



**Universitätsklinikum  
Giessen und Marburg GmbH**  
**Dr. med. Bilal Farouk El-Zayat, Oberarzt**  
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie,  
Spezielle orthopädische Chirurgie,  
Sportmedizin, Chirotherapie, Notfallmedizin

Telefonanmeldung 06421/5864 904  
Fax 06421/58 64 918  
elzayat@med.uni-marburg.de  
www.ukgm.de

**Sprechstunde**  
Donnerstag 8–14 Uhr, Baldinger Straße:  
Haupteingang, Aufzug 22, Ebene -1

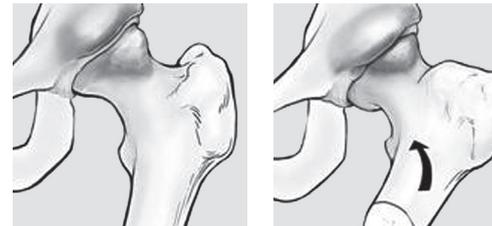
**Klinik für Orthopädie und Rheumatologie**  
Direktorin: Univ.-Prof. Dr. med.  
Susanne Fuchs-Winkelmann  
Baldingerstraße , 35043 Marburg

**Chancen, Grenzen und Risiken** Insbesondere bei jüngeren Patienten, die unter schmerzhaften Bewegungseinschränkungen der Hüfte leiden, hat die Gelenkspiegelung sehr gute Erfolgsaussichten. Sportler erreichen in der Regel das Niveau, das sie vor Beginn der Beschwerden ausüben konnten. Beschwerden, die bei tiefer Beugung oder Innendrehung der Hüfte einsetzen, können ebenfalls sehr gut therapiert werden. Weist die Hüfte allerdings einen bereits fortgeschrittenen Verschleiß mit einer Aufhebung des Gelenkspalts auf, sind der Arthroskopie und ihrer Prognose Grenzen gesetzt. Die Hüft-Gelenkspiegelung ist als minimal-invasive Operation ein Verfahren mit wenigen Komplikationen. Sehr selten kann es zu vorübergehenden Sensibilitätsstörungen im Bereich der Hautschnitte oder durch den Zug am Bein im Bereich der Füße oder am Oberschenkel kommen.

**Nachbehandlung** Werden Teile des Knochens des Kopfhalsüberganges abgetragen, sollte der Patient in der Regel für 2-4 Wochen an Unterarmgehstützen teilbelasten. Danach ist die beschwerdeadaptierte Vollbelastung gestattet. Nach 6 Wochen ist die Wiederaufnahme von Kontaktsportarten möglich. Die Operationen am Knorpel erfordern meist eine Entlastungsphase von 6 Wochen. Nach der Operation ist eine intensive Krankengymnastik unter Anleitung von Physiotherapeuten sinnvoll. Gezielt sollte am Bewegungsablauf, am Muskelaufbau und am Bewegungsumfang des Gelenks gearbeitet werden.

# HÜFTARTHROSKOPIE INFORMATIONEN FÜR PATIENTEN UND ÄRZTE

**Einleitung** Die ersten Spiegelungen der Hüfte wurden bereits vor mehreren Jahrzehnten durchgeführt. Mit Verständnis von Fehlbildungen (Abb.1), die zu einem vorzeitigen Hüftgelenksverschleiß führen können, hat ihre Bedeutung in den letzten Jahren stetig zugenommen. Dennoch beschränkt sich deren regelmäßige Anwendung bisher auf wenige Zentren in Deutschland.



1

**Indikationen** Das Verständnis der Entstehung des Hüftgelenkverschleißes hat in den letzten Jahren zugenommen. In vielen Fällen führt ein knöchernes Missverhältnis zwischen Hüftgelenkspfanne und Kopfhalsübergang des Oberschenkelknochens zu einem Anschlagen und Einklemmen von Weichteilen bei Dreh- und Beugebewegungen des Hüftgelenks. Man nennt dieses Phänomen Impingement (Abb. 1). Mit zunehmendem Lebensalter kann das zu einem Verschleiß des Hüftgelenks führen. Das Impingement lässt sich durch eine Hüft-Gelenkspiegelung erfolgreich therapieren, indem die vorstehenden Knochenanteile unter vergrößernder Sicht einer Kamera abgetragen werden. Auch Verletzungen der das Gelenk versiegelnden Gelenkklippe und des Gelenkknorpels können arthroskopisch therapiert und freie Gelenkkörper entfernt werden.

