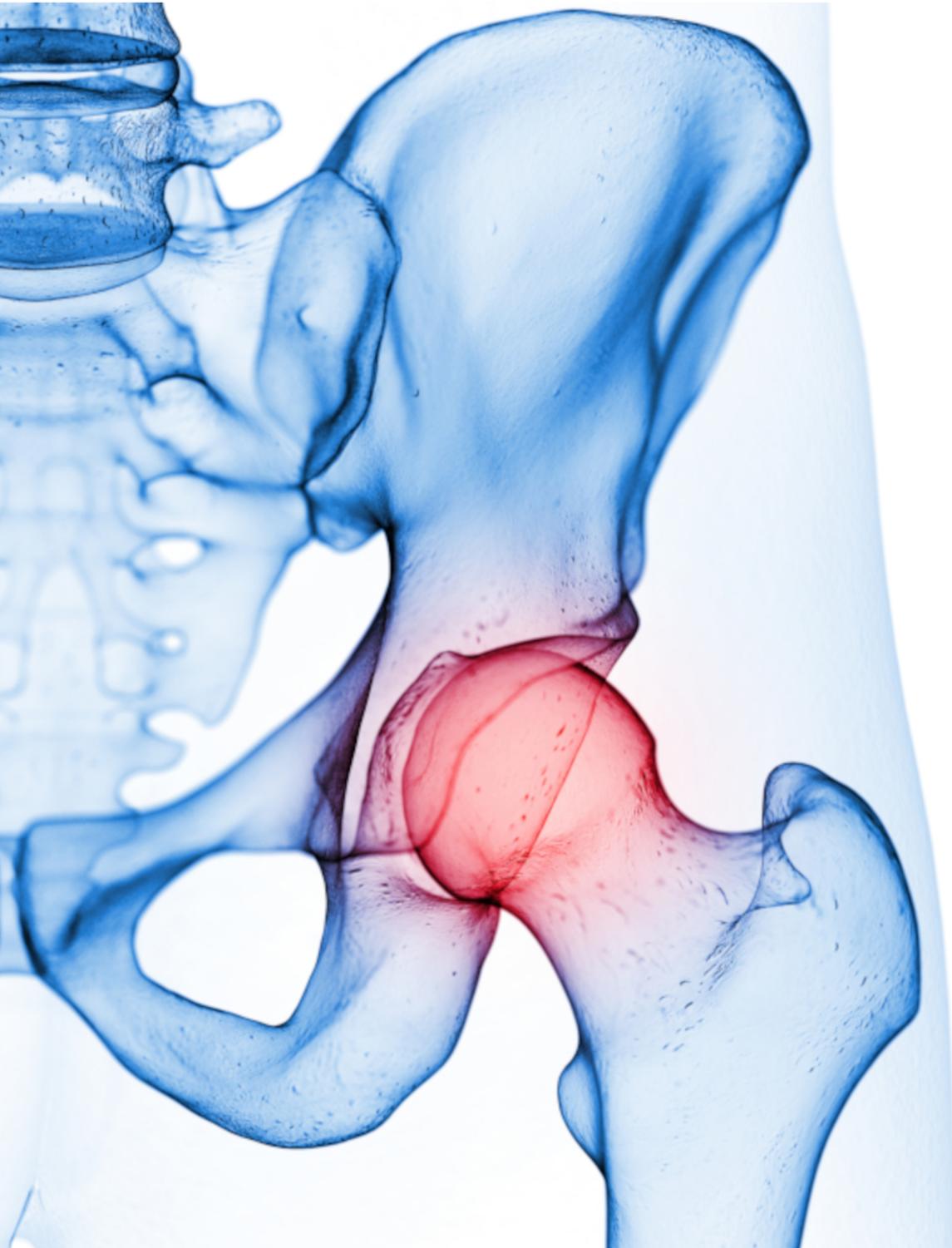


Der Hüftimpingement Guide

Alle relevanten Informationen und Insiderwissen zur Diagnose Hüft-/Cam-/femoroacetabuläres-Impingement



Thomas Worrying

© 2021 Thomas Worring

Das Werk, einschließlich seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages und des Autors unzulässig. Dies gilt insbesondere für die elektronische oder sonstige Vervielfältigung, Übersetzung, Verbreitung und öffentliche Zugänglichmachung.

Inhaltsverzeichnis

EINLEITUNG	4
DIE DIAGNOSE HÜFTIMPINGEMENT EINFACH ERKLÄRT.....	5
Femoroacetabuläres Impingement	
Cam Impingement	
Pincer Impingement	
Symptome	
URSACHEN	8
Ist ein Hüftimpingement wirklich ein Knochenproblem?	
Unterschätzte Ursache: Dysfunktionale Bewegung der Hüfte	
BEHANDLUNGSOPTIONEN.....	11
Operation - Hüftarthroskopie	
Physiotherapie	
Osteopathie	
Selbsthilfe	
BEGLEITERSCHEINUNGEN	13
Labrumläsion	
Osteophyten	
Schleimbeutelentzündung	
Zysten	
Coxarthrose	
Beckenschiefstand	
Bandscheibenvorfall	
OPERATION - SINN ODER UNSINN?	23
DARF ICH WEITER SPORT MACHEN?	28
INSIDERWISSEN VON BETROFFENEN.....	30
LITERATURVERZEICHNIS.....	34
HAFTUNGSAUSSCHLUSS	36

EINLEITUNG

Immer häufiger wird von Ärzten die Diagnose femoroacetabuläres- / Cam-/ Pincer- / Hüftimpingement gestellt. Nach Erhalt der Diagnose ist eine lange Ärzteodysee in der Regel vorprogrammiert. Vorerst wird meist Physiotherapie verschrieben. Wenn diese - wie in den meisten Fällen - nicht hilft, bleibt einem (scheinbar) nur eine Operation.

Die Meisten versuchen eine OP zu meiden, landen aber früher oder später doch unter dem Messer. Doch eine Operation bringt in häufigen Fällen nicht den gewünschten Effekt und die lange Reise durch das Gesundheitssystem beginnt von neuem. Noch eine OP und anschließend Reha, der Teufelskreis nimmt kein Ende.

Auch ich habe einen langen Genesungsprozess hinter mir. Durch eine Kombination aus intensiver Recherche, Trainerlizenzen, diversen Fortbildungen, langen Gesprächen, empirisches Ausprobieren und enger Zusammenarbeit mit Physiotherapeuten konnte ich jedoch das Hüftimpingement und alle damit verbundenen Begleiterscheinungen auflösen. Ein operativer Eingriff war nicht nötig.

Heute habe ich eine gesunde Hüftmobilität. Der Oberschenkelknochen schlägt nicht mehr an die Hüftpfanne an und ich bin schmerzfrei. Ich kann wieder uneingeschränkt meinen Hobbys nachgehen und das Leben genießen.

Heute helfe ich anderen Menschen, ebenfalls eine funktionale Hüfte wiederherzustellen, welche eine reibungslose Bewegung gewährleistet. Ich stehe im regen Austausch mit Klienten, welche ich betreuen darf. Jeder einzelne hat eine individuelle Krankheitsgeschichte, doch die Erfahrungen sind dennoch ähnlich. Gerade am Anfang fehlt es den Betroffenen jedoch genau an diesen Einsichten.



Um dir, lieber Leser einen Überblick zu verschaffen, habe ich diesen Guide verfasst. Er enthält allgemeine Informationen zu der Diagnose. Zudem wird auf häufige Fragen eingegangen, welche vermutlich auch dir durch den Kopf gehen. Schließlich habe ich noch alle Insiderinfos gelistet, damit auch du von dem ersten Moment an weißt, wie du mit der Diagnose umgehen kannst.

Ich wünsche dir alles Gute und ganz viel Erfolg auf deinem weiteren Weg!

DIE DIAGNOSE HÜFTIMPINGEMENT EINFACH ERKLÄRT

FEMOROACETABULÄRES IMPINGEMENT

Bei einem Hüftimpingement handelt es sich um einen Engpass im Hüftgelenk. Der Abstand zwischen Oberschenkelknochen (Femur) und Hüftpfanne (Acetabulum) ist kleiner als üblich. Daher wird es auch femoroacetabuläres Impingement genannt.

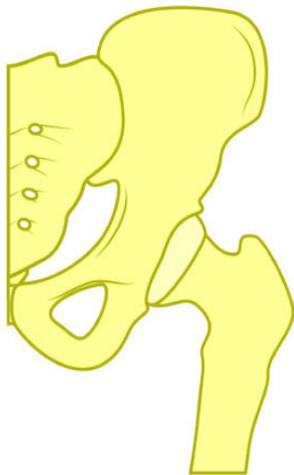
Der Spalt im Gelenk ist so gering, dass die Knochen aufeinander reiben und die Mobilität der Hüfte stark eingeschränkt ist. Dies hat tiefe, einschneidende Schmerzen in der Hüfte - speziell in der Leistengegend - zur Folge. Außerdem können Gelenklippenschäden (Labrumläsionen) oder die Bildung von Knochenwachstum (Osteophyten) auftreten. Langfristig kann eine unbehandelte Hüftblockade zu einer fortschreitenden Degeneration des Hüftgelenks (Coxarthrose) führen.

Nach konventioneller Auffassung der Schulmedizin verursacht eine fehlerhafte Knochenform Hüftschmerzen, Bewegungseinschränkungen, Coxarthrose und Schädigungen der Gelenkklippe. Es wird zwischen 2 verschiedenen Typen unterschieden:

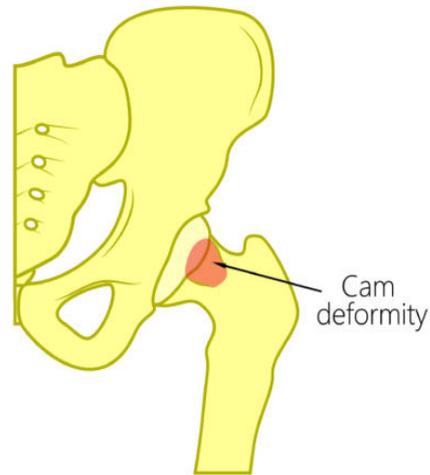
CAM IMPINGEMENT

Bei einem Cam Impingement, auch bekannt als Nockenwellen Impingement, wird davon ausgegangen, dass der Engpass im Hüftgelenk durch eine zu geringe Taillierung des Hüftkopfes entsteht. Der Hüftkopf ist also theoretisch zu groß, um sich ohne Bewegungseinschränkungen im Hüftgelenk bewegen zu können. Er schlägt also an die Hüftpfanne an. Dadurch kann der Knorpel vom Pfannenrand abreißen oder die Gelenkklippe – auch Labrum genannt – beschädigt werden. In folgender Abbildung ist die Problematik dargestellt.

HEALTHY HIP JOINT



CAM FEMOROACETABULAR IMPINGEMENT (FAI)



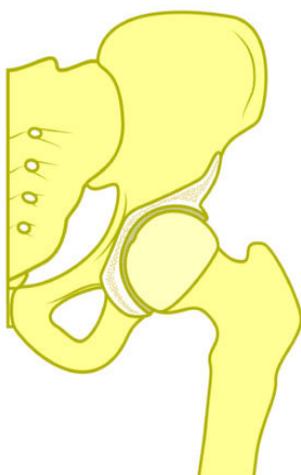
Links ist eine gesunde Hüfte ohne Bewegungseinschränkungen zu sehen. Auf dem rechten Bild sieht man eine Cam-Deformität. Die Bewegung ist hier eingeschränkt. Wissenschaftliche Erkenntnisse belegen jedoch, dass es sehr häufig keine Korrelation zwischen der „Knochenanomalie“ und Schmerzen gibt.

PINCER IMPINGEMENT

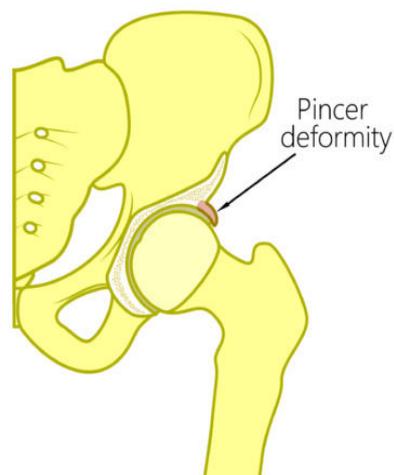
Ein Pincer Impingement (engl. pincer=Greifzange) wird aus der Sicht der Schulmedizin wie folgt beschrieben:

Bei einem Pincer Impingement Syndrom ist der Oberschenkelhals normal tailliert. Die Hüftpfanne (Acetabulum) ist indes überdurchschnittlich stark ausgeprägt, sodass diese den Hüftkopf stärker umschließt. Dieser wird also sprichwörtlich „in die Zange“ genommen. Folgende Abbildung illustriert eine gesunde Hüfte (links) und rechts daneben die Pincer Deformität.

HEALTHY HIP JOINT



PINCER FEMOROACETABULAR IMPINGEMENT (FAI)



KOMBINATION AUS CAM UND Pincer IMPINGEMENT

Cam und Pincerimpingement treten häufig als Mischform beider Varianten auf.

SYMPTOME

Zu den Symptomen eines Hüftimpingements zählen:

- Schmerzen in der Leistengegend in Ruhe und bei Bewegung
- Bewegungseinschränkungen im Hüftgelenk
- Schmerzen beim Sitzen, Gehen, Treppen steigen, Sport und endgradigen Bewegungen wie beispielsweise der Kniebeuge
- Ausstrahlende Schmerzen im Oberschenkel
- Weitere Begleiterscheinungen: z.B. Beckenschiefstand, Beinlängendifferenz, Skoliose, Bandscheibenvorfall



URSACHEN

IST EIN HÜFTIMPINGEMENT WIRKLICH EIN KNOCHENPROBLEM?

Die Diagnose Hüftimpingement ist noch immer schlecht erforscht. Physiotherapeuten sind häufig ratlos und wissen nicht, wie sie ein Hüftimpingement ordnungsgemäß behandeln sollen. Ärzte wissen (scheinbar) genau, wo das Problem liegt. Nach Begutachtung der MRT Bilder des Patienten und einem Provokationstest ist für den Arzt die Sache längst klar. Es liegt eine Deformation der Knochen (Cam- und/oder Pincertyp) vor. Womöglich ist auch noch das Labrum beschädigt. Er wird dir raten, dich einer Hüftarthroskopie zu unterziehen, um etwas „von der Norm abweichenden Knochenmasse“ mit einer Fräse abzutragen und so wieder mehr Spiel im Gelenk zu schaffen, um einer fortschreitenden Degeneration bis hin zur Arthrose entgegenzuwirken.

Dabei ist längst nicht geklärt, ob wirklich eine fehlerhafte Knochenform für den Engpass im Hüftgelenk verantwortlich ist. Der Arzt stellt unmittelbar einen Zusammenhang zwischen dem MRT Bild und deinen Beschwerden her. Doch ist dieser Zusammenhang überhaupt gegeben?

Die wissenschaftliche Evidenz spricht dagegen. In mehreren Studien konnte festgestellt werden, dass Menschen, zwar eine derartige Knochenmorphologie laut MRT aufweisen, jedoch völlig beschwerdefrei sind. Im Folgenden sind die wissenschaftlichen Erkenntnisse kurz zusammengefasst.

01 Metaanalyse (Zusammenfassung von mehreren Studien in einer Studie) nach Frank et al.[1]:

- **2114 SYMPTOMFREIE** Hüften wurden untersucht.
- 37% aller Patienten wiesen eine Cam-Deformität auf.
- bei 67 % der untersuchten Teilnehmer konnte einer Pincer Deformität entdeckt werden.
- 68,1 % der untersuchten Hüften waren von einer Labrumläsion betroffen

Zusammenfassung: Die morphologischen Eigenschaften eines femoroacetabulären Impingements sowie Labrumläsionen sind weit verbreitet bei symptomfreien Patienten.

02 Untersuchung der Hüften 50 symptomfreier junger Patienten (20-40 Jahre) mithilfe von Computertomographie [2]:

- Bei 66 % der Patienten konnte mindestens eine typische FAI-Morphologie gefunden werden (Cam- bzw. Pincer-Impingement).
- 29 % der Teilnehmer hatten mehr als eine FAI-Knochenform.
- Bei 7 Personen waren FAI-Strukturen an beiden Gelenken aufzufinden.
- 22 % der Versuchsteilnehmer wiesen eine Mischform (Cam+Pincer) auf.

Zusammenfassung: Bei mehr als der Hälfte (66 %) aller symptomfreier junger Patienten konnte eine FAI Knochenstruktur gefunden werden. Diese waren jedoch frei von Schmerzen, Bewegungseinschränkungen oder anderen Hüftkrankheiten.

03 Computertomographische Durchleuchtung von 50 symptomfreien Probanden (100 Hüften) nach Kang et al. [3]:

- 39 % der 100 Hüften wiesen eine FAI Charakteristik auf.
- Die Mehrheit hatte eine FAI Knochenform an beiden Hüften.

Bei 39 % aller Hüften wurde ein femoroacetabuläres Impingement gefunden, obwohl die Testprobanden keinerlei Symptome zeigten.

04 Vermessung des alpha-Winkels der Hüften von 419 zufällig ausgewählten Testpersonen nach Jung et al. [4]:

- Der alpha-Winkel ist eine Messgröße, die darüber Aufschluss gibt, ob es sich um eine Cam-Deformität handelt. Beträgt dieser Winkel einen Wert von $>50^\circ$, wird von einem Cam Impingement ausgegangen.
- unter 215 männlichen Hüften (108 Patienten) betrug der Durchschnitt des alpha-Winkels $59,12^\circ$ ($37,75^\circ$ - $103,50^\circ$).
- davon wurden 30 Hüften (13,95%) als pathologisch, 32 Hüften (14,88%) als Grenzbereich und 153 Hüften (71,16 %) als normal definiert.
- unter 540 weiblichen Hüften (272 Patienten) wurde ein durchschnittlicher -Winkel von $45,47^\circ$ ($34,75^\circ$ - 87°) ermittelt.
- davon wurden 30 Hüften (5,56 %) als pathologisch, 33 Hüften (6,11 %) als Grenzbereich und 477 Hüften (88,33 %) als normal klassifiziert.

Zusammenfassung: Auch hier wird schnell ersichtlich, dass eine Cam Deformität häufig auch bei symptomfreien Individuen vorkommt. Zudem liegt eine typische Cam- Knochenmorphologie etwa doppelt so häufig bei Männern als bei Frauen vor.

UNTERSCHÄTZTE URSACHE: DYSFUNKTIONALE BEWEGUNG DER HÜFTE

Die wissenschaftliche Evidenz spricht dafür, dass die Symptome nicht durch eine fehlerhafte Knochenmorphologie verursacht werden. Es handelt sich hierbei vielmehr um ein funktionelles Problem. Die Muskeln, welche an dem Hüftgelenk ihren Ursprung haben, sind falsch in den „Körper einprogrammiert“. Ein ungünstiges Spannungsverhältnis der Muskeln führt zu ungünstigen Winkeln im Hüftgelenk und letztlich zu einer Hüftblockade (=Impingement). Die Muskeln, welche vorne an der Hüfte ihren Ursprung haben, sind häufig verkürzt.



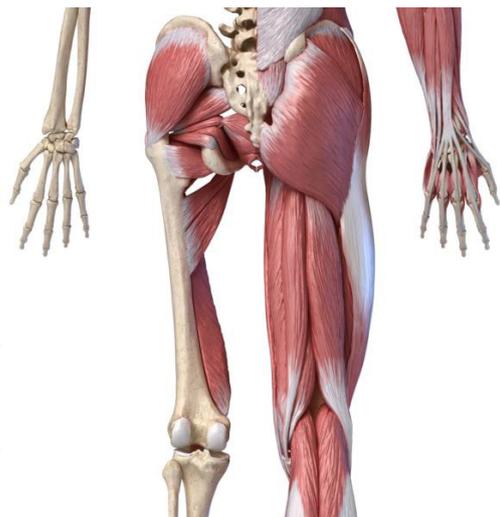
Dazu zählen:

- Musculus quadriceps femoris (Beinstrecker),
- Musculus psoas major (Hüftbeuger),
- Musculus pectineus, Musculus adductor longus, Musculus adductor brevis, Musculus adductor magnus und Musculus gracilis (Adduktoren).

Die hinteren Muskeln an der Hüfte, die den Knochen nach außen und hinten (Abduktion, Hüftstreckung und externe Rotation) ziehen sind schwach und können nicht mehr richtig feuern.

Zu diesen Muskeln zählen:

- Musculus gluteus maximus (großer Gesäßmuskel),
- Musculus gluteus medius (mittlerer Gesäßmuskel),
- Musculus gluteus minimus (kleiner Gesäßmuskel),
- Musculus tensor fasciae latae (Oberschenkelbindenspanner),
- Musculus piriformis (birnenförmiger Muskel) und
- Musculus obturatorius internus (innerer Hüftlochmuskel).

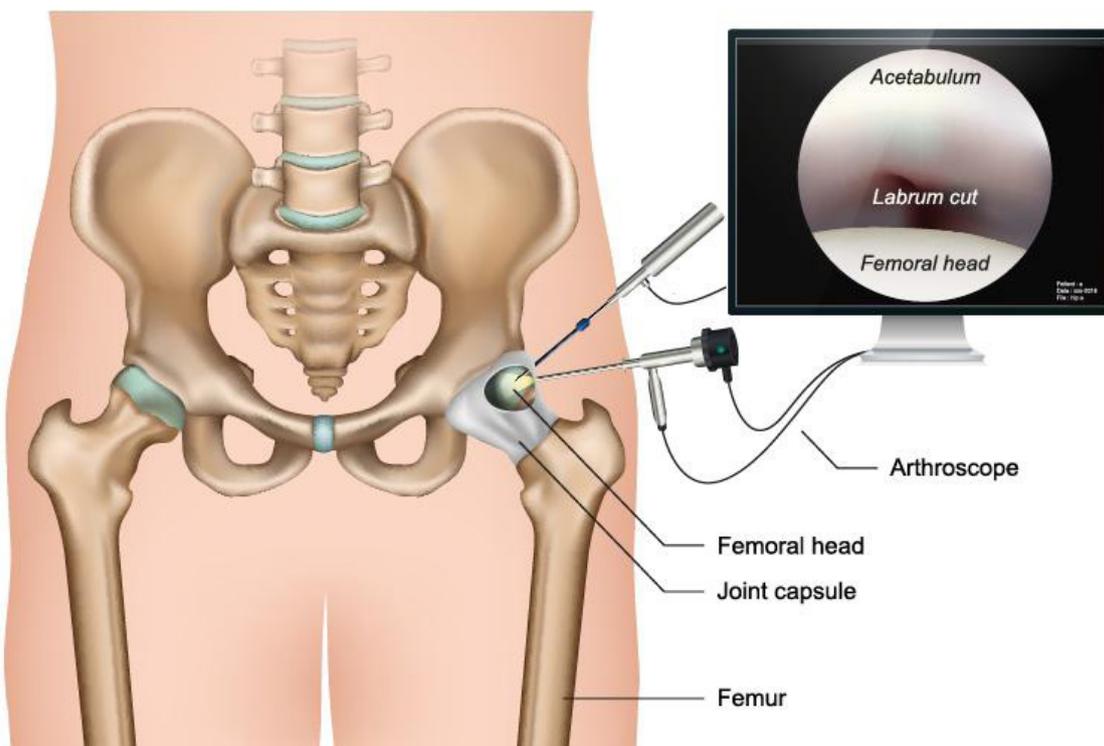


BEHANDLUNGSOPTIONEN

OPERATION - DIE HÜFTARTHROSKOPIE

Ein Hüftimpingement wird standardgemäß immer noch mit der sogenannten Hüftarthroskopie operiert. Dabei handelt es sich um ein minimal-invasives Verfahren, bei dem Hüfterkrankungen sowohl erkannt als auch behandelt werden können. Minimal-invasiv bedeutet, dass die Einschnittstelle so gering wie möglich gehalten und dadurch eine Verletzung des Körpergewebes minimiert wird.

Um den Platz im Gelenk zu vergrößern, wird vorerst an dem zu behandelnden Bein gezogen. Anschließend führt der Chirurg spezielle Instrumente über drei kleine Hautschnitte in das Gelenk. Dazu gehören eine Lichtquelle, eine Kamera, mechanische Schneidinstrumente und eine Knochenfräse. Überschüssige Knochenmasse (Cam- bzw. Pincer Deformität) wird abgetragen. Im Falle einer Schädigung des Labrums, wird dieses geglättet und anschließend fixiert. Zur Überwachung des Eingriffs kommt ein mobiles Röntgengerät zum Einsatz.



Der Begriff "minimal-invasiv" ist trügerisch. Es wird damit suggeriert, dass es sich nur um einen kleinen Eingriff handelt. Die Wundheilung nimmt im Gegensatz zu einer offenen Operation deutlich weniger Zeit in Anspruch, jedoch ist auch dieser Eingriff nicht zu verharmlosen. Es folgen lange Zeiten der Teilbelastung und Rehabilitation des Gelenks. Zudem wird eine angemessene Wiederherstellung der Funktionalität des Hüftgelenks in der Regel nicht gewährleistet.

PHYSIOTHERAPIE

Häufig wird vor der Operation vorerst mit konservativen Methoden versucht, das Impingement zu beheben. Dazu verschreibt der Arzt eine begrenzte Anzahl an Sitzungen Physiotherapie. Dabei kommt meist die sogenannte manuelle Therapie zum Einsatz. Der Physiotherapeut/in bedient sich bestimmter Handgriff- (lat. Manus = Hand) und Mobilisationstechniken, um entsprechende Strukturen aufzudehnen. Dadurch wird - zumindest kurzfristig - etwas Platz im Gelenk geschaffen.



Physiotherapie ist an sich kein schlechter Ansatz. Jedoch werden meist nur Strukturen gelockert, ohne dabei die Gegenspieler zu stärken. Der symptomlindernde Effekt hält also nur kurzfristig an. Viele Therapeuten sind zudem immer noch sehr ratlos, wenn es um die Behandlung eines Hüftimpingements geht. Ein genaues Verständnis besteht meist nicht. Des Weiteren findet meist kein angemessenes Assessment statt. Der Therapeut/in weiß also gar nicht, wo die individuellen Schwachstellen liegen. Es wird also oft willkürlich an der entsprechenden Stelle, welche die Symptome verursacht „herumgedoktert“, anstatt herauszufinden, wie das Impingement individuell beim Patienten entsteht und wie es aufrecht erhalten wird. Nach 6-12 Sitzungen Physiotherapie sind die Möglichkeiten konservativer Behandlungsansatz (scheinbar) verbraucht und man erhält die Empfehlung sich unters Messer zu legen.

OSTEOPATHIE

Dies ist an sich auch kein schlechter Ansatz. Der Körper wird hier als zusammenhängendes System verstanden. Jedoch ist auch hier das Wissen zum Thema Hüftimpingement häufig sehr begrenzt. Im Gegensatz zur Physiotherapie, bei der sehr spezifisch an der symptomatischen Stelle behandelt wird, ist hier die Behandlung meist zu allgemein und unspezifisch auf die Diagnose zugeschnitten. Zudem ist es ein sehr langwieriger und vor allem kostspieliger Ansatz, da die meisten Krankenkassen keine bis wenig Kosten übernehmen.

SELBSTHILFE

Durch systematische Selbsthilfe können neue Bewegungsmuster erlernt und somit eine funktionale Bewegung der Hüfte wiederhergestellt werden. Dadurch kann der Spalt im Gelenk vergrößert werden, was ein Aneinanderreiben der Knochen verhindert. Jedoch muss der Prozess richtig angegangen werden. Ein ausführliches Assessment der Schwachstellen ist unabdingbar, um die individuell passenden Übungen zu finden.

BEGLEITERSCHEINUNGEN

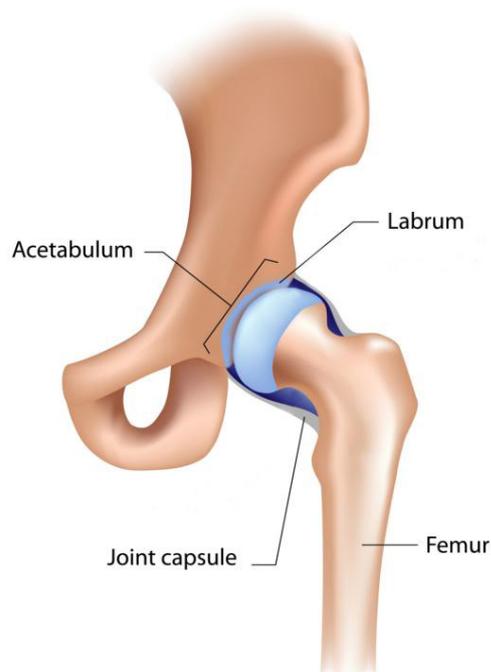
LABRUM LÄSION

Was ist eigentlich ein Labrum?

Als Labrum (oder auch Gelenkklippe) wird eine dicke Ausstülpung bezeichnet, welche die Gelenkpfanne umschließt. Es besteht aus Fasergewebe und hat mehrere Funktionen im Gelenk. Dazu zählen

- Vergrößerung der Oberfläche im Gelenk (Minimierung des Gesamtdrucks)
- Fungiert als Dichtungsring zum Schutz des Knorpelrands
- Verbesserung der Schmierfunktion im Gelenk (Der Oberschenkelknochen kann auf der glatten Oberfläche des Labrums besser gleiten).

Bei einem Hüftimpingement kommt es zu einem Aneinanderreiben von Knochen. Dies kann eine Schädigung der Gelenkklippe zur Folge haben. Man spricht dann von einer Labrumläsion.



Ist eine Labrumläsion Grund für die Schmerzen in meiner Hüfte?

Wie bereits im Kapitel „Ursachen“ beschrieben, sind vermutlich nicht die Knochenmorphologie und die Beschaffenheit deines Labrums verantwortlich für deine Beschwerden.

Obwohl dir vermutlich erzählt wurde, dass ein gerissenes Labrum Grund für deine Hüftschmerzen ist, kann dies nicht definitiv gesagt werden. Die Evidenz spricht dafür, dass es keinen Zusammenhang zwischen Hüftschmerzen und Labrumläsionen gibt. So leben zahlreiche Menschen mit einer gerissenen Gelenkklippe, welche jedoch keinerlei Symptome zeigen. Dies konnte in vielen Studien bestätigt werden.

Bei einer Labrumläsion beginnt das Problem bereits bei der Diagnostik.

Sowohl die Magnetresonanztomographie (MRT) als auch die Magnetresonanztomographie (MRA: Darstellung von Gefäßsystemen) liefert keine zuverlässigen Ergebnisse.

In einer Studie nach Keeney [5] wurde die Genauigkeit der MRA genauer untersucht. Diese lieferte lediglich eine Genauigkeit von 69% und eine Spezifität von 44%. Letzteres ist eine statistische Größe, welche die Anzahl der negativen Ergebnisse bei Personen beschreibt, die keine Labrumläsion aufweisen.



Vereinfacht gesagt: Von 100 Personen ohne Labrumläsion, würde die MRA bei 56 Personen eine falsche Labrumläsion anzeigen.

In einer Metaanalyse [6] nach Smith et al. aus dem Jahr 2011 wurden 19 unterschiedliche Publikationen zu dem Thema „Genauigkeit der MRT und MRA bei der Diagnose von Labrumläsionen“ zusammengefasst und analysiert. Diese Arbeit deckt eine Gesamtanzahl von **881** Hüften ab!

Hier wies die MRT immerhin eine Spezifität von 79 % auf. Die MRA zeigte eine Spezifität von 64%. Jedoch hatte die MRA eine geringere (13%) falsch negativ Rate als die MRT (34%).

Zusammenfassend lässt sich daraus ableiten, dass es sehr wahrscheinlich sein kann, dass deine Gelenkklappe gar nicht beschädigt ist, obwohl es auf den MRT/MRA Bildern so aussieht.

Viele Ärzte gehen davon aus, dass man mit einem Schmerzprovokationstest ermitteln kann, ob deine Schmerzen von einer Labrumläsion kommen.

Der übliche Test: Der Arzt beugt deine Hüfte, führt diese zu deinem Körper heran und rotiert das Bein nach innen und löst dadurch einen stechenden Schmerz aus. Falls sich bei dieser Bewegung Schmerzen und Bewegungseinschränkungen zeigen, geht der Arzt davon aus, dass dein Labrum beschädigt ist.

In einer Studie nach Maslowski et al. [7] wurden mehrere Provokationstests auf ihre Aussagekraft untersucht und validiert. Darunter fielen die Tests: FABER, IROP, Stinchfield und der Scour Test. Alle diese Tests haben gemeinsam, dass eine bestimmte Bewegung der Hüfte zu Bewegungseinschränkungen und Schmerzen führt (oder nicht). Falls ersteres der Fall ist, geht man von einem positiven Ergebnis und damit von einer Schädigung des Labrums oder einer intraartikulären (innerhalb eines Gelenks) Erkrankung der Hüfte aus.

Doch kann das wirklich anhand der Tests überprüft werden?

Für alle der oben genannten Tests wurden in der Studie statistische Größen wie die Sensitivität, Spezifität und Genauigkeit ermittelt.

Die Studie lieferte ernüchternde Ergebnisse. Alle Tests wiesen eine extrem schlechte Spezifität auf. Am besten schnitt der Stinchfield Test mit einer Spezifität von mageren 32% ab.

Vereinfacht gesagt: Der Test, welcher in der Studie am BESTEN abgeschnitten hat (Spezifität = 32%) identifiziert 32 % der Patienten ohne Hüfterkrankung als Testnegativ (richtig-negativ), aber 86 % der Patienten werden fälschlicherweise als Testpositiv (falsch-positiv) identifiziert. Das sind keine guten Ergebnisse!

Häufig wird argumentiert, dass sich durch die Kombination mehrerer Verfahren (MRT+Provokationstest) die Aussagekraft der Ergebnisse erhöht.

In oben genannter Studie führte die Kombination mehrerer Tests zu einem garantiert positiven Ergebnis. Jedoch führt diese Kombination fälschlicherweise auch zu einem garantiert positiven Ergebnis, wenn keine Labrumläsion oder andere Hüfterkrankung vorhanden ist.

Vereinfacht gesagt: Je mehr Tests mit einer schlechten Spezifität kombiniert werden, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass eigentlich gesunde Patienten (ohne Labrumläsion) fälschlicherweise als testpositiv identifiziert werden. Dir wird also fast garantiert gesagt werden, dass dein Labrum beschädigt ist.

Wie wir oben gesehen haben, liefern die oben genannten diagnostischen Verfahren keine zuverlässigen Ergebnisse. Letztlich bleibt nur eine Operation (Gelenkspiegelung/Hüftarthroskopie), um sicher sagen zu können, ob dein Labrum beschädigt ist.

Du musst dich also unters Messer legen, bevor du überhaupt weißt, ob dein Labrum wirklich beschädigt ist.

Das führt uns zu der eigentlichen Frage, ob eine Schädigung der Gelenkklippe überhaupt verantwortlich für deine Beschwerden ist.

Ist ein Labrum Riss Grund für die Schmerzen in meiner Hüfte?

Obwohl dir vermutlich erzählt wurde, dass ein gerissenes Labrum Grund für deine Hüftschmerzen ist, kann dies nicht definitiv bestätigt werden.

Die Evidenz spricht dafür, dass es KEINEN ZUSAMMENHANG ZWISCHEN HÜFTSCHMERZEN UND LABRUMLÄSIONEN GIBT. So leben zahlreiche Menschen mit einer gerissenen Gelenklippe, welche jedoch keinerlei Symptome zeigen. Dies konnte auch in vielen Studien bestätigt werden.

Wie findet man am besten heraus, ob es eine Verbindung zwischen Hüftschmerzen und einem Labrumriss gibt? Man schaut sich die Gelenklippe von Personen an, welche keinerlei Symptome zeigen. Dies wurde in einer Studie nach Lee et al. [8] aus dem Jahr 2015 durchgeführt. Dabei wurden 70 symptomfreie Testprobanden untersucht. Das Durchschnittsalter der freiwilligen Testpersonen betrug 26 Jahre (19-41).

Bei 27 der Teilnehmer konnte eine Labrumläsion festgestellt werden. Bei 38,6 % der Probanden lag also ein Labrumriss vor, obwohl diese keine Symptome zeigten.

Eine weitere Studie nach Lecouvet et al. [9] beschäftigte sich mit der Gelenklippe von 200 symptomfreien Testprobanden. Das eigentliche Ziel der Studie war, das Aussehen des Labrums der Studienteilnehmer zu beschreiben, um das Erscheinungsbild anschließend mit dem Alter und Geschlecht der Probanden in Verbindung zu setzen.

Jedoch konnte auch hier festgestellt werden, dass das Aussehen der Gelenklippen sehr stark variieren kann und dass diese symptomfreie Variationen sind und keine pathologischen Läsionen.

Ferner beschäftigte sich eine Studie nach Schmitz et al. [10] mit Labrumläsionen. Dabei wurden die Hüften von 42 symptomfreien Testprobanden mithilfe von MRT- Aufnahmen untersucht.

Bei 36 Personen (85,7 %) konnte ein Riss im Labrum festgestellt werden, obwohl diese keinerlei Symptome zeigten.

Zusammenfassung: Bei allen Studien wurden symptomfreie Testprobanden auf einen Riss des Labrums untersucht. Es konnten zahlreiche Labrumläsionen gefunden werden, obwohl diese Personen keinerlei Symptome zeigten. Die Evidenz spricht also dafür, dass es keinen oder einen geringen Zusammenhang zwischen Labrumläsionen und Schmerzen gibt.

Führt eine Beschädigung der Gelenkklippe zu Instabilität im Gelenk?

Häufig wird argumentiert, dass ein gerissenes Labrum zu Instabilität im Gelenk führt. Diese Aussage wurde in einer Studie nach Smith et al. [11] genauer untersucht. Dabei wurden an 22 Hüften toter Menschen Experimente durchgeführt. Es wurden mit feinen Werkzeugen präzise Labrumrisse erzeugt, um das Szenario einer Labrumläsion zu simulieren. Zudem wurde getestet, welchen Effekt die operative Entfernung von Teilen eines beschädigten Labrums auf die Stabilität des Gelenks hat. Nach der Präparation der Gelenke wurden diese anschließend einer Druckkraft ausgesetzt.

Die Studie führte zu interessanten Ergebnissen:

Eine Labrumläsion führt NICHT zu einer Instabilität im Gelenk. Jedoch: Eine operative Entfernung von Teilen (>2 cm) eines gerissenen Labrums führt zu einer Abnahme der Gelenkstabilität.

Basierend auf der Evidenz, ist die operative Entfernung eines beschädigten Labrums in Bezug auf Stabilität des Hüftgelenks nicht zielführend und auch nicht nötig.

Muss eine Labrumläsion operiert werden?

Häufig wird argumentiert, dass eine Operation der einzige Weg ist, um deine Hüftschmerzen und Bewegungseinschränkungen loszuwerden. Wenn wir jedoch die Studienlage anschauen, erscheint ein operativer Ansatz durchaus fraglich. Bei einem beschädigten Labrum wird standardmäßig mit einer Hüftarthroskopie operativ behandelt. Dabei wird das Labrum entweder entfernt oder über eine Naht an der Gelenkpfanne erneut fixiert. Die Studienlage weist jedoch darauf hin, dass eine Operation bei einer Labrumläsion schlechte Ergebnisse liefert.

In einer Studie nach Krych et al. [12] auf dem Jahre 2014 wurden die Ergebnisse ersterer Methode genauer untersucht. Dabei wurden die Hüften von 57 Testprobanden über einen längeren Zeitraum nach einer Operation beobachtet.

Das Ergebnis der Studie:

Bei knapp der Hälfte der Testpersonen (45 %) hat der Eingriff zu einem schlechten Ergebnis geführt.

In einer weiteren Studie nach Schilders et al. [13] wurden die Unterschiede einer Labrumentfernung und einer Refixation der Gelenkklippe ermittelt. Die Refixation zeigte entgegen der Entfernung eine Verbesserung von lediglich 7,3 von 100 Punkten.

Die Refixation/ Rekonstruktion des Labrums scheint also ein bisschen erfolgsversprechender. Die Verbesserung der Symptomatik wurde allerdings am Harris Hip Score Fragebogen bemessen. Dieser eignet sich sehr schlecht, um die Ergebnisse einer Operation zu beurteilen. Das Bewertungsverfahren wird im nächsten Kapitel genauer beschrieben.

Die Möglichkeiten nicht-invasiver diagnostischer Techniken sind begrenzt. Bildgebende Verfahren, wie die MRT oder die MRA sind nicht zuverlässig. Auch mit Provokationstests kann nicht gesagt werden, ob bei dir eine Labrumläsion vorliegt. Eine Kombination mehrerer Tests erhöht zudem die Chance, dass bei dir eine Labrumläsion erkannt wird, obwohl tatsächlich keine Schädigung vorhanden ist.

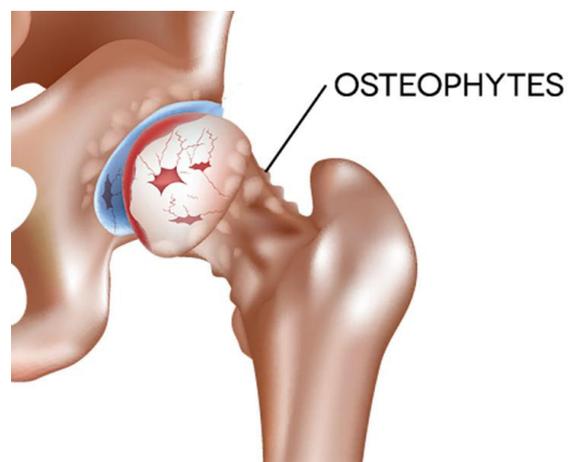
Die Evidenz deutet stark darauf hin, dass es keinen Zusammenhang zwischen Schmerzen und einem geschädigten Labrum gibt. Es leben zahlreiche Menschen mit einer Labrumläsion, welche jedoch keinerlei Symptome zeigen. Es ist also sehr wahrscheinlich, dass deine Schmerzen und Bewegungseinschränkungen nicht von einer Labrumläsion herrühren. Auch die Stabilität des Gelenks leidet nicht unter einer Labrumläsion. Des Weiteren konnte ich bereits vielen Betroffenen helfen, ein schmerzfreies Leben ohne Bewegungseinschränkungen zu ermöglichen, obwohl diesen gesagt wurde, dass ihr Labrum beschädigt sei. Auch viele, die schon eine erfolglose Hüftarthroskopie hinter sich hatten, konnten mit meiner Hilfe alle Beschwerden los werden. Es hat sich gezeigt, dass die Tatsache, ob das Labrum gerissen ist oder nicht, nicht von Relevanz für den Erfolg konservativer Interventionen ist.

Ferner hat sich herausgestellt, dass eine Operation bei knapp der Hälfte der Patienten zu einem schlechten Ergebnis geführt hat. Dies gilt sowohl für die arthroskopische Entfernung des Labrums als auch für die Rekonstruktion der Gelenkklippe. Zudem führt erstere Methode zu einer Abnahme der Stabilität im Gelenk.

Die Ergebnisse sprechen also nicht dafür, sich bei einer Labrumläsion einer Operation zu unterziehen.

OSTEOPHYTEN

Unter Osteophyten (griech. osteon „Knochen“ und phyton „Gewächs“) versteht man Knochenwucherungen am Rand des Knochens. Diese bilden sich in vielerlei Formen an den Gelenkflächen. Die Ausbildung von Knochenneubildungen entsteht dann, wenn Knochen aneinander reiben. Dieses Szenario ist bei einem Hüftimpingement gegeben. Der Oberschenkelknochen schlägt an die Hüftpfanne an und es entsteht Reibung im Hüftgelenk. Durch die Reibung ist das Gelenk einem Druck ausgesetzt und der Körper muss Anpassungen vornehmen, um diesen Druck standzuhalten.



Doch warum kommt es zu Knochenwucherungen?

Der Körper ist ein geniales System, welches dich immer vor dem Schlimmsten beschützen möchte. Letztlich handelt der Körper nach folgendem physikalischen Prinzip:

Formel für Druck auf das Gelenk:

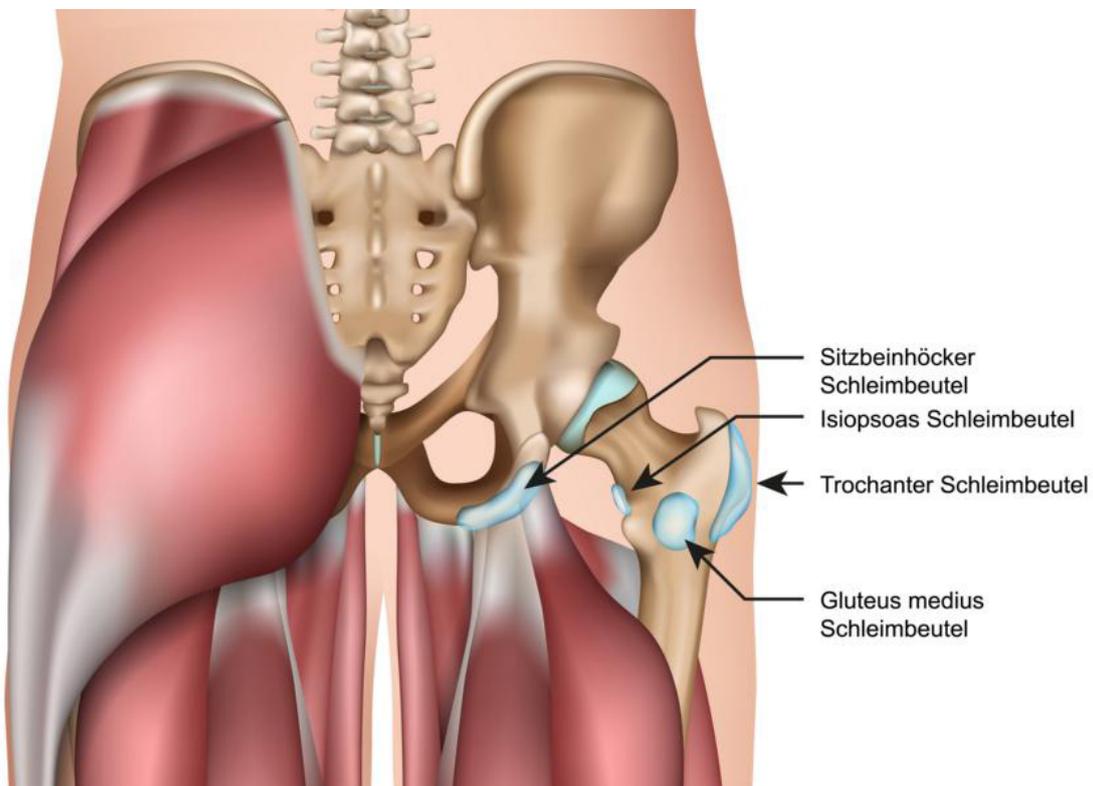
$$\text{Druck} = \frac{\text{Kraft}}{\text{Fläche}}$$

Vergößert sich der Nenner (Fläche), dividieren wir durch eine größere Zahl. Das Ergebnis der Gleichung (Druck) wird also kleiner ausfallen.

Daraus lässt sich folgern, dass der Körper durch die Knochenwucherung eine größere Knochenfläche erzielt und dadurch den Gesamtdruck auf das Gelenk reduziert. Der gesamte Druck verteilt sich also auf eine größere Fläche. Ein Osteophyt ist entstanden. Leider bildet dieser einen Grundstein für eine fortschreitende Degeneration des Hüftgelenks (Arthrose). Das Hüftimpingement ist also eine Art Vorstufe einer Hüftarthrose. Das Aneinanderreiben der Knochen ist jedoch meistens nicht auf eine fehlerhafte Form der Knochen zurückzuführen, sondern auf einen Engpass im Gelenk durch ein ungünstiges Muskelzusammenspiel. Die Hüftblockade kann mithilfe von Übungen allmählich wieder gelockert werden. Dadurch kann eine vollständige Aufhebung der Reibung im Hüftgelenk erzielt werden.

BURSITIS (SCHLEIMBEUTELENTZÜNDUNG)

Die Hüfte ist umgeben von mehreren Schleimbeuteln. Diese schützen die Hüfte vor mechanischer Reizung. Wenn sich diese entzünden, spricht man von einer Bursitis. Dies führt zu Schmerzen und Schwellungen in der Hüfte. Vor allem Sportler, die ihre Hüfte stark belasten, sind betroffen. Die Schleimbeutel sind an verschiedenen Orten des Hüftgelenks lokalisiert. Folgende Abbildung zeigt die unterschiedlichen Schleimbeutel der Hüfte und wo sich diese befinden.



- **An der Außenseite des Hüftgelenks**

Ist der Schleimbeutel an der Außenseite des Hüftgelenks entzündet spricht man von Bursitis trochanterica. Er befindet sich über dem großen Knochenvorsprung (Trochanter major), welcher von der Gesäßmuskulatur umgeben ist. Dieser Schleimbeutel ist am häufigsten von einer Entzündung betroffen. Er wird vor allem durch eine zu starke Belastung der Hüfte gereizt und kann sich folglich entzünden. Da der entsprechende Schleimbeutel nah an der Hautoberfläche sitzt, ist eine Schwellung und Rötung leicht zu erkennen.

- **In der Leiste**

Ist der Schleimbeutel im Bereich der Leiste entzündet handelt es sich um eine Bursitis iliopectinea. Er befindet sich an der Eminentia iliopubica, eine Knochenerhöhung zwischen Schambein (Os pubis) und Darmbein (Os ilium) im inneren Becken. Seine Aufgabe ist die Polsterung des Musculus iliopsoas (Hüftbeuger) gegenüber dem Hüftknochen. Ebenso wie die Bursitis trochanterica entsteht die Bursitis iliopectinea durch Überlastung und einseitige Bewegungen.

ZYSTEN

Unter Knochenzysten versteht man Hohlräume in den Knochen, welche mit einer gallertartigen Flüssigkeit gefüllt sind. Diese können angeboren sein. Häufig treten diese jedoch als Folge von Verschleißerscheinungen im Gelenk auf. Sehr oft bilden sich diese nach einer sogenannten Mikrofrakturierung. Dabei handelt es sich um ein operatives Verfahren, bei dem der Knochen des Patienten angebohrt wird, um neues Knorpelgewebe aus den austretenden Stammzellen zu bilden.

(COX-)ARTHROSE

Unter Coxarthrose versteht man den krankhaften Verschleiß der Hüfte (lateinisch coxa: Hüfte). Sie ist die häufigste Form der Arthrose beim Menschen. Die Abnutzung ist ein schleichender Prozess. Durch jahrelange mechanische Belastung des Hüftgelenks (z.B. durch Aneinanderreiben der Knochen aufgrund eines Hüftimpingements) kommt es zu einer fortschreitenden Abnutzung. In früheren Stadien ist nur der Gelenknorpel betroffen. Ist die Arthrose bereits weiter fortgeschritten, können sich auch Bänder, Schleimhäute, Muskelgewebe und Knochen abnutzen. Ist dieser Fall eingetreten, spricht man auch von Osteochondrose. Die Stadien einer Coxarthrose lassen sich wie folgt einteilen:



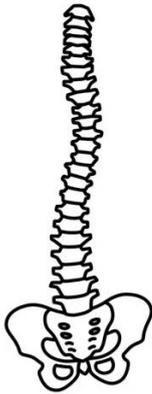
- **Grad 1:** Rauhe Knorpeloberfläche durch bereits leicht geschädigtes Knorpelgewebe
- **Grad 2:** Sichtbare Schädigung des Knorpels. Breite Oberflächenauffaserung.
- **Grad 3:** Knorpelschäden bereits weit fortgeschritten. Tiefe, bis zum Knochen ragende Schädigung mit starker Auffaserung des Knorpelgewebes.
- **Grad 4:** Der Knorpelschicht ist soweit abgebaut, dass der Knochen freiliegt.

Zu den Risikofaktoren für Coxarthrose gehören:

- Alter (>50 Jahre)
- Adipositas
- Leistungssport

Frauen sind häufiger betroffen als Männer. Um einen weiteren Verschleiß des Hüftgelenks entgegenzuwirken sollten die Ursachen bekämpft werden.

BECKENSCHIEFSTAND



Durch den Engpass im Hüftgelenk kommt es zu einer eingeschränkten Beweglichkeit der Hüfte. Unterscheidet sich die Beweglichkeit oder Stabilität der linken von der rechten Hüfte, kann es zu einem Kippen oder Drehen des Beckens kommen. Dies kann zu einer Reihe an weiteren Folgeerscheinungen führen. Dazu zählen eine Beinlängendifferenz, funktionale Skoliose, Schulterschiefstand, Rückenbeschwerden, abstehende Schulterblätter, Rundrücken und Geierhals.

BANDSCHEIBENVORFALL

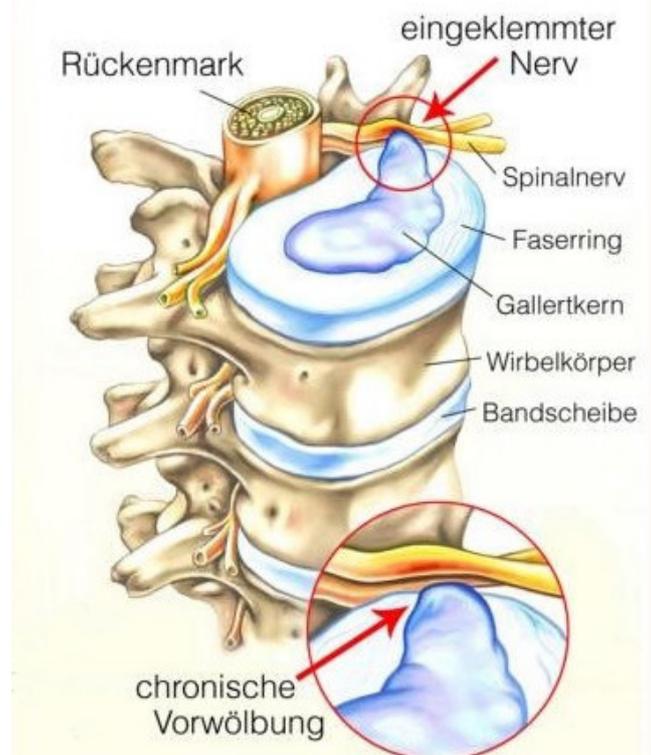
Dadurch, dass die Hüfte im Falle eines Impingements ihre Funktion nicht mehr richtig ausführen kann, kommt es zu Kompensationsmechanismen. Das Becken kippt oder dreht sich, um sich der eingeschränkten Funktionalität anzupassen. Die Wirbelsäule, welche am Becken ansetzt, muss sich schließlich an dem ungleichen Becken entsprechend ausrichten um sich an die Schwerkraft anzupassen. Dadurch kann es zu einseitigen Belastungen der Wirbelsäule kommen. Folglich verteilt sich die Last auf eine geringere Fläche. Nehmen wir uns wieder folgende Formel zu Hilfe, so kommen wir zu dem Schluss, dass durch eine kleinere Fläche im Nenner der Druck auf die Bandscheiben steigt.

$$\text{Druck} = \frac{\text{Kraft}}{\text{Fläche}}$$

Eine Degeneration der Bandscheiben ist also im Falle eines Hüftimpingements keine Seltenheit.

Der Mensch hat insgesamt 23 Bandscheiben. Das Innere der Bandscheibe besteht aus dem sogenannten Gallertkern, welcher von einem harten Faserring umgeben ist. Die Funktion der Bandscheibe ist eine Dämpfung der Kräfte auf die Wirbelkörper. Bekommt der Faserring kleine Risse, kann sich der Gallertkern nach außen vorwölben (Protrusion). Durchbricht der Gallertkern den Faserring, kommt es zum Bandscheibenvorfall (Prolaps / Discusprolaps). In der Folge kann er auf Nerven drücken und Schmerzen auslösen. Ein Bandscheibenvorfall kann jedoch auch komplett symptomfrei sein. So konnte in einer Studie nach Brinjikji et al. [14] bei 37% der untersuchten 20-jährigen Patienten ein Bandscheibenvorfall gefunden werden, ohne dass diese von Symptomen betroffen waren.

Bandscheibenvorfall im Lendenwirbelbereich



OPERATION - SINN ODER UNSINN?

Minimalinvasiver Eingriff - Alles halb so wild?

Die Argumentation klingt schlüssig und für viele ist die Option einer Operation sehr verlockend. Es wird schließlich der Eindruck erweckt, dass durch einen kleinen „minimalinvasiven Eingriff“ das Problem behoben wird und der Patient nach einer kurzen Rehabilitation wieder völlig beschwerdefrei ist. Bei sehr vielen hält der positive Effekt im besten Fall jedoch nur kurzfristig an. Im schlechtesten Fall macht eine Operation alles noch schlimmer.

Was sagt die wissenschaftliche Evidenz?

Es gibt einige Publikationen, die die Wirksamkeit einer Hüftarthroskopie bei einem femoroacetabulären Impingement bestätigen.

In einer Studie nach J.W.Byrd et al. aus dem Jahre 2009 [15] zeigt sich eine Verbesserung durch eine Operation bei 83 % der Patienten mit einem femoroacetabulären Impingement. Dabei wird angegeben, dass die durchschnittliche Verbesserung bei 20 Punkten der Harris Hip Skala beträgt. Dabei handelt es sich um einen Fragebogen, mit dem der Erfolg einer Hüftoperation erfasst werden kann. Die Range reicht von -17 (Es wurde schlechter nach der Operation) bis +60 (Es wurde viel besser).

Die Ergebnisse der Studie scheinen vielversprechend. Aber wenn wir uns die Sachlage etwas genauer anschauen wird deutlich, dass es in der Realität ganz anders aussieht.

Der Harris Hip Score Fragebogen

Der Fragebogen wird dem Patienten vor und nach der Operation ausgehändigt. Es werden Punkte zu Schmerzen, Bewegungseinschränkungen, Alltagstauglichkeit und allgemeiner Gehfähigkeit abgefragt. Am Ende wird das Ergebnis in einer entsprechenden Punktzahl ausgedrückt. Diese muss mindestens 20 Punkte mehr als vor der OP ergeben, damit die Operation als erfolgreich gewertet werden kann. Jedoch ist es ziemlich einfach, diese 20 Punkte nach erfolgter OP zu bekommen.

Doch um das zu verstehen, füllen wir den Fragebogen einmal probeweise aus. Du kannst den Harris Hip Score Fragebogen auch im Internet finden und selbst ausfüllen. Folgender Link führt dich zum Fragebogen:

https://www.orthopaedicscore.com/scorepages/harris_hip_score.html

Beim 1. Punkt werden die allgemeinen Hüftschmerzen abgefragt. Wir wählen probeweise den vorletzten Punkt:

Marked pain, serious limitation of activities

(Deutsch: Deutliche Schmerzen, starke Einschränkung von Aktivitäten)

Wenn du nach unten scrollst kannst du bereits jetzt sehen: Deine Punktzahl beträgt JETZT SCHON 10 Punkte! Aber lass uns weiter machen!

Wir wählen jetzt anstatt „marked pain, serious limitation of activities“ folgende Antwort:

Moderate pain, tolerable but makes concessions to pain. Some limitations of ordinary activity or work. May require occasional pain medication stronger than aspirin

(Deutsch: Schmerz erträglich, jedoch Behinderung bei gewöhnlicher Aktivität, gelegentlich stärkere Schmerzmittel als Aspirin erforderlich)

Wir scrollen runter und sehen: 20 Punkte. Würdest du eine OP als erfolgreich ansehen, wenn du noch immer im Alltag eingeschränkt bist und gelegentlich starke Schmerzmittel brauchst?

Wählen wir die oberste Antwort:

None, or ignores it

(Deutsch: Keine Schmerzen, oder Schmerzen werden ignoriert)

Du könntest also noch immer Schmerzen haben, diese jedoch ignorieren und deinen täglichen Aktivitäten nachgehen und erhältst dafür satte 44 Punkte! Du erlangst also trotz Schmerzen eine Top Punktzahl in dieser Skala. Schauen wir uns schließlich ein Szenario vor und nach der OP an. Nehmen wir an du hast vor der OP deutliche Schmerzen und ein starkes hinken. Wir beantworten also die erste Frage mit:

Marked pain, serious limitation of activities

(Deutsch: Deutliche Schmerzen, starke Einschränkung von Aktivitäten)

Zusätzlich markieren wir die Antwort bei „limp“ (deutsch: Hinken)

Severe or unable to walk

(Deutsch: schwerwiegendes Hinken oder komplett unfähig zu Gehen)

Wir erhalten vor der OP einen Score von 10. Nach der OP hast du noch immer leichte Schmerzen und leichtes hinken. Die Antworten im Fragebogen wären:

Mild pain, no effect on average activities, rarely moderate pain with unusual activity, may take aspirin

(Deutsch: milde Schmerzen, keine Auswirkung auf die durchschnittliche Aktivität, selten mäßige Schmerzen nach ungewohnten Tätigkeiten, gelegentlich z.B. Aspirin.)

und bei der Frage Limp:

Slight **(Deutsch: leicht)**

Nach der Operation erhältst du also einen Score von 38. Die Differenz der Punkte vor und nach der Operation beträgt also 28 (38-10)

Die OP zählt also als erfolgreich, obwohl du noch immer Schmerzen hast, leicht hinkst und ab und zu Aspirin nehmen musst.

Wie aus obigen Beispiel ersichtlich ist der Harris Hip Score Fragebogen also nicht das passende Werkzeug, um den Erfolg einer Operation zu erfassen.

Eine weitere Studie aus dem Jahr 2012 nach Mannion et al. [16] legt die Erfahrung von 86 Patienten mit einer Operation zur Korrektur eines Hüftimpingements offen. Es wurde die Motivation der Patienten, sich einer OP zu unterziehen und die Erwartung an diese befragt. Die Hauptmotivation sich operieren zu lassen, war eine Schmerzlinderung. Am zweitwichtigsten war den Patienten, eine Verschlechterung der Situation vorzubeugen. Letztlich war ihnen auch eine Verbesserung der Bewegungsmöglichkeiten wichtig.

Für die Erwartungen an eine Hüftimpingement OP ergaben sich folgende Ergebnisse:

- 57 % der Patienten erwarteten von der OP, dass die Hüftschmerzen viel besser werden.
- 40% gingen von einer moderaten Besserung nach der OP aus
- 46 % erwarteten, dass sie nach der OP viel besser Sport treiben können
- 37% gaben an, nach der OP wieder besser Sport machen zu können

Diese Erwartungen sind nicht zu hoch gesteckt. Die Patienten wollen lediglich ein Leben ohne Hüftschmerzen und Bewegungseinschränkungen zurück und wieder uneingeschränkt Sport treiben.

12 Monate nach der OP wurden die Patienten erneut befragt, ob die Operation ihre Erwartungen erfüllt hat. Die Befragung kam zu einem ernüchternden Ergebnis:

- Bei 56 % der Patienten wurde die Erwartung an eine OP NICHT erfüllt.
- 61 % waren enttäuscht von den Verbesserungen bei sportlichen Aktivitäten.
- 53 % waren enttäuscht von der Verbesserung der Hüftfunktionalität.
- 33-45% waren enttäuscht in Bezug auf mentales Wohlbefinden und Gehfähigkeit.

Es wird also ersichtlich, dass bei ÜBER DER HÄLFTE der Patienten die Erwartungen an eine Operation nicht erfüllt wurden.

Wie bewerteten die Patienten die Effektivität einer Operation?

- 29 % gaben an, die Operation habe ihnen viel geholfen.
- 39 % antworteten, die OP habe ihnen etwas geholfen. Aber tatsächlich hat sie nicht alle Probleme des FAI's gelöst.
- 21 % sagten, die OP habe nur ein bisschen geholfen.
- 9% klagten, dass die OP gar nicht geholfen hat
- 2 % berichteten, dass die OP alles noch verschlimmert hat

Vergleicht man die 29 % der Patienten die wirklich zufrieden waren mit einer OP mit den restlichen 71 % die nicht zufrieden waren, wird schnell klar, dass eine Hüftimpingement OP nur in wenigen Fällen wirklich zielführend für die Patienten ist.

Zusammenfassend kann also davon ausgegangen werden, dass eine Hüftarthroskopie laut aktueller Studienlage bei der Erfüllung der durchaus legitimen, simplen Erwartungen der Patienten versagt. Den Patienten bleibt die Entscheidung selbst überlassen, ob sie sich einen derartigen Eingriff unterziehen lassen. Jedoch ist kritisches Hinterfragen geboten. Eine Operation kann immer noch durchgeführt werden, wenn alle anderen Methoden versagt haben.

DARF ICH WEITER SPORT MACHEN?

Die meisten Betroffenen eines Hüftimpingements sind Sportler. Häufig gehen sie einem bestimmten Sport sehr leidenschaftlich nach oder betreiben sogar Leistungssport. So lautet meist die erste Frage nach Erhalt der Diagnose, ob sie denn weiter Sport machen dürften. Die Antworten fallen so unterschiedlich aus, wie die Personen die sie geben. Manch ein Arzt würde zu kompletter Schonung raten und empfehlen, den Sport „an den Nagel zu hängen“. Ein Anderer würde anraten, auf nichts zu verzichten und einfach weiterzumachen. Diese widersprüchlichen Aussagen führen zu sehr viel Verunsicherung. Letztlich entstehen Selbstzweifel und es wird sich immer weniger zugetraut. Dadurch bewegen sich Betroffene immer weniger und die Schmerzsensitivität steigt. Vielleicht kennst du das Phänomen, wenn du dich über Wochen lang wenig bewegt hast und sich plötzlich Schmerzen melden. Der Körper hat verlernt, mit positiven(körperlichen) Stress umzugehen und das Nervensystem reagiert mit Schmerzen. Aus diesem Grund ist es wichtig, in Bewegung zu bleiben. Stress ist etwas Gutes, solange er kompensiert werden kann. Dies kann man in vielen unterschiedlichen Facetten des Lebens erkennen:

- Ein Gewichtheber wird stärker, wenn er sich körperlichen Stress (Training) aussetzt.
- Fasten, Kälteexposition, Widerstandstraining aktivieren biochemische Prozesse, die die Langlebigkeit von Organismen fördern.
- Angstpatienten gewöhnen sich an den angst-/stressauslösenden Reiz durch eine Konfrontationstherapie.
- Poröse Knochen (Osteoporose) können durch Belastung verdichtet werden und erhalten somit mehr Widerstandskraft.

Warum ist eine Schonung eher schlecht?

Gegen eine Schonung nach einer akuten Verletzung oder Entzündung ist nichts einzuwenden. Auch nach einer Operation ist natürlich vorerst Vorsicht geboten. Jedoch sollte langfristig auf Bewegung gesetzt werden, um eine angemessene Rehabilitation zu gewährleisten. Eine Schonung kann die Symptomatik verschlechtern oder gar auslösen. Doch warum ist das so?

Eine Schonung verringert die Toleranz gegenüber Stressoren

Schmerzen entstehen im Gehirn. Dieses ist an unsere Psyche und folglich an unser Verhalten gekoppelt. Diese neurologische Komponente korreliert letztlich stärker mit Schmerzen als tatsächliche Gewebeschäden wie Labrumläsionen, Knorpelschäden oder Arthrose.

Dadurch, dass wir unseren Körper nicht mehr belasten, verlernt dieser mit Belastungen umzugehen. Folglich reagiert unser Nervensystem immer stärker auf Reize und die Schmerzwahrnehmung wird intensiviert.

Korrigierende Erfahrungen werden durch Schonung nicht ermöglicht.

Dadurch, dass der Körper und das Nervensystem nicht gefordert werden, kann nicht die Erfahrung gemacht werden, dass der Körper belastbar und anpassungsfähig ist. Selbstzweifel und der Glaube, man sei nicht belastbar, bleiben bestehen. Dies fördert die Schmerzwahrnehmung und senkt die Stressresistenz.

Neben der neurologischen Komponente gibt es jedoch auch auf körperlicher Ebene Punkte, die gegen eine Schonung sprechen.

Muskeln atrophieren.

Durch fehlende Belastung veranlasst der Körper Muskelmasse abzubauen. Dadurch fehlt es dem Körper an nötiger Kraft/Koordination, um Gelenke funktional zu bewegen. Ein Hauptgrund für den Engpass in der Hüfte ist in den allermeisten Fällen eine schwache Gesäßmuskulatur. Durch Schonung wird die Symptomatik häufig verschlechtert oder gar ausgelöst, da die Hüfte nicht mehr ohne Kompensation bewegt werden kann.

Gelenke können nicht regenerieren.

Durch Schonung werden Gelenke nicht mehr ausreichend bewegt, um die sogenannte Synovialflüssigkeit zu produzieren. Diese Gelenkschmiere sorgt für eine reibungslose Bewegung im Gelenk sowie eine Versorgung der Knorpel mit wichtigen Nährstoffen.

Doch wieviel Bewegung/ Stress kann ich meinem Körper zumuten?

Die Antwort ist zwar von Fall zu Fall etwas unterschiedlich, allerdings folgt sie stets dem gleichen Prinzip:

Mache jetzt das, was du schmerzfrei machen kannst, während du daran arbeitest, was noch nicht schmerzfrei möglich ist, um langfristig wieder alles schmerzfrei machen zu können.

Schmerzen sind multifaktoriell. Wie oben beschrieben, spielt vor allem die neurologische Komponente eine starke Rolle bei Schmerzen. Eine Rehabilitation auf neurologischer Ebene erreichen wir durch eine progressive Belastungssteigerung. Durch eine allmähliche Erhöhung der Trainingsintensität gewöhnen wird also unser Nervensystem Schritt für Schritt an die zunehmende Belastung. Die Schmerzwahrnehmung wird sukzessive reduziert. Es wird die Kompetenz erlernt, sich wieder schmerzfrei körperlichen Widerständen auszusetzen.

Gleichzeitig empfiehlt es sich, spezifisch am Engpass in der Hüfte zu arbeiten. Durch spezielle Übungen kann dadurch eine funktionale Hüftbewegung wiederhergestellt werden. Kompensatorische Bewegungsmuster werden reduziert und dadurch wird letztlich der Spalt im Gelenk vergrößert.

INSIDERWISSEN VON BETROFFENEN

Die Meisten sind nach dem Erhalt der Diagnose Hüftimpingement erstmal ratlos. Einige haben eventuell schon eine gewisse Anzahl an Stunden Physiotherapie oder gar eine Operation hinter sich. Viele Betroffene berichten auch von einer langen Krankheitsgeschichte, welche durch viele Folgeoperationen gekennzeichnet ist. Auf dem teilweise langen Genesungsweg erhalten viele Patienten teils sehr widersprüchliche Informationen. Manche geben gerne dogmatische Verhaltensgrundsätze. Die Aussage „Sie sollten keinen Sport machen und sich schonen“ vom Arzt wird vom Physiotherapeuten häufig wieder revidiert. Zurück bleibt ein noch ratloserer Patient.

Ich bin heutzutage genesen und helfe anderen dabei, die Funktionalität ihrer Hüfte zurückzugewinnen. Ich habe selbst einen langen Leidensweg hinter mir. Neben Schmerzen und Frustrationen konnte ich jedoch auch viele Erfahrungen sammeln. Durch einen regen Austausch mit meinen Klienten konnte ich einen großen Erfahrungsschatz sammeln. Damit du nicht bei absolut 0 anfängst und von meinen/ unseren Erfahrungen profitieren kannst, wurde dieses Kapitel verfasst.

JEDER IST EXPERTE - AUF SEINEM GEBIET

Abhängig davon, auf welche Person du triffst, wirst du jeweils eine andere Theorie hören, was den Engpass in deiner Hüfte auslöst. Ein Arzt wird dir sagen, dass es deine Knochen sind, welche die Symptome auslösen. Die Aussagen sind meist dogmatisch. „Die Knochen sind Schuld an dem Problem und konservative Therapie wird Ihnen da nichts nützen“. Der Physiotherapeut wird dir sagen, dass ein bestimmter Muskel verspannt ist und deine Schmerzen auslöst. Im Bereich der Chirotherapie wird man davon ausgehen, dass deine Beschwerden durch verschobene Wirbel und ein damit einhergehendes dysfunktionales Nervensystem verursacht werden. Welche Theorie es auch ist, nichts davon ist so gewiss wie es oft scheint. Einen guten Experten erkennst du vor allem daran, dass er keine absoluten, dogmatischen Thesen aufstellt und keine falsche Gewissheit suggeriert. Kritisches Hinterfragen ist angebracht. Häufig ist es nicht so eindeutig wie es scheint. Vor allem Schmerzen sind von sehr vielen Faktoren abhängig. Psychische Verfassung, Glaubenssätze, Ernährung, Schlafqualität und Stress sind nicht zu vernachlässigende Faktoren bei der Entstehung von Symptomen.

EIN MRT IST NUR EINE BEGRENZTE MOMENTAUFNAHME

Bildgebende Verfahren wie die Magnetresonanztomographie (MRT) sind an sich eine sehr gute Technologie. Durch die Erstellung von Schnittbildern können Organe im menschlichen Körper sichtbar gemacht werden. So kann überprüft werden, ob alles im Normbereich liegt oder ob beispielsweise eine Bandscheibe oder ein Hüftgelenk degenerative Veränderungen aufweist. Jedoch wird häufig zu viel auf dieses Verfahren gesetzt. Zum einen ist die Methode allein in ihrer Funktion begrenzt. Muskuläre Dysbalancen, welche eine funktionale Hüftbewegung ermöglichen, können nicht erkannt werden. Zum anderen handelt es sich dabei lediglich um eine zeitlich beschränkte Momentaufnahme. Bandscheiben können beispielsweise resorbiert werden und sich komplett erholen [17]. Die Heilungschance ist zudem noch wahrscheinlicher, je größer der Vorfall ist [18]. Das MRT Bild beschreibt also nur den derzeitigen Zustand deines Körpers. Es ist also nichts „in Stein gemeißelt“. Zudem ist es höchstwahrscheinlich, dass durch ein MRT einige Zufallsbefunde ans Licht kommen, welche jedoch mit deiner aktuellen Symptomatik nichts zu tun haben. So konnte beispielsweise in einer Studie nach Rajeswaran et al. [19] bei 96% (!) der Probanden eine Abnormalität im MRT-Bild gesichtet werden. Diese waren jedoch komplett frei von Symptomen. Es gilt also, den Zusammenhang zwischen deiner aktuellen Symptomatik (Hüftschmerzen, Bewegungseinschränkungen) und den Ergebnissen der MRT zu hinterfragen.

DAS PROBLEM WIRD NIEMAND ANDERES LÖSEN

Ein Arzt kann dich operieren. Jedoch musst du nach der Operation in der Regel Übungen machen, um die Funktionalität der Hüfte wiederherzustellen. Ein Physiotherapeut kann deine verspannten Strukturen aufdehnen und dir im besten Fall noch Übungen an die Hand geben. Diese musst du jedoch auch selbst ausführen. Ein Coach kann dir nur zeigen, wie du dir selbst helfen kannst, deine Symptomatik in den Griff zu bekommen. Letztlich liegt es jedoch auch an dir, diese Tipps umzusetzen. Kurz gesagt wirst du nicht darum herum kommen, selbst daran zu arbeiten. Muskeln und Gelenke sind aktive Gewebestrukturen. Anders als bei beispielsweise einer Blinddarm Operation, die nach einer gewissen Schonungszeit in der Regel keine postoperativen Symptome mehr aufweist, verhält es sich hier anders. Die Rehabilitation muss durch aktive Arbeit des Betroffenen erfolgen.

REHABILITATION BENÖTIGT ZEIT

Menschen neigen häufig zu Ungeduld. Es ist durchaus menschlich, dass man innerhalb von ein paar Wochen wieder komplett beschwerdefrei sein möchte. Jedoch funktioniert unser Körper leider nicht so. Eine funktionale Hüftbewegung muss langsam wiedererlernt werden. Dies braucht Zeit und geschieht nicht über Nacht. Plane also einige Monate Zeit ein, um die Funktionalität deiner Hüfte wieder herzustellen.

RÜCKSCHLÄGE SIND NORMAL

Auch bei der Rehabilitation sind Rückschläge normal. Lass dich davon nicht unterkriegen. Fokussiere dich auf dein langfristiges Ziel. Im Rehabilitationbereich geht es vor allem darum, die richtige Balance zu finden zwischen Belastung der Strukturen und Regeneration/Entspannung. Gehe gegebenenfalls einen Schritt zurück, um erneut Anlauf zu nehmen.

DIE PSYCHE LEIDET AUCH

Viele Betroffene leiden auch psychisch stark unter dem Engpass in der Hüfte. Der Alltag ist häufig von Schmerzen bestimmt. Zudem können bestimmte Tätigkeiten nicht mehr problemlos ausgeführt werden. Einige klagen über starke Schmerzen in der Nacht oder morgens nach dem Aufstehen. Außerdem kommen noch viel Ungewissheit, katastrophisierende Gedanken und eine häufig sehr unbefriedigende Ärzteodyssee hinzu. Letztlich fühlt sich der Patient allein gelassen und ohnmächtig, da die unterschiedlichen Aussagen der Ärzte und Experten sich widersprechen. So berichten viele Betroffene von psychischen Leiden. Gleichzeitig denken diese jedoch, dass es nur ihnen so geht. Sei dir bewusst, dass dies nicht so ist. Es ist völlig normal, dass du psychisch darunter leidest.

OP FÜHRT HÄUFIG ZU FOLGEOPERATIONEN

Leider führt eine Operation häufig nicht zu einer Besserung. Darauf folgt nicht selten eine weitere Eingriff. Ein Teufelskreis aus Folgeoperationen beginnt. So berichten viele Betroffene von einer langen Leidensgeschichte ohne jegliche Besserung. Aktiven Rehabilitationsmaßnahmen wird in der klassischen Schulmedizin leider immer noch viel zu wenig Beachtung geschenkt.

AUF EINE OPERATION FOLGT EINE LANGE ZEIT DER TEILBELASTUNG

Je nach Eingriff, ist Gehen etwa 6 Wochen lang nur mit Unterarmstützen geboten. Nach der Teilbelastung folgt eine sukzessive Steigerung der Intensität. Eine Vollbelastung ist etwa 12 Wochen nach dem Eingriff wieder möglich. Jedoch variiert dies voll Fall zu Fall sehr stark.

HYALURON UND SCHMERZMITTEL HELFEN GUT, ABER NUR KURZFRISTIG

Neben Schmerzmitteln kann eine Hyaluronsäureinjektion in das betroffene Gelenk den Schmerzen Abhilfe verschaffen. Aufgrund der chemischen Zusammensetzung der Substanz ist diese in der Lage, Wasser zu binden. Dadurch kann die Gelenkflüssigkeit viskos gehalten werden, was eine bessere Gleitfähigkeit im Gelenk zur Folge hat. Dadurch können Schmerzen und Bewegungseinschränkungen reduziert werden. Dieser Effekt ist jedoch nur von begrenzter Dauer, da die eigentliche Ursache des Problems damit nicht gelöst wird. Möchtest du jedoch kurzfristige Symptomlinderung kann sich eine Hyaluronsäureinjektion durchaus lohnen.

VOR ALLEM SPORTLER SIND VON DER DIAGNOSE BETROFFEN

Die meisten Betroffenen sind Sportler. Am häufigsten vertreten sind folgende Sportarten:

- Fußball
- Reiten
- Eishockey
- Laufen
- Gewichtheben
- Yoga

HÄUFIG IST HÜFTPROBLEMATIK NICHT DAS EINZIGE PROBLEM

Selten tritt ein Hüftimpingement ohne Begleiterscheinungen auf. Kompensatorische Bewegungsmuster führen zu mehreren Beschwerden. Folgende Begleiterscheinungen können häufig in Verbindung mit einem Hüftimpingement auftreten:

- Beinlängendifferenz
- Knieschmerzen
- Beckenschiefstand
- Rückenschmerzen
- Bandscheibenvorwölbung oder -vorfall
- Schulterschiefstand
- Schulterimpingement
- Rundrücken
- Geierhals
- Nackenschmerzen
- uvm.

LITERATURVERZEICHNIS

- [1] FRANK J.M.; HARRIS J.; ERICKSON B.; SLIKKER W.; BUSH-JOSEPH C.; SALATA M.; NHO S.: 2015: Prevalence of Femoroacetabular Impingement Imaging Findings in Asymptomatic Volunteers: A Systematic Review; *Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic & Related Surgery*, Volume 31, Issue 6, June 2015, Pages 1205-1206
- [2] CHACRAVERTY J; SULLIVAN C.; GAN C.; NARAYANASWAMY, SRIDHAR KAMATH; 2013: Cam and Pincer Femoroacetabular Impingement: CT Findings of Features Resembling Femoroacetabular Impingement in a Young Population Without Symptoms; *American Journal of Roentgenology*. 2013;200: 389-395. 10.2214/AJR.12.8546
- [3] KANG A.; GOODING A.; COATES M.; GOH T.; ARMOUR P.; RIETVELD J.: 2010: Computed Tomography Assessment of Hip Joints in Asymptomatic Individuals in Relation to Femoroacetabular Impingement; *The American Journal of Sports Medicine*; March 12, 2010 ; Volume: 38 issue: 6, page(s): 1160-1165
- [4] JUNG K.A.; RESTREPO C.; HELLMANN M.; ABDELSALAM H.; MORRISON W.; PARVIZI J.: 2011: The prevalence of cam-type femoroacetabular deformity in asymptomatic adults; *The Journal of Bone and Joint Surgery*; 1. Okt. 2011; Vol 93-B; No. 10
- [5] KEENEY J.; PELLE M.; JACKSON J.; RUBIN D.; MALONEY W.; CLOHISY J.; 2004: Magnetic Resonance Arthrography versus Arthroscopy in the Evaluation of Articular Hip Pathology; December 2004; Volume 429; pp 163-169
- [6] SMITH TO.; HILTON G.; TOMS AP.; DONELL ST.; HING CB; 2011: The diagnostic accuracy of acetabular labral tears using magnetic resonance imaging and magnetic resonance arthrography: a meta-analysis; 2011 Apr;21(4):863-74
- [7] MASLOWSKI E.; SULLIVAN W.; FORSTER HARWOOD J.; GONZALEZ P.; KAUFMAN M.; VIDAL A.; AKUTHOTA V.: The diagnostic validity of hip provocation maneuvers to detect intra-articular hip pathology; 2010 Mar;2(3):174-8
- [8] LEE A. J. J.; ARMOUR P.; THIND D.; COATES M.H.; KANG A.C.L.; 2015: The prevalence of acetabular labral tears and associated pathology in a young asymptomatic population; *The Bone and Joint Journal*; Vol. 97-B No.5
- [9] LECOUVET F. E.; VANDE BERG B. C.; MALGHEM J.; LEBON C. J.; MOYSAN P. JAMART J.; MALDAGUE B. E.: MR imaging of the acetabular labrum: variations in 200 asymptomatic hips; *American Journal of Roentgenology*; 1996;167: 1025-1028
- [10] SCHMITZ MR; CAMPBELL SE; FAJARDO RS; KADRMAS WR; Identification of acetabular labral pathological changes in asymptomatic volunteers using optimized, noncontrast 1.5-T magnetic resonance imaging; *The American journal of sports medicine*; 2012 Jun;40(6):1337-41
- [11] SMITH M.; PANCHAL H.; THIELE R.; SEKIYA J.: Effect of acetabular labrum tears on hip stability and labral strain in a joint compression model; *The American journal of sports medicine*; 2011 Jul; 39 Suppl:103S-10S.

[12] KRYCH A.; KUZMA S.; KOVACHEVICH R.; HUDGENS J.; STUART M.; LEVY B.; 2014: Modest mid-term outcomes after isolated arthroscopic debridement of acetabular labral tears, Springer, 763–767(2014)

[13] SCHILDERS E.; DIMITRAKOPOULOU A.; BISMIL Q.; MARCHANT P.; COOKE C.; 2011: Arthroscopic treatment of labral tears in femoroacetabular impingement: a comparative study of re-fixation and resection with a minimum two-year follow-up; *The Journal of bone and joint surgery*; 2011 Aug;93(8):1027-32

[14] BRINJIKJI W.; LUETMER P.H.; COMSTOCK B.; BRESNAHAN B.W.; CHEN L.E.; DEYO R.A. HALABI S.; TURNER J.A.; AVINS A.L.; JAMES K.; WALD J.T.; KALLMES D.F.; JARVIK J.G.: Systematic Literature Review of Imaging Features of Spinal Degeneration in Asymptomatic Populations; *American Journal of Neuroradiology* April 2015, 36 (4) 811-816

[15] BYRD J.W.; JONES K.S.;2009: Arthroscopic Femoroplasty in the Management of Cam-type Femoroacetabular Impingement, *Clinical Orthopaedics and related Research*, 467(3): 739–746

[16] MANNION A.F.; IMPELLIZZERRI F.M.; NAAL F.D.; LEUNIG M.; 2012: Fulfilment of patient-rated expectations predicts the outcome of surgery for femoroacetabular impingement; *Osteoarthritis and Cartilage*; Volume 21, Issue 1, Pages 44–50

HAFTUNGSAUSSCHLUSS

Die hier dargestellten Inhalte dienen ausschließlich der neutralen Information und allgemeinen Weiterbildung. Sie stellen keine Empfehlung oder Bewerbung der beschriebenen oder erwähnten diagnostischen Methoden, Behandlungen oder Arzneimittel dar. Dieses Programm erhebt weder einen Anspruch auf Vollständigkeit noch kann die Aktualität, Richtigkeit und Ausgewogenheit der dargebotenen Information garantiert werden. Der Text ersetzt keinesfalls die fachliche Beratung durch einen Arzt oder Apotheker und er darf nicht als Grundlage zur eigenständigen Diagnose und Beginn, Änderung oder Beendigung einer Behandlung von Krankheiten verwendet werden. Konsultieren Sie bei gesundheitlichen Fragen oder Beschwerden immer den Arzt Ihres Vertrauens! Es wird keine Haftung für Unannehmlichkeiten oder Schäden übernommen, die sich aus der Anwendung der hier dargestellten Information ergeben.