

Hüftgelenk

Hüftschmerzen können sehr vielfältige Ursachen haben. Bei Kindern und Jugendlichen bedeuten sie meist eine ernsthafte Erkrankung und bedürfen deshalb auf jeden Fall einer ausführlichen Abklärung.

Hüftschmerzen werden meist in der Inguinal oder retrotrochantär angegeben, zeitweise mit Ausstrahlung in die Innenseite des Oberschenkels bis hin zum Kniegelenk.

Daher kann, insbesondere bei Kindern, eine Erkrankung des Hüftgelenks leicht als Erkrankung des Kniegelenks fehlgeleitet werden.

Differenzialdiagnostisch sind Insertionstendopathien im Adduktorenbereich, Affektionen der Lendenwirbelsäule und insbesondere der Iliosakralgelenke zu berücksichtigen.

Viele der mit Schmerzen einhergehenden Hüftgelenkerkrankungen können einem bestimmten Lebensalter zugeordnet werden.

Sind im **Kindesalter** die angeborene Hüftluxation, der Morbus Perthes und im **jugendlichen Alter** der **Hüftkopfabrutsch** (Epiphysiolysis capitis femoris) oft Ursache von Hüftproblemen und Hüftgelenksbeschwerden, sind die Hüftdysplasie und die Koxarthrose im **Erwachsenenalter** der Hauptgrund für Schmerzen im Hüftgelenk.

Die meist nicht (aus-)behandelte angeborene **Hüftluxation** mit Verbleiben einer Dysplasie der Hüftpfanne ist eine der häufigsten Ursachen für einen späteren Gelenkverschleiss (**Dysplasiekoxarthrose**).

Die aseptische Hüftkopfnekrose, Verletzungen, der „normale“ Alterungsprozess, Rheuma- und Stoffwechselstörungen sind weitere Erkrankungen, die zu einem Hüftgelenkverschleiß führen. Das Hüftgelenk ist von einem kräftigen Muskelmantel umgeben. Die Inspektion allein gibt nur wenige Befunde über den Zustand des Gelenks. Selbst ein erheblicher Gelenkerguss wird nicht ohne weiteres wahrgenommen. Für die Beurteilung **der Beckenstellung** sind die Haltung der Beine (Hüftbeugekontraktur, Rotationsfehler, Beinverkürzung) und von Bedeutung Wirbelsäulenfehlstellungen (**Skoliose, Lordose**).

Fehlstellungen von Becken und Wirbelsäule können durch pathologische Zustände des Hüftgelenks bedingt sein und ermöglichen Rückschlüsse über den Zustand des Gelenks.

Da das Becken in seiner Normalstellung **nach vorn geneigt ist**, entsteht hierdurch eine Lendenlordose.

Kontraktur des Hüftgelenks haben eine pathologische Stellung der Beine, des Beckens und des Rückens zur Folge, die man **beim Stehen meist deutlicher als beim Liegen wahrnehmen kann**. Eine verstärkte Lendenlordose kann die Folge einer Beugekontraktur (**Hüftflexionkontraktur**) sein, die durch eine vermehrte Vorwärtsneigung des Beckens und Verstärkung der Lordose aufgehoben werden kann.

Die wirkliche und die scheinbare (Funktionelle) **Beinverkürzung** haben ebenfalls einen deutlichen Einfluss auf die Beinstellung und das **Gangbild**. Bei der Beinlängenuntersuchung muss an eine scheinbare Verlängerung oder Verkürzung durch eine Abduktions- bzw. Adduktionskontraktur gedacht werden.

Besteht eine **Abduktionskontraktur des Beines** im Hüftgelenk, kann der kranke nur dann die Beine parallel stellen, wenn er das Becken neigt. Die **gesunde** Hüfte schiebt sich dadurch in die Höhe, so dass dieses Bein relativ **verkürzt** erscheint und funktionelle **Beinverlängerung** auf die betroffene Seite.

Analoge Folgen hat auch **Adduktionskontraktur der Hüfte**, jetzt aber für das kranke Bein, das scheinbar verkürzt erscheint. Will der Kranke sich nicht auf der einen Seite auf die Zehen stellen, um die Verkürzung zu kompensieren, so muss das Bein der anderen Seite im Knie gebeugt werden. Dadurch entsteht zusätzlich eine Beugestellung der Hüfte, die der Kranke durch eine Vorwärtsneigung des Beckens kompensieren kann.

Fehlstellungen des Beckens, die durch Hüftgelenkerkrankungen bedingt sind, haben meist Veränderungen der Wirbelsäule in Form einer Lumbalskoliose und Torsion der Wirbelsäule oder einer kompensatorischen Verkrümmung des lumbodorsalen Abschnitts zur Folge.

Die Beurteilung des Gangbildes des Patienten ermöglicht, wie Gangstörungen und – Gangbehinderungen die Artikularen (Arthrose, Entzündungen) von Muskulären Ursachen zu unterscheiden. Mit dem **Schmerzhinken** (Duchenne-Hinken) versucht der Patient, die den Schmerz auslösende Belastung des Hüftgelenks zu reduzieren. **Beim Insuffizienzhinken** (Trendelenburg-Hinken) kommt es in der Standbeinphase des Gehens, bedingt durch eine Insuffizienz der Hüftabduktoren, also im Wesentlichen der Glutäalmuskulatur, zu einem Absinken des Beckens zur gesunden Seite (Spielbeinseite). Beim **Verkürzungshinken** kommt es in der Standphase zu einer leichten Verlagerung des Oberkörpers über das Standbein; das Gangbild ist ansonsten noch relativ harmonisch. Beim **Versteifungshinken** nach Arthrodesese im Hüftgelenk fehlt das eigentliche Hinken mit dem Abkippen des Beckens in der Standbeinphase.

Vielmehr wird in der Schwungbeinphase die Anteversion des Oberschenkels durch eine verstärkte Beckenkipfung in der Sagittalebene aus der Hyperlordose heraus in die Lendenkyphose bewirkt.

Funktionstests helfen, eine Hüftgelenkerkrankung näher zu beurteilen und ggf. die Ursache (Diagnose) zu klären.