

4 ORTHOPÄDEN 2 CHIRURGEN

SCHENKELHALSBRUCH (SCHENKELHALSFRAKTUR)

Fraktur ist der Fachbegriff für Knochenbruch. Der Oberschenkelknochen sieht von vorne aus wie ein etwas abgewinkelter Krückstock. Am oberen Ende befindet sich der kugelförmige Hüftkopf, der in der Hüftgelenkpfanne steht. Der etwa 10 cm lange, vom Kopf aus schräg nach außen unten verlaufende Knochenanteil wird als Schenkelhals bezeichnet. Hüftkopffrakturen sind eine absolute Seltenheit, da die Kugelform außerordentlich stabil ist. Der Schenkelhals dagegen ist die Schwachstelle der Region. Brüche entstehen bei jüngeren Menschen durch Unfälle mit großer Gewalteinwirkung (Verkehrsunfälle, Sturz aus großer Höhe). Die im zunehmenden Alter auftretende Knochenentkalkung (Osteoporose) bewirkt gerade am Schenkelhals eine erhebliche Schwächung der Knochenstruktur. Daher kann beim alten Menschen schon ein einfacher Sturz aus dem Stand ausreichen, um eine Schenkelhalsfraktur zu verursachen.

Wie macht sich eine Schenkelhalsfraktur bemerkbar?

Bedingt durch eine Verschiebung der Bruchstücke und durch die entstehenden Schmerzen ist das betroffene Bein oft verkürzt und liegt nach außen verdreht. Klärung bringen normale Röntgenaufnahmen. Zusatzdiagnostik (Computertomographie) ist bei komplizierten Frakturen oder bei Verdacht auf nicht erkennbare Haarrisse manchmal erforderlich.

Welche Untersuchungen sollten durchgeführt werden?

Allein durch die körperliche Untersuchung kann sich der Arzt meist nicht festlegen. Eindeutige Klärung bringt meist das Röntgenbild, manchmal braucht man auch zusätzliche Tomographien.

Welche Behandlungsformen gibt es?

Die Behandlung richtet sich nach dem genauen Frakturtyp. Einfacher behandeln lassen sich sehr nah am Hüftkopf gelegene Brüche (mediale Schenkelhalsfraktur) mit eher horizontalem Frakturverlauf, die gleichzeitig stabil eingestaucht sind. Hier wird entweder ohne Operation mit vorübergehender Entlastung an Gehstützen behandelt, oder man operiert, indem man durch einen recht kleinen operativen Zugang Schrauben einbringt. Diese Schrauben sollen die Bruchstücke noch besser aneinanderziehen und so verhindern, dass es im Verlauf zu einem Abrutschen des Bruches kommt. Unverschobene Frakturen an gleicher Stelle, aber mit steilerem, eher senkrechtem Verlauf, werden eher operiert, da sie instabiler sind, keine Belastung mit Körpergewicht vertragen und seltener problemlos ausheilen.

Mediale Schenkelhalsfrakturen, die stark verschoben sind, haben grundsätzlich eine ungünstigere Prognose. Wegen der Verschiebung des Bruches sind auch die umgebenden Kapselstrukturen verletzt, es besteht bei diesen Brüchen gar keine mechanische Abstützung mehr. Die Heilungschancen sind nicht ideal, der Weg zur Heilung ist langwierig. Möglich ist auch bei diesen Brüchen die Verschraubung wie oben beschrieben. Zwingend erforderlich ist danach mehrwöchige Entlastung des Beines an Unterarmstützen. Ein solches Vorgehen empfiehlt sich bei eher jüngeren

Patienten, wenn man sich alle Chancen auf einen Erhalt des natürlichen Gelenkes sichern will.

Ältere Menschen sind oft nicht kräftig genug, um die notwendige Entlastung an Unterarmgehstützen zu leisten. Die Konsequenz wäre dann längerfristige Bettruhe mit allen damit verbundenen Gefahren (Thrombose, Wundliegen, Lungenentzündung etc.). Und trotz Operation könnte es passieren, dass entweder gar keine knöcherne Heilung eintritt, oder dass der Hüftkopf im Verlauf wegen schlechter Durchblutung abstirbt und dann doch noch ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt werden müsste. Deswegen wird bei dieser Frakturform beim alten Menschen meist sofort ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt. Diese Operation ermöglicht eine frühzeitige Rückkehr zum Aufstehen, Belasten, und vermeidet Folgeschäden der Bettruhe.

Nachteilig bei künstlichen Gelenken ist die begrenzte Haltbarkeit. Nach 15-20 Jahren ist damit zu rechnen, dass die eingesetzten Implantate entweder an der Oberfläche abgenutzt oder aus der knöchernen Verankerung gelockert sind. Ein Endoprothesenwechsel ist dann erforderlich. Beim 80-jährigen Patienten, der durch eine Fraktur akut gefährdet ist, spielt dieser Gedanke keine große Rolle. Der 40-jährige, dem eventuell mehrere Wechseloperationen bevorstehen und der auch wenig Probleme damit hat, wochenlang an Unterarmstützen zu gehen, ist in einer anderen Situation. Bei solch jungen Patienten versucht man den Erhalt des natürlichen Hüftgelenkes deswegen auch bei ungünstigen, verschobenen Brüchen. Die knöchern kräftig ausgebildete Region zwischen schräg verlaufendem Schenkelhals und senkrecht verlaufendem Schaft nennt man Trochanterregion.

Die Verwendung dieses Merkblattes ist nur für private Zwecke gestattet!

© Praxis 4Orthopäden 2Chirurgen Elmshorn, Dres. Herzog, Schwarke, Frank, Grobe, Hilgert, Linnert

www.4orthopaeden2chirurgen.de

Frakturen in diesem Bereich lassen sich durch andere Metallimplantate versorgen, die das natürliche Hüftgelenk erhalten und gleichzeitig eine frühzeitige Vollbelastung ermöglichen. Die Belastung des Körpers durch die Operation ist geringer als beim künstlichen Gelenkersatz, die Nachbehandlung wegen der erlaubten Vollbelastung einfacher.

Wie sind die Erfolgsaussichten der Behandlung?

Durch die Operation läßt sich in den meisten Fällen ein gutes funktionelles Ergebnis erreichen. Das größte Problem besteht oft nicht in dem komplizierten Bruch oder der gefährlichen Operation, sondern darin, dass Patienten mit Schenkelhalsfraktur oft in ohnehin geschwächtem Allgemeinzustand sind, sodass sowohl bei nichtoperativer als auch bei operativer Behandlung diverse Komplikationen drohen.

Ihre Ärzte der
orthopädisch-rheumatologischen und
chirurgisch-unfallchirurgischen Gemeinschaftspraxis Elmshorn

Dres. Herzog, Schwarke, Frank
Schulstraße 50
25335 Elmshorn
Tel. 04121 – 22 0 11

Dres. Grobe, Hilgert, Linnert
Hermann-Ehlers-Weg 4
25337 Elmshorn
Tel. 04121 – 26 23 790

www.4orthopaeden2chirurgen.de