

physio**praxis**

Die Fachzeitschrift für Physiotherapie

Artikel aus **physiopraxis**

physiopraxis ist eine unabhängige Zeitschrift und erscheint im Georg Thieme Verlag.

Adresse

Georg Thieme Verlag KG
Redaktion physiopraxis
Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart
Tel.: 07 11/89 31-0, Fax: 07 11/89 31-871
E-Mail: physiopraxis@thieme.de

Fragen zum Abonnement

Georg Thieme Verlag KG
KundenServiceCenter Zeitschriften
Rüdigerstr. 14, 70469 Stuttgart
Tel.: 07 11/89 31-321, Fax: 07 11/89 31-422
E-Mail: aboservice@thieme.de

www.thieme.de/physioonline



„Hier kann Mobilisation schaden“

FEMOROACETABULÄRES IMPINGEMENT Adduktorenreizung, weiche Leiste, Psoas-Syndrom. Das sind drei der Fehldiagnosen, mit denen Patienten mit femoroacetabulärem Impingement zur Physiotherapie kommen. Mit nur drei Tests können Therapeuten das Impingement erkennen – und werden dann nicht passiv mobilisieren. Denn das wäre schädlich.



Frank Diemer ist Physiotherapeut und Sporttherapeut. Gemeinsam mit Volker Sutor und Nedeljko Goreta betreibt er das Institut „Fortbildung für Orthopädische Medizin und Manuelle Therapie (FOMT)“. Er ist Mitautor der Bücher „Praxis der Medizinischen Trainingstherapie“.

Frank, was verbirgt sich hinter einem femoroacetabulären Impingement (FAI)?

Das FAI ist eine Einklemmung zwischen den Gelenkpartnern des Hüftgelenks, also dem Femur und dem Acetabulum. Es wird ausgelöst entweder durch zu viel Knochen am Femur, wodurch der kranioventrale Teil des Femurhalses abflacht, oder durch zu viel Knochen am Acetabulum. Bei beiden Varianten kommt es bei der Hüftgelenkflexion zu einem frühen Kontakt zwischen den beiden Gelenkpartnern.

Was sind die typischen Beschwerden von Patienten mit FAI?

Verschiedene Studien geben als Paradesymptom den Kompressionsschmerz an, also einen lokalen Leistenschmerz bei Hüftgelenkflexion. Das ist auch meine Erfahrung. Für mich gibt es keinen Patienten mit FAI, der keinen Leistenschmerz hat. Die Begleitsymptome sind allerdings sehr variabel: Schmerzen am ventralen Oberschenkel, am Trochanter major, im Gesäß und so weiter.

Haben die Patienten eine spezielle Vorgeschichte?

Sie sind in der Regel nie älter als 40 Jahre, und fast alle sind Sportler, in unserer Praxis meist Fußballer. Übrigens kommen sie beinahe immer mit der falschen Diagnose. Ich habe in der Praxis noch nie ein Rezept gesehen, auf dem „FAI“ stand.

Sondern?

„Adduktorenproblematik“, „weiche Leiste“, „Leistenbruch“, „Ansatzreizung des M. rectus femoris“ oder „Psoas-Syndrom“. Am meisten wundert mich immer, wenn Muskelansatzreizungen diagnostiziert werden. Denn die Patienten mit FAI haben in der Regel

überhaupt keine Anspannungsschmerzen, sondern typischerweise Schmerzen bei passiver Bewegung. Wahrscheinlich verbinden einige Ärzte die Kombination „Leistenschmerzen“ und „Fußballer“ automatisch mit Muskelreizungen.

Das FAI ist bei Ärzten also nicht sehr bekannt?

Das kommt auf das Einzugsgebiet an. Mein Kollege Volker Sutor beispielsweise arbeitet in einem anderen Teil Deutschlands und erhält ab und an Rezepte mit der Diagnose FAI. Ich habe mal einen Patienten zum Arzt zurückgeschickt und hatte in den Bericht „Verdacht auf Impingement“ geschrieben – versehentlich ohne das Wort „Hüftgelenk“ mit zu erwähnen. Der Arzt hat sich erst gewundert und dann die Schulter akupunktiert. Zu deiner Frage: Ja, ich glaube, dieses Krankheitsbild ist immer noch nicht überall bekannt.

Du sagtest, das FAI entsteht aufgrund anatomischer Varianten. Wie oft kommen diese Veränderungen vor?

Sicherlich viel häufiger als das, was man als „normal“ bezeichnen würde. Die Frage ist lediglich, ob diese Veränderungen irgendwann Schmerzen machen oder nicht.

» Ich habe in der Praxis noch nie ein Rezept gesehen, auf dem „FAI“ stand.«

Was genau kann symptomauslösend sein? Laufen, Springen, der Torschuss?

Ich glaube nicht, dass man es an einer einzelnen Bewegung festmachen kann. Wahrscheinlich sind es eher azyklische Bewegungsmuster und Rotationsbewegungen unter Gewichtsbelastung, wie sie zum Beispiel auch beim Tennis vorkommen. Wenn dann noch wie beim Hockey eine Flexionsstellung im Hüftgelenk dazukommt, wird es ganz problematisch. Fußball hat dagegen wenigstens den Vorteil, dass du nicht gebeugt unterwegs bist.