**Beschwerden** Beim Impingement-Syndrom des Hüftgelenks beklagen viele oft junge Patienten Schmerzen in der Leiste, über dem Rollhügel und im vorderen Oberschenkel. Beschwerden bestehen dort häufig im tiefen Sitzen, wie z. B. bei längeren Autofahrten oder beim Über-einanderschlagen der Beine. Typische Auslöser sind auch das Zubinden der Schuhe oder andere Bewegungen, die mit tiefer Beugung und Innendrehung des Hüftgelenks einhergehen. Sportler beschreiben Beschwerden, die während oder kurz nach Ausüben ihrer Sportart auftreten. Gerade junge Patienten haben häufig bereits andere Spezialisten zum Ausschluss von Leistenbrüchen und Harnwegs- oder Unterleibserkrankungen aufgesucht, ohne dass eine Ursache gefunden werden konnte.

**Röntgen und Kernspin-Untersuchung (MRT)** Beim Verdacht auf eine Hüftgelenkserkrankung sind Röntgen-Aufnahmen zumeist richtungweisend. Sie sollten eine Beckenübersichtsaufnahme im Stand und eine Lauenstein-Aufnahme des Gelenkes unter Abspreizung der Hüfte einschließen. In vielen Fällen wird ein Verlust des Absatzes am Kopfhalsübergang des Oberschenkelknochens sichtbar (Cam-Impingement, Abb. 2+3). In der Beckenübersicht kann ein vorstehender Pfannenrand diagnostiziert werden (Pincer-Impingement). Mitunter hinterlässt der Kontakt mit dem Acetabulum Spuren am Kopfhalsübergang im Sinne einer sog. Kissing Läsion (Abb. 3). Bei Verdacht auf ein Impingement-Syndrom der Hüfte oder auf einen Schaden am Knorpel oder der Gelenkklippe sollte ein MRT des Beckens durchgeführt werden, damit beide Hüftgelenke im Seitenvergleich beurteilt werden können (Abb. 4, 1: Cam, 2 Gelenkklippe). Die übliche MRT-Bildgebung sollte unbedingt durch eine schräge Darstellung im Verlauf des Schenkelhalses ergänzt werden (Abb. 5). Diese erlaubt genaue Aussagen über das Ausmaß der Deformität am Kopfhalsübergang, der Gelenkklippe und der Tiefe der Gelenkpfanne. Die Aussagekraft eines MRT kann durch die Gabe von Kontrastmittel in das Gelenk erhöht werden (Abb. 4).

**Konservative Therapie** Bei frisch aufgetretenen Beschwerden kann eine konservative Therapie zunächst versucht werden. Es können vorübergehend Schmerz- und Entzündungshemmende Mittel (z. B. Ibuprofen) eingenommen werden. Eine Spritze in das betroffene Gelenk, kann die Schmerzen ebenfalls lindern. Zudem hat sie eine wichtige Bedeutung, um die Diagnose etwa gegenüber ausstrahlenden Rückenbeschwerden abzugrenzen. Bei knöchernen Fehlbildungen ist der Nutzen von Physiotherapie begrenzt.

**Ambulante Vorstellung in der Poli-Klinik** Um Beschwerden abzuklären, stehen in der Klinik für Orthopädie in Marburg spezielle Sprechstunden für Hüftgelenkserkrankungen und Hüft-Spiegelungen montags und donnerstags zur Verfügung. Die Diagnostik kann hier vervollständigt werden. Hier werden individuell konservative und operative Therapiemöglichkeiten mit dem Patienten besprochen und geplant und die niedergelassenen Kollegen per Brief über die Vorgehensweise informiert.

**Vorbereitung und Krankenhausaufenthalt** Zum stationären Aufenthalt sollte die vollständige Bildgebung zur Verfügung stehen. Zum Vorgespräch erfolgt die Vorstellung beim Narkose-Arzt und bei weiteren Spezialisten falls erforderlich. Die Hüft-Spiegelung wird im Aufklärungsgespräch mit ihren Chancen und Risiken abermals dargestellt und der Patient bekommt Gelegenheit, Fragen mit dem Operations-Team zu besprechen. Die stationäre Aufnahme erfolgt üblicherweise am Morgen des OP-Tages.

**Ablauf der Operation** Hüft-Arthroskopien werden in Vollnarkose und in Marburg stets durch dasselbe Operations-Team durchgeführt. Die straffe Führung des Gelenks erfordert die Lagerung des Patienten auf einem speziellen OP-Tisch. Der Zugang zum Gelenk erfolgt über zwei kleine Schnitte am Oberschenkel von etwa 1,5 cm Länge. Diagnostische Arthroskopien lassen sich in etwa 30 Minuten durchführen (Abb. 6). Die Therapie von Schäden an Knorpel oder der Gelenkklippe und die Abtragung knöcherner Vorsprünge dauert in der Regel etwa 60 Minuten (Abb. 7). Es schließt sich ein Krankenhausaufenthalt von ca. 3–5 Tagen an.

