

**Christoph Bauer**

Department Gesundheit, Institut für Physiotherapie,
Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften,
Winterthur/Schweiz

Koautor: Dr. med. M. Geßlein, Facharzt
für Chirurgie, Sportmedizin, Klinik für
Unfall- und orthopädische Chirurgie,
Klinikum Nürnberg Süd

Femoro-acetabuläres Impingement?

Stechende Schmerzen in der Leiste nach dem Sport

Ein 34-jähriger Büroangestellter leidet seit drei Jahren unter stechenden Schmerzen in der rechten Leiste. Nachdem die Beschwerden in den letzten sechs Monaten immer stärker wurden, vor allem nach sportlichen Aktivitäten, ist der Patient nun gezwungen, diese aufzugeben.

— In den letzten Jahren rückt das femoro-acetabuläre Impingement (FAI) als frühe Ursache einer späteren Coxarthrose immer mehr in den Vordergrund. Impingement bezeichnet den abnormalen Kontakt zwischen Femurhals oder -kopf und Acetabulum, der längerfristig zu Schäden des hyalinen Gelenkknorpels und der Gelenkklippe (Labrum) führt.

Man unterscheidet zwischen Nockenwellen-(CAM-) und Beißzangen-(Pincer-)Impingement. Dem häufigeren CAM-Impingement liegen ein asphärischer Femurkopf und/oder ein reduziertes Offset von Femurkopf und -hals zugrunde. Bei bestimmten Bewegungen (Flexion und Innenrotation) kommt es zu übermäßigem Druck auf das Acetabulum und den hyalinen Gelenkknorpel. Knorpelschäden, vor allem entlang des Pfannenrandes, Quetschungen sowie Abrisse des Labrums sind die Folge.

Beim Pincer-Impingement führen endphasige Bewegungen zum Anschlagen des Schenkelhalses am Acetabulum, was zu direkten Labrumschäden und erst sekundär zu Knorpelschäden führt.

Verursacht wird das Pincer-Impingement beispielsweise durch ein initial prominenteres Acetabulum (bsp. Coxa profunda). Kombinationen der beiden beschriebenen Varianten sind häufig.

Klinik

Initial stellt insbesondere die mechanische Belastung ein großes Problem

für den Patienten dar. Sie führt zu starken Schmerzen im Bereich der erkrankten Hüfte, vornehmlich zu Leistenschmerzen, die selten bis zum Trochanter major, gluteal oder bis zum Kniegelenk ausstrahlen.

Beschrieben werden sie als stechend oder einschießend, häufig ausgelöst durch Rotationsbewegungen. In der Regel vergehen die Schmerzen nach Schonung wieder vollständig, schränken jedoch die körperliche Leistungsfähigkeit ein. Je weiter die Erkrankung fortschreitet, desto mehr nimmt der Bewegungsumfang des Gelenkes ab und die Dauer der Schmerzen zu.

Tabelle 1

Häufige Ursachen von Hüftschmerzen

Bezeichnung	Symptome	Klinische Zeichen
Leistenzerrung	Plötzlicher Beginn des Schmerzes, häufig eindeutige Ursache	Leistenschmerz bei aktiver und passiver Hüftabduktion und Extension
Coxarthrose	Schleichender Beginn des Schmerzes, Schmerz nimmt zu, häufig stärker bei Belastung, manchmal nachts	Deutlicher im vorgeschrittenen Stadium: Eingeschränktes Bewegungsausmaß (vor allem Innenrotation), Antalgisches Gangbild, Beinlängenunterschied
Bursitis trochanterica	Lateraler Hüftschmerz, schlimmer bei Aktivität, Patient kann nicht auf betroffener Seite liegen	Schmerzhaft bei Palpation des Trochanter major, Schmerz bei Abduktion gegen Widerstand



Nehmen die Schmerzen bei der Innenrotation und Adduktion zu, deutet dies auf ein Impingement hin.

Differenzialdiagnostik

In Tabelle 1 werden häufige Ursachen für Hüftschmerzen beschrieben.

Diagnostik

Manuelle Untersuchung

Impingement-Test: Der Patient liegt auf dem Rücken. Hüfte und Knie des betroffenen Beins werden vom Untersucher 90° flektiert, dann das Bein vom Untersucher adduziert und innenrotiert. Eine Zunahme der Schmerzsymptomatik deutet auf ein Impingement hin.

Bildgebende Diagnostik

Das typische Pincer-Impingement sowie ein insuffizientes Offset beim CAM-Impingement lassen sich gut in einer a.p.-Aufnahme des Beckens darstellen. Um Verformungen des Femurkopfes zu erkennen, wird eine laterale oder Dunn-Aufnahme benötigt, da viele Verformungen anterior am Femurkopf zu finden sind. Präoperativ ist eine MR-Arthrografie sinnvoll, um das Ausmaß der Verletzung festzustellen.

Therapie

Konservative Therapie

Aufgrund der mechanischen Ursache des Impingements können Medikamente oder Physiotherapie präoperativ zwar schmerzlindernd wirken, den Krankheitsverlauf allerdings nur gering beeinflussen. Die konservative Behand-

lung umfasst hauptsächlich körperliche Schonung unter Vermeidung sportlicher Aktivitäten.

Physiotherapie ist postoperativ zur Beseitigung von Schwellungen und Hämatomen empfehlenswert. Kräftigung der Muskulatur und Normalisierung des Gangbildes stehen ebenfalls im Vordergrund der Therapie.

Operative Therapie

In den letzten Jahren haben sich neben offenen Operationsverfahren zur Beseitigung des Impingements zunehmend arthroskopische OP-Techniken etabliert. Entsprechend der zugrundeliegenden Pathologie wird die Form des Femurkopfes bzw. des Acetabulums korrigiert. Osteophyten werden abgetragen und evtl. vorhandene freie Gelenkkörper entfernt. Labrumrisse sollten ebenfalls refixiert werden.

Für die Verfasser:

Christoph Bauer, Departement Gesundheit, Institut für Physiotherapie, Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften, Technikumstrasse 71, CH-8400 Winterthur/Schweiz, E-Mail: christoph.bauer@zhaw.ch

Keywords

Coxalgia

Sports Medicine – Arthralgia – Osteoarthritis – Hip – Femoroacetabular Impingement



Sie lesen Qualität

Damit das auch so bleibt, befragen wir Sie in

Kooperation mit  tns infratest

in den nächsten Wochen.

Ihr Urteil ist uns wichtig.

Bitte nehmen Sie teil!

