

# Schenkelhalsfraktur bei CUP-Syndrom

■ Honke G. Hermichen

## Vorgeschichte

76-jährige Dame, wegen sog. CUP-Syndrom stationäre Abklärung in der Medizinischen Klinik des Hauses. Rückenschmerzen, evtl. (!) auffälliger MRT-Befund im Bereich der IS-Fuge. Leicht reduzierter AZ, guter EZ; keine weiteren wesentlichen internistischen Erkrankungen, keine sonstigen Auffälligkeiten. Im Rahmen des stationären Aufenthaltes Sturz auf glattem Flurboden: dislozierte Schenkelhalsfraktur, Garden III (**Abb. 1**).

## Verlauf

Am Unfalltag Implantation einer zementierten Duokopfprothese wegen des Verdachts auf eine pathologische Fraktur (CUP-Syndrom). Unauffällige Histologie (osteoporotische Fraktur, keine Malignität).

Am 7. Tag septische Temperaturen bei bislang unauffälligem Verlauf. Typische lokale Entzündungszeichen, CRP 28, Leukozytose, 39,3 Grad. Notfällige Revision, positiver Keimnachweis (Staph. aureus). Keine Infektberuhigung trotz insgesamt 5 radikaler Revisionen mit Jet Lavage, Septopalketten, systemischer Antibiose nach Resistenztestung. Daher kompletter Ausbau der Prothese und Anlage einer Girdlestone-Situation. Intraoperativ kurzer Kreislaufstillstand; daher nur partielle Zemententfernung möglich.

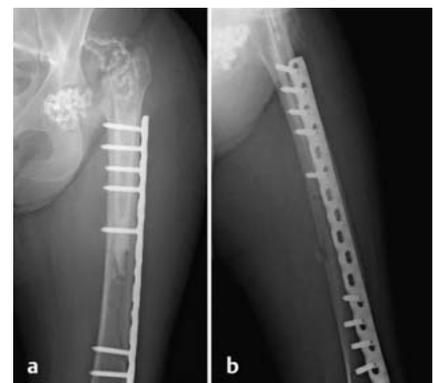
Rasche Infektberuhigung. Mobilisierung im Rollator. Entlassung nach 12 Wochen mit dem Ziel der Neuimplantation nach weiteren 3 Monaten. Geschlossene Weichteile.



**Abb. 1 a und b**  
a SH-Fraktur,  
b Duokopfprothese.



**Abb. 2**  
Femurfraktur  
an Knochen-  
Zement-  
Grenze.



**Abb. 3 a und b** Ausheilung a.-p. (a) und seitlich (b).

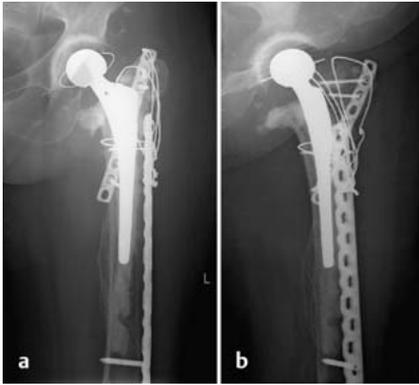
Erneuter Sturz nach 2 Monaten: Femurschaftfraktur (**Abb. 2**).

Überbrückungsosteosynthese mit LISS. Reibungsloser Verlauf, Mobilisierung über Teilbelastung. Unauffällige Klinik und Labor bzgl. der Infektsituation. Geschlossene Weichteile (**Abb. 3**).

Schlechte Hüftfunktion, Beinverkürzung 6 cm, Schmerzen bei bereits kurzer Belastung. Dringender Wunsch nach Prothesen-Neuimplantation.

Daraufhin 8 Monate nach der SH-Fraktur Neuimplantation einer zementierten Prothese mit Trochanterosteotomie unter Belassung der LISS-Platte. Schwierige Trochanterfixation. Komplikationsloser intra- und postoperativer Verlauf; Beinlängenausgleich bis auf 1 cm geglückt. Funktion gebessert; keine Schmerzen mehr. Rollator. Klinisch und laborchemisch bislang (jetzt 3 Monate postoperativ) kein Hinweis auf Infektexazerbation.

Das CUP-Syndrom trat im Übrigen nicht mehr in Erscheinung! Die Patientin ist jetzt nach 3 stationären Aufenthalten von insgesamt 18 (!) Wochen sehr zufrieden (**Abb. 4**).



**Abb. 4a** und **b** Neuimplantation der Prothese a.-p. (**a**) und axial (**b**).

### Diskussion

Die Patientin war nur zur stationären Abklärung im Krankenhaus. Dort – und nicht daheim – kam sie auf glattem Boden zu Fall. Unter der Verdachtsdiagnose „pathologische SH-Fraktur bei CUP-Syndrom“ wurde die Behandlung der Fraktur mit einer Prothese vorgenommen. Ansonsten hätte man den Kopferhalt mit einer stabilen Osteosynthese angestrebt. Leider verwirklichte

sich das Infektrisiko der Prothesenimplantation in kaum beherrschbarer Weise mit dem Ergebnis einer Girdlestone-Situation. Darauf pflanzte sich noch die Femurfraktur auf, welche nicht anders als mit einer riskanten Plattenosteosynthese zu stabilisieren war.

Unsere Technik der Prothesen-Neuimplantation kann man kontrovers diskutieren. Man hätte auch alle alten Zementanteile sowie die Platte im Sinne einer Infektprophylaxe entfernen können. Zusätzlich zum hohen Defektrisiko bei dem osteoporotischen Knochen wäre nur eine überlange Revisionsprothese infrage gekommen. Der jetzt eingeschlagene Weg schien uns v. a. bezüglich des Knochenverlustes der risikoärmere zu sein.

Wir sehen optimistisch nach vorne ...

Der Patientin geht es gut. Sie läuft an einem Unterarmgehstock. Klinisch besteht Infektfreiheit bei einem stabilen und belastbaren Bein. Das CUP-Syndrom hat sich „verflüchtigt“.

### Fazit

Auch bei einer scheinbar klaren Diagnose („pathologische Fraktur bei CUP-Syndrom“) bleibt im Nachhinein der Zweifel, ob die Prothesenimplantation gerechtfertigt war und damit auch die nachfolgenden schwerwiegenden Komplikationen in Kauf zu nehmen waren. Oder wäre es besser gewesen, zunächst den Kopferhalt zu versuchen und nur bei histologischem Malignitätsnachweis sekundär eine Prothese zu implantieren? An diesem Fall ist jedoch exemplarisch zu besichtigen, welche Folgen eine vermeintlich korrekt indizierte (?) einfache Operation nach sich ziehen kann.

**Dr. med. Honke G. Hermichen**  
Chefarzt

Chirurgische Klinik II (Klinik für  
Unfallchirurgie/Orthopädie)  
Städt. Kliniken Neuss –  
Lukas Krankenhaus GmbH  
Preußenstraße 84  
41456 Neuss

E-Mail: hghermichen@lukasneuss.de