

## FMH Gutachten der schweizerischen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie

### **Rotationskorrektur am proximalen Femur mit intramedulärem Marknagel bei gleichzeitiger Verletzung des vorderen Kreuzbandes**

#### **Sachverhalt**

In der Vorgeschichte des Patienten wurden beidseitige derotierende intertrochantäre Osteotomien in der Adoleszenz durchgeführt. Eine vorbestehende deutliche Aussenrotationsfehlstellung des rechten Beines ist vorhanden. Der Patient zieht sich nun ein Knie-Distorsions-Trauma mit vorderer Kreuzbandruptur rechtsseitig zu. Aufgrund der deutlichen Aussenrotationsfehlstellung des rechten Beines wird von dem behandelnden Arzt ein folgender Behandlungsplan aufgestellt: *Primär*: Korrigierende Derotationsosteotomie. *Sekundär*: Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes. Eine subtrochantäre derotierende Femurosteotomie erfolgt mit statisch verriegeltem Marknagel (Grosse-Kempf) rechts. Bilanzierende KAS rechtsseitig ca. 8 Wochen später zur Evaluation des VKB. Hierbei zeigt sich eine spontane Witek-Heilung des VKB. Der Arzt entscheidet sich in dieser Situation keine VKB-Plastik durchzuführen. Dynamisierung des Marknagels im Verlauf bei verzögertem Knochendurchbau. Circa ein Jahr später bei persistierenden Beschwerden wegen delayed union der Osteotomie und einer Rotationsfehlstellung ist der Patient immer noch an Amerikanerstöcken mobilisiert. Eine Entfernung des Grosse-Kempf-Marknagels, eine Dekortikation im Osteotomiebereich sowie eine Derotation und Stabilisation mit langem Gamma-Nagel erfolgte. Eine zusätzliche antibiotische Behandlung (Dalacin) von Propionibakterien im Osteotomiebereich wurde durchgeführt. 4 Monate nach Nagelwechsel konnte der Patient die Stöcke weglassen und progredient mobilisiert werden. Es geht nun um die Frage eines Behandlungsfehlers.

#### **Vorwurf des Patienten**

Von Seiten des Patienten wird die Frage aufgeworfen, ob eine korrigierende Derotationsosteotomie als erster Schritt im Behandlungskonzept, vor einer VKB-Plastik, notwendig sei. Bemängelt wird ausserdem die initiale Wahl des verriegelten Grosse-Kempf-Marknagels, sodass im Verlauf auf ein vermeintlich stabileres Implantat (Gamma-Nagel) gewechselt werden musste. Zudem scheint das Therapiekonzept bzgl. der VKB-Ruptur zweifelhaft. Bei der Erstkorrektur mit dem Grosse-Kempf-Marknagel wirft der Patient dem behandelnden Arzt eine fehlerhafte Rotationseinstellung vor.

#### **Stellungnahme Arzt**

Der Arzt stellt klar, dass eine Kombination einer akuten VKB-Ruptur und der deutlich präexistenten Aussenrotationsfehlstellung eine hohe Komplexität des Falles darstellt. Wegen der deutlichen Fehlrotation wurde initial eine Derotationsosteotomie durchgeführt vor einer eventuellen VKB-Plastik. Aufgrund der verzögerten Heilung im Osteotomiebereich wurde im Verlauf eine Dynamisierung des Grosse-Kempf-Marknagels durchgeführt, was schliesslich zu einem Rotationskorrekturverlust geführt habe. Infolge dessen war der Revisionseingriff und die Fixation mit dem langen Gammanagel notwendig. Zwischenzeitlich wurde eine bilanzierende Kniearthroskopie durchgeführt, wobei das rupturierte vordere Kreuzband im Sinne einer Witek-Heilung funktionell zusammengewachsen war. Aus diesem Grund ist die Durchführung einer VKB-Plastik hinfällig.

#### **Beurteilung der Begutachter und Begründung**

Anamnese, Befunde und Diagnostik durch den behandelnden Arzt waren korrekt. Die richtige Indikation zur initialen rekonstruktiven derotierenden Operation am proximalen Femur ist ein legitimer Therapieansatz. Eine Achsen- respektive Rotationskorrektur sollte immer vor einer Kreuzbandrekonstruktion erfolgen. Der Verzicht auf eine Rekonstruktion des VKB ist ebenfalls korrekt (funktionelle Witek-Heilung). Allerdings wurde in der postoperativen Phase ein intraartikuläres Hüftimpingement als Folge der bereits vorbestehenden Derotationskorrektur in der Adoleszenz am proximalen Femur, sowie ein extraartikuläres Impingement als Folge der korrigierenden Derotation nicht erkannt. Dem behandelnden Arzt kann diesbezüglich aber kein Vorwurf gemacht werden, da diese Problematik erst in den letzten Jahren bekannt wurde und auch heute diesbezüglich keine Publikationen bestehen.

#### **Fazit**

Es liegt weder ein Diagnose- noch ein Behandlungsfehler vor. Der Gesundheitszustand des Patienten ist aber zur Zeit schlechter als der präoperative. Aktuell sind die Hüftprobleme im Vordergrund. Dies ist einerseits auf das extraartikuläre Impingement zurückzuführen als Folge der Derotation der Hüfte bei kurzem dickem Schenkelhals (durch Varisierung verstärkt), andererseits durch das extraartikuläre Impingement zw. Troch. Major und Becken, das durch die Derotationsosteotomie hervorgerufen wurde. Diese Problematik ist wenig bekannt und ist in der Fachliteratur nicht gewürdigt. Dem behandelnden Arzt kann daraus kein Vorwurf gemacht werden.