

Fall 3

Anamnese:

67-jähriger bekannter Patient. Terminsprechstunde.

Seit einigen Monaten zunehmende Schmerzen im rechten Hüftgelenk. 12 Jahre zuvor ist in der MRT eine beginnende Hüftgelenkarthrose festgestellt worden. Der Patient berichtet, dass er sehr aktiv ist und regelmäßig Sport treibt. Nach dem Sport kommt es zum deutlichen Schmerz, der dann langsam abnimmt. An einigen Tagen ist aber auch unter moderater Belastung der Hüftgelenkschmerz deutlich verstärkt.

An Vorerkrankungen bestehen eine arterielle Hypertonie, Hypercholesterinämie, Diabetes mellitus und eine COPD.

Untersuchung:

Normalgewichtiger Patient.

Hüfte rechts:

Flexion passiv 90°.

Innenrotation (IR) passiv: **aufgehoben (0°)**.

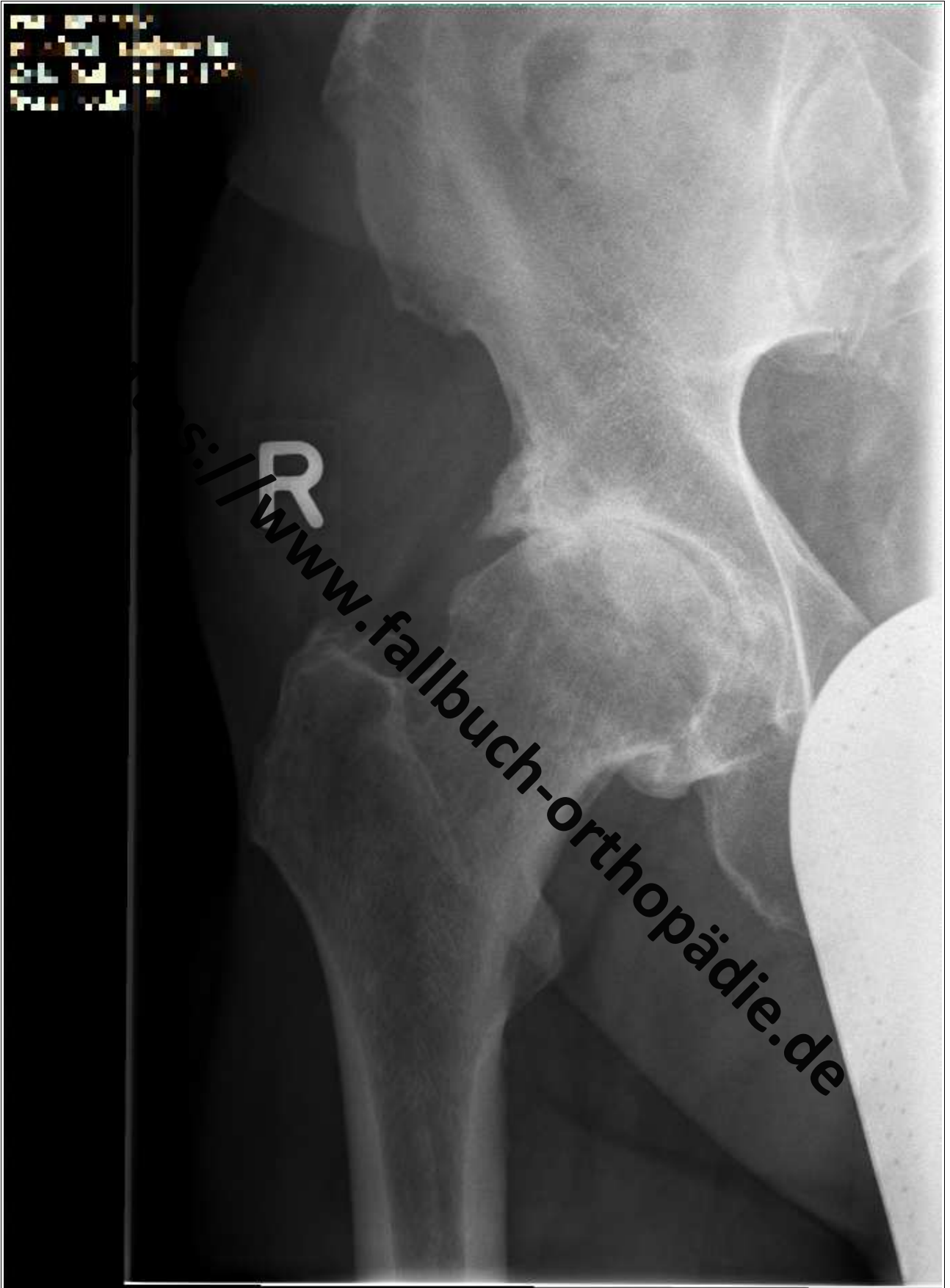
Außenrotation (AR) passiv: 15°.

Gebeugte Adduktion: nicht möglich. **Ortmann-Zeichen: hochpositiv.**

Linke Hüfte:

IR passiv 5°, AR passiv 30°.

Röntgen der Hüfte rechts in 2 Ebenen:





Röntgenbefund:

Coxarthrose rechts, Kellgren/Lawrence III-IV

Verschlüsselte Diagnose:

Coxarthrose rechts, sonstige Diagnosen wie in der Anamnese benannt

Prozedere:

Zunächst konservatives Prozedere: NSAR bei Bedarf, Physiotherapie (Krankengymnastik) testweise, wobei die aufgehobene Rotation die Therapie problematisch gestalten wird. Kurzfristige Wiedervorstellung.

Anmerkungen:

Der Fall ist in mehrererlei Hinsicht nicht ganz gewöhnlich: Ein hochgradiger Röntgenbefund in Verbindung mit praktisch aufgehobener Beweglichkeit, der aber erst jetzt vom Patienten bemerkt wird.

Dass eine beginnende Arthrose nach etwas über 10 Jahren in so einen hochgradigen Befund übergeht, ist ebenfalls nicht die Norm – insbesondere bei einem sportlich aktiveren Menschen.

Diese sportliche Aktivität hat indessen vermutlich den Progress der Komplikationen eines Diabetes mellitus sowie der COPD annähernd gestoppt und begründet auch das Normalgewicht.

Ungewöhnlich ist auch, dass der Patient mit einem so schwergradigen Befund und nahezu aufgehobener Beweglichkeit erst seit einigen Monaten zunehmende Beschwerden verspürt. Der Röntgenbefund besteht mit Sicherheit nicht erst so kurz.

Das zeigt abermals die Komplexität und die Verlaufsvariabilität einer Arthrose-Erkrankung.

Es ist davon auszugehen, dass physiotherapeutische Maßnahmen hier keinen relevanten Erfolg erzielen werden, sondern eher recht schmerzhaft sind.

Die funktionelle Einschränkung ist sehr stark, die Bewegungsfähigkeit ist aufgehoben. Damit stehen hier drei Betrachtungsebenen für den Patienten im Vordergrund:

- Schmerzen
- Bewegungseinschränkung
- Funktionsbedeutung für den Patienten

Vor dem Hintergrund des jungen Alters des sportlich aktiven Patienten muss die adäquate Therapie alle drei Säulen erfassen. Das Röntgenbild zeigt, dass hier bereits Hüftkopf und Gelenkpfanne miteinander quasi verbacken sind.

Dem Grunde nach besteht OP-Indikation.

Differentialdiagnostik:

Das Röntgenbild und der Untersuchungsbefund sind miteinander vereinbar.

Differentialtherapie:

Neben der Physiotherapie kommen Röntgenschmerzbestrahlung und Akupunktur zur Schmerzkontrolle in Frage.

An der praktisch aufgehobenen Beweglichkeit ändert das jedoch nichts.

Denkbar wäre eine langfristige Krankengymnastik, bei der versucht wird den Bewegungsradius Stück für Stück zu erhöhen.

Der Erfolg ist ungewiss – er wäre aber notwendig, um auf der Ebene der Bewegungseinschränkung eine Verbesserung zu erzielen.

Mit 6 oder auch 12 einfachen physiotherapeutischen Terminen ist dies in aller Regel nicht zu erzielen.

Oft funktioniert es gar nicht, sondern bereitet den Patienten eher nur Schmerzen, da das quasi verbackene Hüftgelenk sich überhaupt nicht mehr bewegen lässt.

Funktionsbetrachtung:

Antrag auf Anerkennung einer Schwerbehinderung:

Zum Zeitpunkt der Vorstellung und ohne OP liegt eine Funktionseinschränkung vor, welche mit hoher Wahrscheinlichkeit einen relevant hohen Schwerbehinderungsgrad begründet.

Wird der Patient jedoch operiert und die Funktionseinschränkung ist beseitigt, wird im Zuge einer Neufeststellung die Zuerkennung vermutlich wieder aufgehoben.

Daher sollte der Patient nicht motiviert werden, einen solchen Antrag zu stellen, sofern er OP-willig ist.

Nur wenn das OP-Ergebnis keine Besserung bringt, ist die Zuerkennung langfristig für den Patienten sinnstiftend.

Reha/Rente:

Zum Zeitpunkt der Vorstellung liegen noch keine Therapieversuche vor. Eine Reha würde allein aus diesem Grund mit großer Sicherheit abgelehnt werden.

Da der Patient mit 67 bereits das Renteneintrittsalter erreicht hat, entfällt eine Erwerbsminderungsrente.

Verlauf:

Wie dem Grunde nach zu erwarten ist, erzeugt die Physiotherapie lediglich stärksten Schmerz. Die Gelenkbeweglichkeit lässt sich in keiner Weise steigern. NSAR bringen nur bedingt Linderung.

Da einige Wochen später nunmehr nochmals verstärkt die Bewegungseinschränkung und weniger der Schmerz im Vordergrund steht und damit die Funktionseinschränkung noch mehr an Bedeutung gewinnt, wird die Indikation zur OP gestellt.

Am Tag nach der OP ist der Patient schmerzfrei, einige Monate später ist die Beweglichkeit im operierten Gelenk wieder im Normbereich eines Gesunden.

Der Patient ist beschwerdefrei, bewegungsfähig und ohne Bedarf an Analgesie.

Es wird eine regelmäßige klinische Kontrolle für die andere Seite vereinbart, da deren Beweglichkeit zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung auch nicht mehr im Normbereich liegt.

<https://www.fallbuch-orthopädie.de>