

Fachgebiet: Orthopädie
Diagnose: Trochanterfraktur bei Hüft-TEP-Implantation (ICD-10: M96.6)
Titel: Gelenkinstabilität und Trendelenburg-Hinken nach Hüft-TEP
Autor: Prof. Dr. med. Henning Stürz, ehem. Direktor der Klinik für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Klinikum Gießen
Verfahren: 155/09 - Stand der Veröffentlichung: 17.01.2012

Der Fall

Die 71-jährige Patientin litt an einer Koxarthrose mit schmerzhafter Gehbehinderung und einem Bewegungsausmaß von Beugung/Streckung 90/0/0, Ab-/Anspreizen 5/0/5 und Außen-/Innendrehen 10/0/10 Grad. Nach schriftlicher präoperativer Aufklärung mit Erwähnung der Oberschenkelschaftfraktur und des Trochanterabrisses als mögliche Komplikationen erfolgte ein zementfreier totaler Hüftgelenkersatz. Das Röntgenbild zeigte drei Tage nach der Operation einen regelrechten Sitz der Endoprothese und eine Fissurlinie im Trochanter major ohne Fragmentdislokation. Wundheilung und postoperative Mobilisierung verliefen störungsfrei unter Teilbelastung mit zwei Gehstützen. 18 Tage postoperativ zeigte die Röntgenkontrolle jetzt die Dislokation eines ca. 2 x 2 cm messenden Trochanterfragmentes um annähernd 2 cm nach cranial. Darüber wurde die Patientin informiert und es wurde die Fortführung der Mobilisierung empfohlen. 20 Tage postoperativ wurde die Patientin in die stationäre Rehabilitation entlassen. Dort ereigneten sich innerhalb von zwei Wochen 2 Prothesenluxationen beim Aufstehen aus tiefer Sitzhaltung, die Reposition erfolgte jeweils in Narkose. Die Patientin wurde in das Krankenhaus des Operateurs zurück verlegt. Dort wurde sie mit einer stabilisierenden Orthese versorgt und nach 4 Wochen Gehschulung und Krankengymnastik nach Hause entlassen.

Fünf Monate später trat während der Krankengymnastik erneut eine Verrenkung des Hüftgelenkes ein. Der Operateur musste nun eine offene Reposition vornehmen. Gleichzeitig erfolgte ein Wechsel des Aufsteckkopfes, die Reposition und Refixation des ausgerissenen Trochanterfragmentes mit einer Zuggurtungsosteosynthese und eine stabilisierende Faszienversteifung. Für drei weitere Monate wurde die Patientin noch mit der Antiluxationsorthese versorgt, dann bestanden stabile Verhältnisse.

Ein Jahr später betrug die Beweglichkeit Beugung/Streckung 120/0/0, Ab-/Anspreizung 20/0/10 und Außen-/Innendrehung 25/0/15 Grad. Dabei bestanden noch Schmerzen am Trochanter major und ein positives Trendelenburg-Zeichen als Ausdruck einer muskulären Insuffizienz. 2 Jahre und 6 Monate nach der Rezidivoperation wurde wegen fortbestehender gleichartiger Beschwerden ein MRT der Hüftregion durchgeführt. Es zeigte eine Atrophie der Glutealmuskulatur mit fettiger Degeneration. Im Anschluss erfolgte eine neurologische Untersuchung einschließlich Elektromyografie. Dabei wurde die Inaktivitätsatrophie der Glutealmuskulatur bestätigt, es fanden sich keine Zeichen eines neurogenen Umbaus. Der Patientin wurde mitgeteilt, dass eine Änderung des Zustandes zukünftig nicht zu erwarten sei.

Die Einwände der Patientin

Die Patientin ist der Meinung, dass fortbestehende Schmerzen und Glutealinsuffizienz mehr als zwei Jahre nach der Operation durch eine fehlerhafte Operation verursacht worden sind und dass die drei Luxationen und der Trochanterausriss ebenfalls in Fehlern des Arztes bei der Operation begründet sind.

Der Vorsitzende des Schlichtungsausschusses hat den Autor dieses Fallbeispiels mit der medizinischen Überprüfung beauftragt, ob ein vorwerfbares ärztliches Fehlverhalten vorliegt.

Die Begutachtung

Trochanterfrakturen zählen zu den typischen Komplikationen der Implantation von Endoprothesen am Hüftgelenk und das Risiko steigt mit einer zunehmenden Altersatrophie des Knochens und mit vorbestehenden muskulären Kontrakturen. Deshalb ist der Patient über dieses Risiko aufzuklären. Das ist in diesem Falle auch geschehen und im Aufklärungsprotokoll dokumentiert. Ein Aufklärungsfehler liegt daher nicht vor.

