

Behandlungsalgorithmus Femoroacetabuläres Impingement (FAI) Konservativ vs. Gelenkerhalt vs. Gelenkersatz

Hüft-/Leisten-
+/- Trochanter-/Gesäßschmerzen
(akut/perakut)

Allgemeine und spezifische **Anamnese**, allgemeine und spezifische **Untersuchung**, allgemeine und spezifische **Bildgebung**
Diagnostik Standard: Ultraschall, Röntgen (BÜ: liegend und/oder stehend, Hüfte axial, ggf. Faux-Profil bei Dysplasie/FAI PINCER) MRT ggf. CT (MPR),
ggf. additiv: Arthro-MRT – Traktionsarthro-MRT, MRT/CT zur Torsionsbestimmung, ggf. Symphysographie,
ggf. additive selektive US-/BV-gestützte LA-Infiltration zur DD intra- vs. extraartikulärer Schmerzen

Anamnese (A): „Schmerzen beim Pressen, ‚weichteilige‘ Vorwölbung in Leisten- und/oder Adduktorenkanal“
Untersuchung (U): palpable Leistenhernie +/-
Diagnostik (D): auffällige Sonografie (ggf. MRT)
Differenzialdiagnostik (DD): ggf. Einbindung Gynäkologe, Urologe

Allgemein-/Viszeralchirurg
„Leistenspezialist“

A: „Leisten-/Gesäß- und/oder Trochanter Schmerzen bei Belastung“
Rezidivierende Adduktorenprobleme und/oder Schambeinpathologie? (Abklärung Risikosportarten: Fußball, Leichtathletik)
U: Impingement-Test +/-, Kalchschmidt Test +/-
D: Knöcherne Fehlförmigkeit in US/Rö/MRT
DD: FAI/Dysplasie/SSI/IFI

Orthopäde | Unfallchirurg
„Hüft-/Leistenspezialist“

A: „Über die Leiste und über das Knie teilweise bis in den US (Wade) und in Fuß ausstrahlende Schmerzen ggf. sensomotorische Defizite (Conus/Cauda?)“
BWS/LWS/ISG +/- spinopelvine Pathologie
U: Foramenenge/Reklinationstest/3-Stufen-Test +/-
D: knöcherne Pathologie in Rö/MRT/CT
DD: Bandscheibenvorfall, Spinalkanal-/Recessusstenose/ISG-Patho

OCH | UCH | NCH
„Wirbelsäulenspezialist“

Entscheidung: konservativ vs. operativ

kein FAI/Dysplasie – OA I–II (K/L)

Konservative Therapie:
spez. PT, Traktion, Injektion, MM, TCM, Ernährung, Rheuma, Osteologie, Psychologie, aktuelles Labor
Frustran: erweitere Diagnostik +/- andere Fachdisziplin konsultieren

FAI/Dysplasie – keine OA

Konservative Therapie:
mindestens 3 Monate spez. PT

Operative Therapie
Befundabhängige Optionen:
a) Isolierte HASK +/- SH Taillierung, +/- Labrum, +/- Knorpeltherapie (u. a. AMIC, ACT)
b) Osteotomie(n) – u. a. CL/RBOT/RFOT, ggf. +/- HAS, +/- Labrum, +/- lokaler Knorpeltherapie (AMIC, ACT)

FAI/Dysplasie + OA I–II

Lokaler Knorpelschaden
Größe: max. 3 cm

FAI/Dysplasie + OA III–IV

kein FAI/Dysplasie – OA III–IV

Konservativer Therapieversuch
GLA: D, PT, MM, TCM, Ernährung, Osteologie, Rheuma, Psychologie, aktuelles Labor
T: ggf. i. a. Injektionstherapie Hyaluron PRP/ACP/Kortison

konservativ frustan → **Gelenkersatz**

Femoroacetabuläres Impingement

Update zu Diagnostik und Therapie

Das Impingementsyndrom der Hüfte (FAI) stellt eine Art „Engesyndrom“ zwischen dem knöchernen Pfannenrand und dem Hüftkopfschenkelhalsübergang dar. Ursächlich für ein FAI können mehrere knöcherne Veränderungen sein: Zum einen kann es zu einer Fehlförmigkeit des Kopf-/Halsüberganges mit einer konsekutiv fehlenden Schenkelhals-taillierung kommen (FAI vom CAM-Typ). Zum anderen kann der Pfannenrand den Hüftkopf entweder durch eine zu tiefe Pfanne oder durch eine Fehlrotation der Pfanne (zu viel Einwärts- oder Auswärtsdrehung) zu stark überdachen (FAI vom PIN-CER-Typ). Nicht selten liegt begleitend eine Fehlrotation der Schenkelhalsachse vor. Auch eine Kombination aus allen drei Pathologien ist möglich. Durch das Anschlagen des Oberschenkelhalses an die Hüftpfanne kann es zu Schädigungen des Gelenkknorpels und/oder der Gelenkklappe (Labrum), die um die Hüftpfanne als eine Art Dichtungsring liegt, kommen. Diese Schädigungen führen häufig erst zu einer schmerzhaften Reizung des Gelenkes, im Verlauf können die Schäden an Knorpel und/oder Labrum jedoch zunehmen und es kommt zu einer verfrühten Verschleißbildung des Gelenkes (Arthrose).

