

Editorial

Kinderorthopädie – pädiatrischer Alltag mit möglicher Langzeit(neben-)wirkung

Carol C. Hasler, Basel



PatientInnen mit Problemen des Bewegungsapparates sind in der pädiatrischen Praxis häufig anzutreffen: Sie betreffen mehrheitlich Kinder mit Alltagsproblemen wie Einwärts-gang, O- oder X-Beinen, Knicksenkfüssen, Beinlängendifferenzen, sowie Jugendliche mit funktionellen Knie- und Rückenschmerzen im Rahmen des pubertären Wachstumsschubes. Meist genügt eine kurze gezielte Anamnese und ein fokussierter orthopädischer Status, um die mehrheitlich noch altersgerecht physiologischen Befunde oder schnell selbstlimitierende Zustände zu erheben und die Eltern zu beruhigen. Die häufigen Banalitäten und die seltenen schwerwiegenden, oft komplexen Pathologien können allerdings im hektischen Alltag prima vista nur sehr schwer voneinander zu unterscheiden sein. Es erstaunt daher nicht, dass solche *Wölfe im Schafspelz* zum Beispiel verpasste Epiphysiolysen am proximalen Femur oder schon erheblich progrediente, operationswürdige Skoliosen an kinderorthopädischen Zentren regelmässig gesehen werden. Dies sollte aber eigentlich mit einfachen Mitteln in der Praxis vermeidbar sein! Wir haben uns daher in unseren orthopädischen Gastbeiträgen sechs Pathologien des wachsenden Bewegungsap-

parates gewidmet, welche in der Praxis entweder häufig (Beinlängendifferenzen, Knicksenkfüsse, Knieschmerzen) sind oder eher selten, aber von grosser Bedeutung für das spätere Erwachsenenalter (Skoliose, Morbus Perthes, Epiphysiolysis capitis femoris, Spitzfüsse): Bedenken Sie zum Beispiel, dass ein verpasstes Abrutschen der Femurkopfepiphyse eine erhebliche Präarthrose darstellt. In schwerwiegenden Fällen, v. a. wenn noch Komplikationen wie eine Femurkopfnekrose dazukommen, entsteht dabei schon im jungen Erwachsenenalter eine invalidisierende Arthrose. Die Implantation einer Hüft-Totalprothese zwischen 30 und 40 Jahren würde angesichts einer durchschnittlichen Prothesenlaufzeit von circa 15 Jahren – dies gilt für die 1. Prothese, danach bei jedem Wechsel abnehmend! – und einer Lebenserwartung von über 80 Jahren in der Schweiz noch 2–3 Wechseloperationen bedeuten, dies mit allen medizinischen, psychosozialen und ökonomischen Implikationen.

Die PraxispädiaterInnen können entsprechend mit richtiger Weichenstellung präventiv Entscheidendes mit Langzeitwirkung leisten – die Lektüre lohnt sich also! Das Wichtigste nun aber als *Amuse bouche* kondensiert vorab:

- Zu weiche, superflex, -free und -modische Turnschuhe begünstigen durch pronieren des Wegknicken des Rückfusses die Entstehung funktioneller vorderer Knieschmerzen.
- Das Entdecken einer Skoliose dauert 15 Sekunden: Bei ausgeglichenen Beinlängen (Brettchenunterlage) Vornüberbeugen (Adams forward bending test) lassen und Skoliometermessung: Patienten mit Rippenbuckel oder Lendenwulst $> 5^\circ$ sollen dem Kinderorthopäden zugewiesen werden.
- Dasselbe gilt für Beinlängendifferenzen > 1.5 cm: Im Wachstum können sie bei Körpergrösse > 50 -er Perzentile allenfalls elegant operativ einfach und minimalinvasiv

mit einer zeitlich optimal gesetzten Epiphysiodese (gezielter Wachstumsfugenschluss durch Ausbohren) korrigiert werden. Nach Wachstumsende sind dann oft nur noch aufwendige, knochenverlängernde Verfahren möglich.

- Bei belastungsabhängigen Oberschenkel- oder Inguinalschmerzen (sei es auch nur anamnestisch: Gezielt nachfragen!), Gehen mit aussenrotiertem Bein resp. verminderter Hüftinnenrotation, v. a. beim übergewichtigen und/oder sportlichen Patienten (typischerweise «stop&go» Sportart wie Fussball, Tennis, -Basketball): Obligat Röntgen, DD Epiphysiolysis capitis femoris!
- Bei Knicksenkfüssen mit ausgeprägtem Rückfussvalgus, Schmerzen und blockiertem unterem Sprunggelenk liegt oft eine Coalitio d. h. partielle talocalcaneare oder calcaneonavicularare Verknöcherung zugrunde.
- Beim Spitzfuss muss die OSG-Dorsalextension in Kniebeugung (M. soleus) und -streckung (Mm. gastrocnemii) getestet werden, um funktionelle von strukturellen Situationen unterscheiden zu können

Und zum Schluss noch dies: Alle LeserInnen, welche nun nach einem praktischen Refresher in Kinderorthopädie dürsten, seien herzlich eingeladen, sich bei den Autoren für ein Praktikum in den jeweiligen orthopädischen Spezialpolikliniken zu melden!

Korrespondenzadresse

Prof. Carol C. Hasler
Chefarzt Orthopädie
Universitätskinderhospital beider Basel (UKBB)
Postfach, Spitalstrasse 33
CH- 4056 Basel
carolclaudius.hasler@ukbb.ch