Das Frakturereignis ist nicht per se Ausdruck eines Operationsfehlers, sofern der Operateur es nicht durch unvorsichtigen Umgang mit Meißel oder Säge verursacht hat. Dafür ergibt sich im konkreten Fall kein Anhalt. Unmittelbar postoperativ zeigte das Röntgenbild eine Frakturlinie im Trochantermassiv, aber keine Fragmentdislokation. Diese wurde erst zwei Wochen später in einer weiteren Röntgenkontrolle sichtbar und vom Arzt auch beschrieben und der Patientin mitgeteilt. Der Vorwurf eines Diagnosefehlers ist also nicht gerechtfertigt.

Da die postoperative Mobilisierung bisher störungsfrei und ohne Zeichen einer muskulären Insuffizienz oder einer Gelenkinstabilität verlaufen war, entschied sich der Arzt für eine Fortführung der Nachbehandlung und nicht für eine sofortige Revisionsoperation zur Refixierung des abgerissenen Trochanterfragmentes. Dies entspricht dem gültigen Behandlungsstandard dieser Komplikation, die zwar eine relative Operationsindikation darstellt, aber bei fehlenden Zeichen einer funktionellen Insuffizienz keine sofortige Operation verlangt. Im Verlaufe weiterer zwei Wochen ereigneten sich dann beim Aufrichten aus tiefem Sitz zwei Prothesenluxationen als Hinweis für eine mangelhafte muskuläre Stabilisierung des in ordnungsgemäßer räumlicher Stellung implantierten Kunstgelenkes. Die Behandlung wurde mit der Verordnung einer gelenkstabilisierenden Orthese konservativ fortgesetzt, um zunächst die Bildung einer Neokapsel um das Gelenk zu begünstigen. Nach zunächst erfolgreicher Behandlung trat 6 Monate später wieder eine Luxation ein. Da nun von einer bleibenden Instabilität auszugehen war, entschloss sich der Arzt zur Revisionsoperation mit Refixation der knöchern ausge-rissenen Glutealmuskulatur über eine Zuggurtungsosteosynthese und mit einer stabilisierenden Faszien-doppelung. Seit dieser Operation ist bis zur Antragstellung im weiteren Verlauf von 2 Jahren und 6 Monaten keine erneute Luxation aufgetreten und der Bewegungsumfang des Hüftgelenkes hat sich gegenüber dem Vorzustand messbar verbessert. Allerdings sind Belastungsschmerzen am Trochanter und eine Insuffizienz der Glutealmuskulatur verblieben mit dem Korrelat einer fettigen Muskeldegeneration im Kernspintomogramm.

Die gesamte, zunächst konservative und dann operative Behandlung entspricht dem therapeutischen Standard für derartige Komplikationen. Dem Arzt ist dabei weder ein Indikations- noch Therapiefehler vorzuwerfen.

Die dennoch verbliebenen Schmerzen und das funktionelle Defizit der Glutealmuskulatur sind als hinzunehmende Folge der Operationskomplikation zu werten. Sie sind kein Ausdruck einer fehlerhaften Behandlung.

Die zusammenfassende Wertung des Gutachters

Im Rahmen einer Endoprothesenimplantation an der Hüfte kam es zu einem knöchernen Ausriss der Glutealmuskulatur mit der Folge mehrerer Gelenkluxationen. Nach Refixation der Muskulatur ist das Gelenk stabil, es verblieb aber ein Belastungsschmerz am Trochanter und eine Insuffizienz der Glutealmuskulatur mit Trendelenburg-Hinken. Die präoperative Aufklärung war korrekt, die intraoperative Komplikation war unvermeidbar und nicht durch einen Fehler des Operateurs verschuldet. Sie wurde unverzüglich erkannt und nach medizinischem

Standard behandelt. Die verbliebenen Schmerzen und die Schwäche der Glutealmuskulatur sind als unvermeidliche Komplikationsfolge hinzunehmen. Ein ärztlicher Fehler liegt nicht vor.

Die Entscheidung des Schlichtungsausschusses

Die Beteiligten haben der medizinischen Begutachtung durch den Sachverständigen nicht widersprochen. Ohne weitere Überprüfung durch die Mitglieder des Schlichtungsausschusses wurde das Verfahren mit Einverständnis der Beteiligten beendet.