**

Nach der Geburt zeigt sich die Hüftgelenksentwicklung parallel zum allgemeinen Wachstum des Kindes. In den ersten 12 Wochen zeigt sich eine schnelle Entwicklung der Hüfte. Anschließend flacht die Wachstumskurve in den nächsten 2 Jahren deutlich ab und damit auch die Möglichkeit einer wachstumslenkenden, konservativen Maßnahme. In der Pubertät kommt es zu einem erneuten Anstieg des Wachstums und damit auch zu möglichen Befundverschlechterungen.

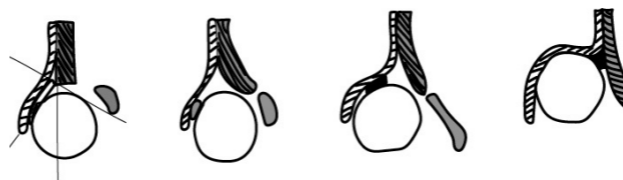
In Deutschland gibt es seit 1996 ein Screeningverfahren der Neugeborenenhüfte mit sonographischer Untersuchung zum Ausschluss von dysplastischen Hüftgelenken. Diese Untersuchung erfolgt regulär zur U3. Zur U2 erfolgt jedoch schon die Abfrage von Risikofaktoren (Beckenend- bzw. Querlage, positive Familienanamnese, Frühgeburtlichkeit, Fußfehlstellungen sowie Mehrlingsschwangerschaften). Beim Auftreten von Risikofaktoren sollte bereits zur U2 eine hüftsonographische Untersuchung erfolgen, um möglichst frühzeitig mit der Behandlung zu beginnen.

Die Untersuchung der Säuglinge teilt sich in einen klinischen und einen sonographischen Abschnitt.

Bei einem unreifen Hüftgelenk ist je nach Alter eine Kontrolluntersuchung oder die Anlage einer Spreizschiene erforderlich. In der klinischen Untersuchung kann sich bei dezentrierten Hüften ein Schnappen der Hüften zeigen.

Dies entsteht durch die Tatsache, dass der Hüftkopf aus der Hüftpfanne herausgleitet und dann bei Ab spreizung der Beinchen über den Pfannenrand wieder in die Pfanne schnappt. In der sonographischen Untersuchung wird die Stellung des Hüftkopfes zur Pfanne beurteilt und über zwei Winkel ausgemessen. Hierbei lässt sich die Hüfte in reife, unreife, dysplastische und dezentrierte Hüften unterteilen.

In der durch Professor Graf entwickelten Ultraschalluntersuchung werden zwei definierte Winkel bestimmt (Pfannendachwinkel  $\alpha$  und Knorpeldachwinkel  $\beta$ ), die eine Klassifikation der Dysplasie ermöglichen und eine Therapieform empfehlen.



Sonographische Klassifikation der Säuglingshüfte  
a: Typ I b: Typ II c: Typ III d: Typ IV

Die Therapieempfehlung ist im deutschsprachigen Raum sehr einheitlich und erfolgt in unserer Klinik gemäß den Leitlinien und des Konsenses der Vereinigung der Kinderorthopäden.

### **Behandlung:**

Bei einem unreifen Hüftgelenk ist je nach Alter eine Kontrolluntersuchung, die Anlage einer Hüftbeuge schiene oder ein Gips erforderlich.

### **Tübinger-Schiene:**

Die sogenannte „Tübinger-Schiene“ wird in einer Hock-Spreizstellung angelegt. Dadurch wird der Hüftkopf tief unter die Hüftpfanne gestellt, was durch bestimmte Kraft- und Druckverhältnisse zu einer Nachreifung des Pfannendaches führt.

Die Anlage und Einstellung der Tübinger Schiene erfolgt bei uns. In der Regel hält die Einstellung bis zur nächsten geplanten Kontrolluntersuchung. Die Kinder gewöhnen sich innerhalb von 1-2 Tagen an die Schiene.

Die Hüftbeugeschiene sollte Tag und Nacht getragen werden – also 23 Stunden (außer z.B. beim Wickeln und Baden). Mit den Auto-Kindersitzen gibt es normalerweise kein Problem. Wenn Sie die Orthese aus falschem Mitgefühl hin und wieder selbstständig lockern oder ablegen, setzen Sie Ihr Kind unter Stress, weil Sie den Gewöhnungsprozess immer wieder unterbrechen.

Damit verlängern Sie die Behandlungsdauer unnötig und riskieren außerdem ernstzunehmende Schädigungen.



Gerne dürfen Sie sich bei Schwierigkeiten im Handling telefonisch bei uns melden.