Man kann also sagen: Es gibt eine anatomische Prädisposition, die viele Menschen haben. Die Schädigung des Labrum acetabulare geschieht dann durch vermehrte, meist sportartbedingte Gewichtsbelastungen und durch Rotationsbewegungen.

Fußballer entwickeln bekanntermaßen später oftmals Koxarthrosen. Besteht ein Zusammenhang zum FAI?

Das ist gut möglich. Die Patienten haben bis zur Diagnosestellung „FAI“ durchschnittlich zu vier bis fünf Ärzten Kontakt und eine mindestens drei bis vier Jahre lange Krankheitsgeschichte. Das heißt, das Problem wird offensichtlich erst einmal nicht erkannt. Dann doktert man so lange an ihnen herum, bis eine leichte Arthrose sichtbar wird. Irgendwann steht dann auf dem Rezept: „Idiopathische Arthrose“. Man hat die Patienten also letztendlich so lange therapiert, bis das Gelenk Veränderungen aufweist.

Du glaubst also, die konservative Therapie führt zu Arthrosen?

Vorstellbar. Der Therapeut merkt, dass die Hüftgelenkbeugung steif ist, und versucht, sie zu mobilisieren. Damit macht er das Labrum vielleicht am Ende kaputt.

Eine Mobilisation kann also deiner Meinung nach das Hüftgelenk so stressen, dass es davon Schaden nimmt?

Ja. Natürlich zusammen mit den anderen Belastungen, die das Problem ausgelöst haben und die der Patient weiterhin betreibt – weil ihm keiner gesagt hat, dass er damit vielleicht aufhören sollte. Das Fass bei den Betroffenen ist einfach voll, und deshalb kann jede zusätzliche Belastung für deren Hüftgelenk zu viel sein. Das sehen Volker Sutor und ich beispielsweise auch in den Kursen, die wir halten. Da gibt es Therapeuten, die alleine dadurch, dass jemand die Tests an ihnen geübt hat, monatelang Schmerzen im Hüft-

Klinische Diagnostik des femoroacetabulären Impingements

Fotos: Diemer F, Sutor V, Praxis der medizinischen Trainingstherapie. Bd. 1. Stuttgart: Thieme; 2007



Zur Identifizierung eines FAI helfen drei aufeinander aufbauende Tests. **Test 1** (nach T. Hase, Abb. 1) ist eine passive Innenrotation aus 90° Hüftgelenkflexion. Löst der Test den bekannten Schmerz aus, ist die Testserie beendet. Ist er negativ oder das Ergebnis unklar, erfolgt **Test 2** (ebenfalls nach T. Hase, Abb. 2): Man stellt das Bein in 90° Hüftgelenkflexion, leichte -adduktion und maximale -innenrotation ein. Anschließend erfolgt eine axiale Stauchung ins Gelenk. Ist der Test ebenfalls negativ, erfolgt **Test 3** (nach R. Fitzgerald, Abb. 3): Man stellt das Bein in Hüftgelenkaußenrotation, -abduktion und -extension ein und bewegt es (entlang des Azetabulums) in Hüftgelenkinnenrotation, -adduktion und -flexion. Sind alle drei Tests negativ, liegt wahrscheinlich kein FAI vor.

gelenk haben. Ein Labrum, das vielleicht gerade noch nicht symptomatisch ist, kann also offensichtlich schon durch klinische Tests schmerzhaft werden. Das Problem mit dem Impingement ist übrigens auch bei Hüftgelenkendoprothesen bekannt.

Inwiefern?

Wenn eine Prothese nicht anatomisch angepasst wurde, kann es ebenfalls dazu kommen, dass der Femurhals während der Flexion sehr schnell an das Acetabulum stößt. Das führt zu einer Flexionseinschränkung. Mobilisiert man hier zu aggressiv, kann das langfristig eine Lockerung der Prothese nach sich ziehen – man hebt sie quasi heraus. Oder es gibt einen Materialschaden. Es existieren ganz erschreckende Aufnahmen, auf denen man sieht, dass ein Therapeut – natürlich ohne sein Wissen – die Prothese „herausmobilisiert“ hat.

Und woher weiß ich als Therapeut, dass ein Patient mit Hüft-TEP vermutlich ein solches Impingement hat und ich deshalb nicht weiter mobilisieren sollte?

Wenn ich bei einer passiven Hüftgelenkflexion einen Schmerz in der Leiste auslösen kann, bin ich grundsätzlich vorsichtig. Denn das kann zum Beispiel kein Dehnschmerz sein. Wurde der Patient schon vor ein paar Monaten operiert und hat ein Flexionsdefizit, würde ich erwarten, dass die Beweglichkeit durch eine intensive Mobilisation nach vier bis sechs Wochen besser wird. Ist ein Patient jedoch therapieresistent und hat gleichzeitig einen Kompressionsschmerz, spricht das für eine Impingement-Symptomatik. Analog dazu ist es bei einer Kniegelenkprothese, bei der der Patient bei 90–100° Flexion Schmerzen in der Kniekehle bekommt. In einem solchen Fall nützt natürlich auch eine Narkosemobilisation nichts.

» Bei einem FAI kann die passive Mobilisation zur Entstehung einer Koxarthrose beitragen.«

Welche Tests helfen Physiotherapeuten bei Patienten ohne Hüft-TEP, ein FAI zu erkennen?

Es gibt drei Tests, die in ihrer Intensität ansteigend sind (☞ **Abb. 1–3, S. 35**). Bei allen dreien ist nur relevant, ob der typische Schmerz ausgelöst wird, nicht, ob die Bewegung eingeschränkt ist. Weil bei einer Labrumverletzung schon die Tests ein Problem auslösen können, sollte der Therapeut mit dem am wenigsten intensiven Manöver beginnen. Die ersten beiden Tests sind die nach Takao Hase, mit denen man den anterioren Labrumbereich prüft. Man beginnt mit der passiven Innenrotation in 90° Hüftgelenkflexion. Löst der Test den bekannten Schmerz aus, hält dieser vielleicht sogar nach dem Test an, und kann der Therapeut andere Faktoren wie beispielsweise eine Koxarthrose als Ursache ausschließen, muss er die beiden anderen Tests nicht mehr durchführen. Ist der Test jedoch negativ oder seine Aussage unklar, nutzt man den zweiten Test zur Absicherung. Da es sein kann, dass das Labrum

nicht – wie in den meisten Fällen – im anterioren Bereich verletzt ist, sondern mehr medial oder lateral, ist unter Umständen der dritte Test nach Robert Fitzgerald notwendig. Damit sucht man das ganze Labrum ab.

Zu welchen Krankheitsbildern muss man einen Patienten mit FAI differenzialdiagnostisch abgrenzen?

Krankheitsbilder mit ähnlicher Symptomatik sind die Koxarthrose und die Beckenring-Instabilität. Speziell die Patienten mit instabilem Beckenring sind vom Alter und ihrer sportlichen Belastungen mit FAI sehr ähnlich. Es lohnt sich daher, im Zweifel ISG-Provokationstests durchzuführen (☞ *physiopraxis* 9/07, S. 36, „Schmerzprovokationstests am ISG“) und zu prüfen, ob zum Beispiel ein Beckenstabilisationsgurt Einfluss auf die Symptome hat.

Da das FAI durch eine Kombination aus anatomischen Varianten und bestimmten Belastungen entsteht, sind Mobilisationen sinnlos und können das Problem anscheinend sogar verschlechtern. Was macht ein Physiotherapeut mit einem solchen Patienten?

Er sollte ihm das Problem erklären und Ratschläge mitgeben: für vier bis acht Wochen die symptomauslösenden Aktivitäten vermeiden, die Alltagsbelastung so weit es geht an das Problem anpassen und gegebenenfalls sogar Unterarmgehstützen verwenden, um das Gelenk zu entlasten.

Hilft solch eine kurze Entlastungsphase denn, das Problem langfristig in den Griff zu bekommen? Muss ich als Therapeut dem Patienten nicht eher sagen: „Hör auf mit dem Fußballspielen, sonst wird das nicht besser“?

Man kann von außen nicht sehen, wie stark die knöcherne Veränderung am Hüftgelenk ist. Vielleicht hat der Patient kein FAI, sondern hat sich beim Fußballspielen einen Labrumriss zugezogen. Das kommt ab und zu vor. Das Labrum kann spontan heilen, wenn man ihm durch eine Entlastungsphase die Möglichkeit dazu gibt. In diesem Fall kann es klappen, dass der Patient danach wieder Fußball spielen kann. Hat er jedoch ein FAI und hört nicht mit dem belastenden Sport auf, habe ich persönlich noch nie mitbekommen, dass er die Schmerzen irgendwann wieder los wird. Manche Betroffenen kann man überzeugen, mit dem Sport aufzuhören, indem man ihnen klarmacht, dass es unter Umständen irgendwann zur OP kommt, wenn sie sich weiterhin so belasten. Und dass sie nach der OP bis zu sechs Monate nicht werden arbeiten können.

Bis zur Belastbarkeit nach der OP dauert es so lange?

Ja. Denn das klassische Vorgehen ist eine offene OP mit Hüftgelenkluxation, Kapselentfernung, Durchtrennung des Trochanter major und oftmals einer Mikrofrakturierung des Gelenkknorpels. Danach folgen acht bis zwölf Wochen Teilbelastung. Selbst bei einem Bürojob ist der Patient insgesamt etwa drei Monate außer Gefecht. Bei Handwerkern dauert es doppelt so lange. Das können sich viele dieser jungen Patienten nicht leisten. Und selbst wenn der Eingriff arthroskopisch gemacht wird und nicht offen, ist es sehr fraglich, ob die Heilung schneller geht.

Das Gespräch führte Joachim Schwarz.