

HÜFTGELENK

Das Hüftgelenk verbindet das Becken mit dem Oberschenkelknochen. Es handelt sich um ein hoch belastbares und sehr gut bewegliches Kugelgelenk.

Das Hüftgelenk liegt etwa auf Höhe der Schwerpunktachse des Körpers. Es ist von vielen Muskeln umgeben, die die Beinbewegung und die Beckenstellung kontrollieren.

Frische Verletzungen des Hüftgelenkes betreffen häufig den Oberschenkelhals, also den Anteil des Oberschenkelknochens, der den im Gelenk sitzenden Kopf mit dem Knochenschaft verbindet. Der Oberschenkelhals endet mit der Rollhügelregion; den großen Rollhügel (Trochanter major) kann man im Beckenbereich seitlich gut tasten, da er nicht von Muskulatur überlagert wird. Stürze auf den Trochanter major, aber auch Drehstürze führen insbesondere im höheren Lebensalter und bei schlanken bis untergewichtigen Personen zu hüftgelenksnahen Brüchen. Seltener kann der Kopf des Oberschenkelknochens wie ein Hammer wirken und die Hüftgelenkspfanne (Fossa acetabuli) durchschlagen.

Luxationen des Hüftgelenks sind auf Grund der starken Bemuskelung und der Stabilität des Gelenkes (der Oberschenkelkopf wird weit von der Hüftpfanne umfasst) selten.

Bei den Abnutzungserkrankungen steht die Arthrose des Hüftgelenks (Coxarthrose) an erster Stelle. Es kommt zu einem zunehmenden Knorpelaufbrauch, der nicht umkehrbar ist. Der Knorpelschaden ist meist multifaktoriell bedingt.

Es resultiert ein Umbauvorgang, der mit Knochenanbauten (Osteophytenbildung) im Bereich der Gelenkpfanne, später auch im Bereich des Hüftkopfes einhergeht. Damit verbunden ist eine zunehmende Einsteifung des Gelenkes. Es kommt zu (morgendlichen) Einlaufschmerzen, die unter Belastung zurückgehen; insgesamt ist das Gelenk weniger gut belastbar, es zeigt sich ein Entlastungshinken mit Absinken des Beckens zur gesunden Seite (Trendelenburg-Zeichen). Oft finden sich auch Knieschmerzen, da durch die muskulären Dysbalancen die Schmerzen zum nächstgelegenen Gelenk weitergeleitet werden.

Diagnostisch findet sich meist eine Verkürzung der hüftumgebenden Muskulatur, begleitet von Zeichen einer Bewegungseinschränkung. Meist reichen Röntgenaufnahmen zur Befundsicherung aus. Neben Osteophyten zeigen sich eine Verringerung der Gelenkspaltweite und sog. Geröllzysten, also Hohlräume im Knochen knapp unterhalb des Gelenkbereichs. Im Spätstadium kommt es zur Entrundung des Hüftkopfes. Die Therapie hängt vom Ausmaß der Beschwerden, der individuellen Einschränkung der Lebensqualität und vom Lebensalter ab. Durch regelmäßige Bewegung und verschiedene Behandlungstechniken ist es möglich, die Operation über viele Jahre zu vermeiden.

In seltenen Fällen kann es zu einer Schädigung der Gelenkklippe der Gelenkpfanne kommen. Die Schmerzen sind oft uncharakteristisch, strahlen in das Gesäß oder die Leiste aus, weshalb vielfach ein Rückenleiden diagnostiziert wird. Es kann auch zu in das Bein einschießende Schmerzen kommen, die eine Nervenschädigung durch einen Bandscheibenvorfall vortäuschen.

Hier bedarf es der subtilen Untersuchung durch den erfahrenen Diagnostiker, da auch die Bildgebung mit MRT nicht immer Sicherheit über die Schmerzursache erbringt. Sowohl die genaue Anamnese zum Auftreten der Schmerzen als auch die Untersuchung des Hüftgelenkes und des Gangbildes sind erforderlich, um die Diagnose zu stellen.