#### **Fettweisgips:**

Bei dezentrierten Hüftgelenken oder auch luxierten Hüftgelenken ist die Anlage eines Fettweisgipses empfohlen.

Der Fettweisgips ist ebenfalls in besagter Hock-Spreizstellung angelegt. Der große Vorteil des Gipses, im Vergleich zur abnehmbaren Tübinger-Schiene, ist der dauerhafte Verbleib des Hüftkopfes in der idealen Stellung. Somit kann die Nachreifung noch intensiver erfolgen.



Damit ein bestmögliches Ergebnis erzielt werden kann, muss ihr Kind bei der Anlage des gut gepolsterten Gipses ruhig liegen, was in diesem Alter einer Sedierung bedarf. Unsere Kindernarkoseärzte lassen ihr Kind durch Medikamente, die über einen venösen Zugang zugeführt werden, schlafen, die Atmung erfolgt weiter spontan.

Sollte eine Fettweisgipsanlage notwendig sein, erfolgt gesondert eine Vorstellung in der Anästhesie, damit Sie all Ihre Fragen zur Sedierung stellen können und die Narkoseärzte sie ausreichend informieren können.

Die Anlage des Gipses erfolgt im Rahmen eines kurzstationären Aufenthaltes (1 Nacht). Somit haben Sie genügend Zeit, sich mit der Pflege (Wickeln...) Ihres Kindes im Gips vertraut zu machen mit Unterstützung von uns und den Pflegekräften auf Station.

Besteht die dezentrierte Lage des Hüftkopfes ausserhalb der Pfanne schon lange, kann es sein, dass sich bereits vor Geburt im Pfannengrund anderes Gewebe gebildet hat. Dies kann zusammen mit einer

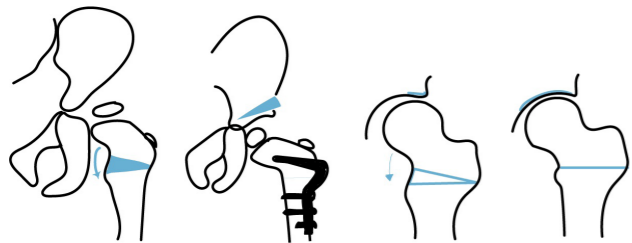
Verkürzung der Weichteile rund um den Hüftkopf dazu führen, dass eine Rezentrierung des Hüftkopfes bei der ersten Gips-Anlage nicht möglich ist. Dies ist nur sehr selten der Fall.

Sollte der Versuch erfolglos bleiben, wird die Anlage einer Overheadextension erwogen. Dies bedeutet eine längere Zeit im Krankenhaus für Mutter und Kind, um das Kind 24 Stunden pro Tag in die Extension zu legen. Ziel der Behandlung ist eine Dehnung der Weichteile, um eine Rückstellung des Hüftkopfes in die Pfanne zu ermöglichen. Sollte dies nicht gelingen, sind die konservativen/nicht operativen Möglichkeiten ausgeschöpft und eine operative Einstellung des Hüftkopfes mit Ausräumung des Pfannengrunds muss erwogen werden.

#### **Nachbehandlung:**

Nach einer erfolgreichen konservativen Behandlung sind regelmäßige Kontrolluntersuchungen (nach dem 1. Lebensjahr, dem 5., 12. und 16. Lebensjahr) erforderlich.

Bei nicht erkannter Hüftdysplasie oder nicht ausreichend nachgereifter Hüftgelenksfehlstellung ist manchmal auch eine operative Behandlung zur Verbesserung der Gelenkstellung notwendig.



Bildunterschrift:  
intertrochantäre Varisierungsosteotomie und Pfannendachplastik, um die Hüftkopfüberdachung zu verbessern und die Arthroseentwicklung zu verzögern. Der intertrochantär entnommene Knochenkeil kann gleichzeitig als Transplantat für die Pfannendachplastik genommen werden.

**Platz für Ihre Notizen:**

---

---

---

---

---

---

---

---



Mit den öffentlichen  
Verkehrsmitteln:  
Tram: Linie 6 Haltestelle „Hallerstraße“  
Linie 4 Haltestelle „Hallerort“  
Bus: Linie 36 Haltestelle „Hallerort“

## Impressum

**Klinik Hallerwiese-Cnopfsche Kinderklinik**  
St. Johannis-Mühlgasse 19  
90419 Nürnberg

© Diakoneo  
Referat Unternehmenskommunikation | 2022

[www.klinik-hallerwiese.de](http://www.klinik-hallerwiese.de)