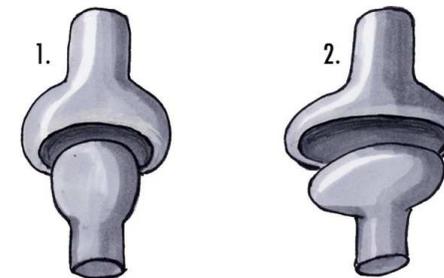


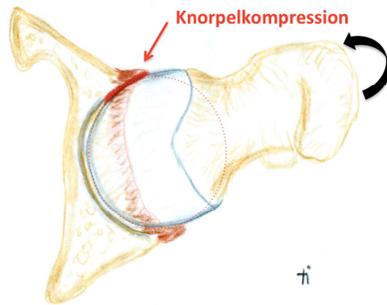
# Hüftarthrose vom mechanischen Typ

Thomas Ilchmann

Bei einer Hüftarthrose, die auf einer geometrischen Ursache basiert (Impingement)<sup>1,2</sup> hat das ursprüngliche Kugelgelenk seine Form verändert (Arthrosis deformans), Kopf und Pfanne wurden zunehmend oval. Somit sind Bewegungen nur noch auf der Achse des Ovals möglich (Eigelenk). Kommt es zu zusätzlichen knöchernen Anbauten an Kopf oder Pfanne, so wird die Hüfte in allen Richtungen „eingemauert“. Das Gelenk wird zunehmend steif, das Loslaufen kann mühsam sein, Schmerzen sind dann in der Regel weniger ausgeprägt.



Kugelgelenk (1) mit drei Bewegungsachsen und Eigelenk (2) mit nur noch einer Bewegungsachse.



Je stärker der oval deformierte Hüftkopf in die Pfanne eintaucht, desto höher wird der Druck auf den Knorpel (Cam-Deformität, Nockenwelle). Dies beschleunigt den Abbau des Knorpels.

Bestehen schon degenerative Veränderungen (Arthrose), so macht es keinen Sinn, die Form des Gelenkes mit einer Operation zu korrigieren. Das Gelenk ist bereits „eingeschliffen“, durch eine solche Operation würde es an Kongruenz verlieren (der Kopf passt nicht mehr zur Pfanne), was den Verschleiss eher beschleunigt.



Querschnitt durch deformierten Hüftkopf mit fortgeschrittener Arthrose (links). Röntgenbild einer Hüfte mit „Rundum“-Verschleiss und Anbauten vor allem an der Pfanne (rechts).

Fusspflege, Schuhe binden und Socken anziehen können mühsam werden. Auch Sitzen oder Aufstehen aus dem tiefen Sitz werden schwieriger. Die angrenzenden Gelenke, insbesondere die Wirbelsäule aber auch die Iliosakral-Gelenke und die Knie können Beschwerden machen und langfristig unter der einsteifenden Arthrose leiden (Anschlussarthrosen), weshalb die Hüfte in der Regel vor der Wirbelsäule behandelt werden sollte<sup>3</sup>.

Manipulationsversuche, um das Gelenk mobiler zu machen, führen zu Druckspitzen auf den verbliebenen Knorpel, sie können Schmerzen verursachen und sollten eher nicht erfolgen<sup>4</sup>. Die knöcherne Geometrie des erkrankten Gelenkes lässt eine bessere Beweglichkeit nicht zu, eine vermeintliche Verbesserung der Beweglichkeit kommt oft aus den Nachbargelenken.

Falls es zu stärkeren Schmerzreaktionen kommt empfiehlt sich medikamentös die Einnahme von Schmerzmitteln oder Entzündungshemmern,

Knorpelaufbausubstanzen haben keine nachgewiesene Wirkung und erbringen keine

Änderung an der geometrischen Ursache. Spritzen in das Gelenk (intraartikuläre Injektionen) sind in der Regel aus den gleichen Gründen nur kurz wirksam.

Im Alltag sollten Aktivitäten und Positionen vermieden werden, die das Gelenk in die Endstellung zwingen. Hohe Sitzmöbel oder die Verwendung von Keilkissen (auch im Auto) können hilfreich sein. Beim Sitzen und vor allem beim Aufstehen aus dem Sitzen ist es meist angenehm, wenn die Beine leicht gespreizt werden.

Innendrehen des Beines ist oft eingeschränkt oder nicht mehr möglich und sollte nicht forciert werden. Gehen ist in ebenem Gelände ist besser möglich als am Hang oder in unebenem Gelände, da dabei weniger Drehbewegungen der Hüfte erfolgen<sup>5</sup>.

Bei sportlichen Aktivitäten können übermässige oder erzwungene Drehbewegungen auftreten. Beim Golf sollte stärkere Rotation, beim Tennis grosse Ausfallschritte vermieden werden. Beim Schwimmen ist Freistil (Paddel-Beinschlag) günstiger als Brustschwimmen (Kreisbewegung). Wird Brustschwimmen bevorzugt, so sollte

bewusst darauf geachtet werden, dass der Beinschlag nicht zu raumgreifend ist. Ski Alpin kann schmerzhaft sein, vor allem beim langsamen Fahren mit Anstemmen.

Kontaktsportarten wie Fussball, Handball, Kampfsport werden meist schlecht toleriert, da es ruckartig zu grossen Bewegungsausschlägen kommt. Radfahren stellt eine geführte Scharnierbewegung dar und kann meist gut ausgeübt werden, mit zunehmender Versteifung kann das Knie leicht nach aussen anstatt nach vorne zeigen, was man tolerieren sollte. Das Besteigen des (Herren-) Rades kann mühsam werden.

Physiotherapeuten können Ihre Alltagsaktivitäten analysieren und Sie instruieren, wie Schmerzzustände möglichst vermieden werden. Beschwerden der Nachbargelenke und Muskelschmerzen können gut mitbehandelt werden.

Bleiben Sie aktiv im Rahmen der noch möglichen Beweglichkeit. Damit kommen Sie am längsten mit Ihrem erkrankten Hüftgelenk zurecht<sup>5</sup>.

Prof. Dr. med. Thomas Ilchmann, PhD

ENDO-Team  
Hirslanden Klinik Birshof  
Reinacherstr. 28  
4142 Münchenstein

[www.endo-team.ch](http://www.endo-team.ch)

[endo.info@hirslanden.ch](mailto:endo.info@hirslanden.ch)

Tel.: 061-335 2697

Literatur (kann über das Sekretariat bezogen werden)

1. **Ganz R, Leunig M, Leunig-Ganz K, Harris WH.** The etiology of osteoarthritis of the hip: an integrated mechanical concept. *Clinical orthopaedics and related research* 2008;466:264-272.
2. **Beck M, Kalhor M, Leunig M, Ganz R.** Hip morphology influences the pattern of damage to the acetabular cartilage: femoroacetabular impingement as a cause of early osteoarthritis of the hip. *The Journal of bone and joint surgery British volume* 2005;87:1012-1018.
3. **Eneqvist T, Nemes S, Brisby H, et al.** Lumbar surgery prior to total hip arthroplasty is associated with worse patient-reported outcomes. *The bone & joint journal* 2017;99-B:759-765.
4. **Bennell KL, Egerton T, Martin J, et al.** Effect of physical therapy on pain and function in patients with hip osteoarthritis: a randomized clinical trial. *JAMA : the journal of the American Medical Association* 2014;311:1987-1997.
5. **Bennell KL, Hall M, Hinman RS.** Osteoarthritis year in review 2015: rehabilitation and outcomes. *Osteoarthritis and cartilage / OARS, Osteoarthritis Research Society* 2016;24:58-70.