Die Behandlung besteht meist in der Gelenkspiegelung und gegebenenfalls der Entfernung des abgelösten Gelenklippenanteils. Dies hat meist keine wesentlichen funktionellen Folgen für die Gelenkfunktion.

Ebenfalls selten sind Entzündungen der Gelenkschleimhaut (Synovialis). Die Synovialitis führt zu starken Schmerzen und Belastungseinschränkung. Die Entzündung lässt sich mit der Kernspintomographie nachweisen. Gegebenenfalls ist die Entfernung der Gelenkschleimhaut erforderlich, falls eine besondere Form der Entzündung, die Synovialitis villonodularis, vorliegt.

Akut einsetzende Schmerzen im Bereich des Hüftgelenkes ohne Unfallereignis sind immer ein ernstzunehmendes Warnsignal. Im Kindesalter muss dabei an zwei Erkrankungen gedacht werden:

- Morbus Perthes
- Epiphysiolyse capitis femoris.

Die Ursachen der Erkrankungen sind noch unbekannt. Der M. Perthes tritt etwas früher auf als die Epiphysiolyse.

Beim M. Perthes kommt es auf dem Boden von Durchblutungsstörungen des Hüftkopfes zu einem Absterben der Knochensubstanz (Hüftkopfnekrose) mit Entrundung des Hüftkopfes. Die Folgen sind Schmerzen, Bewegungseinschränkung und Schonhinken. Die Erkrankung verläuft in mehreren Stadien, eine kurative Behandlung ist während des Erkrankungsverlaufs nicht gegeben. Wichtig sind aber Entlastung und Ruhigstellung des Gelenkes/Beins. Da es sich um einen teils jahrelangen Verlauf mit schmerzfreien Intervallen handelt, ist vollständige Entlastung mittels Bettruhe nicht indiziert. Sportverbot besteht allerdings.

Bei der Epiphysiolyse kommt es zur Ablösung der Wachstumsfuge. Der Gelenkanteil des Hüftkopfes rutscht ab (im Röntgenbild „wie der Hut in den Nacken“). Dies verursacht ebenso Schmerzen und Bewegungseinschränkungen.

Während beim M. Perthes die Operation erst nach Defektausheilung erfolgt, ist bei der Epiphysiolyse Eile geboten. Es wird versucht, den abgelösten Hüftkopfteil wieder auf den Oberschenkelknochen zu setzen und ihn dort mit Drähten oder Schraube zu fixieren. Häufig erfolgt dabei auch die Fixierung der Gegenseite, da die Erkrankung nicht selten beide Hüftgelenke betrifft. Beim M. Perthes liegt als Ausheilungszustand oftmals ein verbildeter, entrundeter Hüftkopf vor. Da die Kinder sich meist noch im Wachstum befinden und auf Grund der Lebenserwartung künstlicher Gelenkersatz nicht in Frage kommt, werden Umstellungseingriffe am Becken durchgeführt, um die Beckenstellung an die verbliebene Funktion des Hüftkopfes anzupassen.

Im Erwachsenenalter kann es ebenfalls zu einem plötzlichen Absterben des Hüftkopfes (Hüftkopfnekrose) kommen. Heftige Schmerzen und Belastungsunfähigkeit kennzeichnen das Krankheitsbild.

Kernspintomographisch zeigt sich eine Signalveränderung im Hüftkopf. Später kann auch im Röntgenbild die Deformierung des Hüftkopfes nachgewiesen werden.

Im Frühstadium ist die Therapie mittels Anbohrung des Bezirks und Medikamentengabe möglich; man geht von der Vorstellung aus, dadurch eine Verbesserung der Durchblutung des betroffenen Bezirkes zu erreichen. In späteren Stadien sind dann entweder die Hüftkopfumstellung (zum Herausdrehen des betroffenen Areals aus der Belastungszone) oder der Gelenkersatz indiziert.