Diagnostik

Die Analyse von Patienten mit Hüft- und Leistenschmerzen und dem Verdacht auf ein symptomatisches FAI beginnt mit einer subtilen Anamnese, spezifischen Untersuchung und einer angepassten Bildgebung. Anamnestisch ist eine Unterscheidung zwischen einem akuten und einem schleichend beginnenden Schmerz sinnvoll. Die Schmerzlokalisation „ventrale Leiste“

sollte bei Schmerzverstärkung durch Niesen/Pressen an eine symptomatische Leistenhernie denken lassen. Schmerzen, die über das Knie bis in Wade und Unterschenkel ausstrahlen, sind neurologisch/wirbelsäulenchirurgisch abzuklären, da diese auf eine lumbale und/oder Kreuz-Darmbein-(ISG)-Pathologie hinweisen können. Bei der klinischen Untersuchung müssen daher immer alle drei Regionen (Hüfte/Leiste, Trochanter, LWS/ISG) abgedeckt werden und in Zusammenarbeit mit der radiologischen Diagnostik und Anamnese gebracht werden. Weitere differenzialdiagnostisch abzuklärende Erkrankungen können die symptomatische Hüftgelenksdysplasie, Rectus-/Adduktor-/Hamstring-/Schambein-Pathologien und/oder ein ischiofemorales Impingement (IFI) sein.

Bei akutem Schmerzbeginn ist an einen Riss des Labrum- und/oder Riss des Lig. capitis femoris (LCF) zu denken. Ein positiver FADDIR (Flexion Adduktion Innenrotation)-Test spricht eher für eine Labrumläsion, ein positiver Apley-Test eher für die LCF-Läsion. Einklemmungssymptome in der Leiste (Labrum) und/oder „tief drinnen“ (LCF) können hier wegweisend sein. Die Primärdiagnostik umfasst Sonografie, Röntgen (BÜ, Hüfte seitlich) und MRT (mit radiären Sequenzen). Ein Rö-Faux-Profil kann ein subspinales Impingement (SSI) und eine Hüftkopfdzentrierung bei ventraler/inferiorer Gelenkspaltverschmälerung aufzeigen.

Therapie und Prognose

Eine akute OP erfolgt nur bei schmerzhaften Einklemmungssymptomen, sonst sollte die individuelle Therapie primär immer konservativ beginnen. Das CAM-FAI gilt als gesicherte Präar-

throse, prognoserelevant sind hier die Arthrosegrade und das Patientenalter. Bei Tönnis Grad II (K/L Grad III) oder höher sowie Patientenalter über 40 Jahren ist die gelenkerhaltende Chirurgie (GEC) nicht unkritisch zu betrachten. Probeinfiltrationen mit LA (Hüfte, Leiste, ISG, LWS) sind ein gutes Mittel zur differenzialdiagnostischen Abklärung (Hüfte: extra- vs. intraartikuläre Schmerzursache; Leiste: Adduktor- vs. Rectussehnenansatzpathologie; WS: Pathologie LWS vs. ISG). Das FAI kann individuell und in Abhängigkeit von der Hauptpathologie hüftarthroskopisch und/oder „offen“ mittels chirurgischer Hüftluxation (CL) behandelt werden. Liegt eine Dysplasie und/oder Schenkelhalsfehlrotation vor, kann zusätzlich die reorientierende Beckenosteotomie (RBOT) und/oder reorientierende Femurosteotomie (RFOT) notwendig werden. Differenzialdiagnostisch sollte man bei „Leistenschmerzen“ auch an Pathologien aus Urologie, Gynäkologie oder Gastroenterologie denken.

Für die Deutsche Hüftgesellschaft (DHG) und das Referat Hüfte des BVOU:

Dr. Christian Gatzka
kontakt@dr-gatzka.de

PD Dr. Stefan Fickert, Straubing
AGA-Kongresspräsident 2026

Dr. Christian Sobau, Pforzheim

Dr. Jens Krüger, Berlin

Univ. Prof. Dr. Christoph-E. Heyde
Universitätsklinikum Leipzig (UKL)

Weitere Behandlungspfade, die bereits in OUMN veröffentlicht wurden, gibt es hier:

