

**inform exklusiv**

Nur in der Ausgabe für Mitglieder  
von Physio Austria enthalten:  
12 Seiten Berufspolitik, Tipps und  
Services für PhysiotherapeutInnen



Zeitschrift von Physio Austria, dem Bundesverband  
der PhysiotherapeutInnen Österreichs

**Nr. 3 · Juni 2011**

# inform

## Hüfte und Physiotherapie

Neue sowie laufend verfeinerte  
Diagnosemöglichkeiten und  
Behandlungsverfahren stellen im  
Bereich der Hüfterkrankungen neue  
Herausforderungen an ÄrztInnen  
wie PhysiotherapeutInnen dar.  
Interdisziplinäre Zusammenarbeit ist  
gefragt. >>

# Das Impingement und Sport

Die Sensitivität der SportorthopädInnen bezüglich sportorthopädischer Hüftprobleme hat sich seit Beginn des neuen Jahrtausends wesentlich geändert. Waren es bis Ende der 90er Jahre neben den eher seltenen schwerwiegenden Lehrbuchdiagnosen wie Mb. Perthes, Epiphysiolyse, Dysplasie, Hüftkopffödem/-nekrose oder Coxarthrose noch hauptsächlich unspezifische Diagnosen wie Adduktorenzerrung, Synovitis („Gelenksschnupfen“) oder „Entzündung“, so erlangte mit Anfang des letzten Jahrzehnts das sogenannte „Impingement“ einen immer bedeutenderen Stellenwert.

## Mit zunehmender Anzahl von Publikationen in der internationalen Literatur erlebt die differenzierte Diagnostik des Hüftgelenks insbesondere bei SportlerInnen eine Renaissance.

Immer mehr richtet sich das Augenmerk auf dieses Impingement mit den bekannten Begleitpathologien wie Labrumläsion, Knorpeldefekt oder freie Gelenkskörper, was auch dazu geführt hat, in der Diagnostik spezifisch vorzugehen. Heute gehört es z.B. zum Standard in der Abklärung von Hüftschmerzen bei jungen SportlerInnen neben Klinik und Übersichtsröntgen vor allem spezielle Röntgenbilder (sogenannte „Dunn View“) aber auch MR-Arthrographien anfertigen zu lassen (MRI mit Kontrastmittel im Hüftgelenk), um die einzelnen Strukturen des Gelenks, insbesondere das Labrum, so exakt wie möglich darzustellen.

Die häufigsten Hüftprobleme in der Sportorthopädie sind mit über 50 Prozent Anteil Symptome die unter den Begriff „femoroacetabuläres Impingement“ fallen. SportlerInnen mit derartigen Problemen kommen häufig aus Sportarten mit starker Stop and Go-Belastung bzw. intensiver Sprungtätigkeit (Basketball, Volleyball, Handball) oder Sportarten mit häufigen Richtungs-, bzw. Lastwechseln (Fußball, Schifahren etc.).

Immer öfter sieht man auch LangläuferInnen („skating“) oder LeichtathletInnen (Hürdenlauf, Weit-, Hochsprung etc.). Meistens ist es die Kombination aus jahrelangem Springen auf hartem Hallenboden oder auch Tartan, die zu Einklemmungen („Impingement“) oder Abnützung (Früharthrose bzw. Arthrose) bei den noch relativ jungen PatientInnen führt.

61 Prozent dieser SportlerInnen mit „Impingement“ haben darüber hinaus auch noch eine sogenannte Labrumläsion, was die Behandlung nicht gerade einfacher macht. Das „Labrum“ an der Hüfte ist am ehesten mit dem Meniskus am Knie zu vergleichen, und ähnlich wie am Knie hat das Labrum an der Hüfte auch eine sehr wesentliche biomechanische Bedeutung. Nicht unbedingt im Sinne der Dämpfung, aber sehr wohl als

Stabilisator und „Dichtungsring der Hüfte“, der verhindert, dass die Gelenksflüssigkeit verloren geht und dem „Heißlaufen“ des Gelenks und damit der vorzeitigen Abnützung Vorschub leisten kann. Bei eingerissenem oder verschlissenen Labrum kommt es zur vorzeitigen Arthrose der Hüfte. Das Labrum ist wesentlich zur Verhinderung der Knorpeldegeneration (Arthrose).

Ein kaputtes Labrum soll daher unbedingt repariert und vor allem nach Möglichkeit erhalten bleiben.

Bei klinisch eindeutig verifiziertem Impingement mit diagnostiziertem Labrumdefekt kommt nach erfolgloser konservativer Therapie nur die chirurgische Sanierung, im besten Fall Rekonstruktion des Labrums in Frage.

Hiefür bieten sich drei sehr unterschiedliche chirurgische Verfahren an.

1. Offene Chirurgie mit großem Schnitt und Luxation des Hüftkopfes
2. Arthroskopie mit Labrumrekonstruktion unter Verwendung von sogenannten „Fadenankern“
3. „Mini-open Technik“, d.h. zunächst Arthroskopie zur genauen Lokalisation des zugrunde liegenden Risses, anschließend offene Rekonstruktion mit Zugang von vorne (Gefahr für den N. cutaneus femoris lat.) ohne Luxation des Hüftgelenks

In groß angelegten retrospektiven Studien konnte gezeigt werden, dass alle drei Methoden effektiv sind was Schmerzreduktion und Funktionsverbesserung betrifft. Alle drei Methoden sind relativ sicher. Offene Operationen mit Luxation und „mini open“-Eingriffe haben jedoch mehr schwerwiegende Komplikationen (bis zu 20 Prozent) wie z.B. Pseudarthrosen (nicht verheilende Trochanterosteotomie), periartikuläre Verknöcherungen, Verwachsungen durch den großen Schnitt und die längere Immobilisierung oder Nervenverletzungen im Rahmen des chirurgischen Zugangs (vor allem beim „vorderen Zugang“ im Rahmen von „mini-open“). >>



Eine Möglichkeit eines sportartspezifischen, koordinativen Skills für Basketball.



FOTO: PATRICK JURICEK, SABRES VIENNA

**Eishockey ist eine typische Sportart mit häufiger großer Hüftbewegung (S90 + Innenrotation + Adduktion) und kann daher häufig zu einem Hüftimpingement führen.**

Schwere Komplikationen werden bei der Arthroskopie in der Literatur mit bis zu 5 Prozent angegeben, diese sind auch zumeist wesentlich weniger einschneidend und oft reversibel (z.B. temporäre Schädigung des N. pudendus durch die Traktion am Bein mit vorübergehenden Gefühlsstörungen).

Der wesentlichste Vorteil der arthroskopischen Hüftgelenkschirurgie ist sicher die Möglichkeit der frühzeitigen und relativ aggressiven Mobilisation postoperativ. Nach dekomprimierenden Eingriffen (reines Impingement ohne Labrumchirurgie) erhalten die PatientInnen zwei Unterarmstützkrücken und sollten zwei Wochen lang im 4-Punktengang mobilisiert werden, isometrischer Muskelaufbau ist sofort erlaubt. Nach arthroskopischen Labrumrekonstruktionen werden drei Wochen 3-Punktengang, dann drei Wochen 4-Punktengang empfohlen und die PatientInnen dürfen keine endlagigen Rotationen in der Hüfte machen.

Abschließend muss eindringlich darauf hingewiesen werden, dass vor allem die arthroskopische Labrumrekonstruktion eine technisch sehr schwierige Operation ist, die eine sehr flache Lernkurve aufweist und daher nur erfahrenen OperateurlInnen vorbehalten bleiben sollte.

Ist ein entsprechendes OP-Ergebnis arthroskopisch nicht zu erzielen, ist es auch heutzutage noch sinnvoller ein seriöses Ergebnis (z.B. stabile Refixation des Labrums) im Rahmen einer offenen Operation anzustreben.

### Ausflug in die Sportphysiotherapie:

Die Rehabilitation verletzter oder operierter SportlerInnen gestaltet sich in den Grundzügen ähnlich wie bei weniger sportlichen PatientInnen. Die Orientierung an den Wundheilungsphasen der einzelnen verletzten

Gewebestrukturen ist bei beiden Gruppen wichtig. Unterschiedlich sind allerdings die Ausgangssituation (Trainingszustand, Koordination, Kraft, Ausdauer, etc) und vor allem die Ziele (volle Sportbelastbarkeit inklusive High Impact Belastbarkeit in möglichst kurzer Zeit).

Daher wird üblicherweise bei LeistungssportlerInnen direkt postoperativ etwas aggressiver vorgegangen als bei „normalen“ PatientInnen. SportlerInnen, speziell AusdauersportlerInnen, haben außerdem etwas kürzere Regenerationszeiten der einzelnen Gewebe, was ein schnelleres Vorgehen zusätzlich rechtfertigt.

Bei den oben beschriebenen Hüfterkrankungen bzw. -verletzungen und den daraus resultierenden Rehabilitationsmaßnahmen muss leider häufig zusätzlich auf einen geschädigten hyalinen Knorpel Rücksicht genommen werden. Es gilt, die Turnover-Zeit der Synovialflüssigkeit abzuwarten (rund zehn Tage) um den eventuell schon vorgeschädigten Knorpel in einer Situation von schlechter Schmierung und Ernährung nicht übermäßig zu belasten.

Die einzelnen Phasen der Rehabilitation sind individuell auf den/die jeweilige/n SportlerIn und dessen/deren Sportart abzustimmen. So werden koordinative Skills und Maximalkrafttraining bei RadrennsportlerInnen weniger intensiv ausfallen als beispielsweise bei BasketballspielerInnen.

Der (Wieder-)Aufbau der einzelnen sportmotorischen Grundlagen bedarf einiges an Wissen und Erfahrung auf dem Gebiet der Sportphysiotherapie, sowie Kenntnis und Analysefähigkeit der belastendsten Tätigkeiten während der Sportausübung (z.B. Sprung/Landung, Sprint-Schlüsseldistanzen, Gegnerkontakt ja/nein, etc.). Aufbauend auf diese Grundlagen wird ein individuell abgestimmtes und Sportart-



FOTO: ALEXANDER BAILLOU, PT

### Alexander Baillou, PT

Ausbildung an der Akademie für Physiotherapie am AKH Wien, Diplom 2001  
2001–2007: Evangelisches Krankenhaus Wien Währing, Orthopädie/Unfallchirurgie, zusätzlich freiberuflich tätig  
Mittlerweile drei eigene Praxen in Wien  
Fortbildungen: u.a. ESP Sportphysiotherapie, Manuelle Therapie nach Maitland  
Autor sportphysiotherapeutischer Artikel in Sportmagazinen  
Regelmäßiger Vortragender PFA Fitness- und Gesundheitstrainerausbildung  
Vortragender auf Kongressen (ASHA, GOTS) zum Thema Rehabilitation nach Hüftarthroskopie  
Mitglied der ASHA (Österreichische Gesellschaft für Hüftarthroskopie)  
Mitglied der GOTS (Gesellschaft für orthopädisch-traumatologische Sportmedizin)

spezifisches Rehabilitationsprogramm erstellt, durchgeführt, evaluiert und angepasst. Zumeist beinhaltet dieses zu Beginn viele koordinative Skills in verschiedenen, erlaubten Ausgangspositionen und Belastungen, später Krafttraining (z.B. nach dem KraftRehabilitationsSystem KRS).

Speziell nach Cam- oder Pincerresektion, welche unter anderem ein größeres Bewegungsausmaß des Hüftgelenks zum Ziel haben, sind neben den aktiven Übungen gerade in den ersten Wochen passive Maßnahmen zur Verbesserung der Mobilität besonders wichtig.

Nach Erreichen der ersten gesteckten Koordinations-, Mobilitäts- und Kraftziele wird ein Transfer gemacht um die erworbenen Fähigkeiten Sportart-spezifisch umzusetzen. Vielseitig zielorientierte Kraft, Plyometrisches Training und gegebenenfalls Übungen um den ursprünglichen Verletzungsmechanismus zu verhindern („Train the trauma“) werden aufgebaut.

- Univ.Prof.Dr. Klaus Schatz, Leiter der Sportorthopädie an der Universitätsklinik für Orthopädie, Wien  
Vizepräsident der ASHA  
Alexander Baillou, PT