

Über die Hüfte und das Kreuz

24.-26.11.2022

Welche Rolle spielt die Hüfte bei tiefem Kreuzschmerz?

Congress Kursaal Interlaken

Klinische Fälle

JETZT ANMELDEN!
INSCRIVEZ-VOUS!

Beckenring / Anneau pelvien

Dr. med. Marcus Baumann, D.O.M.

Physikalische Medizin & Rehabilitation FMH
Dozent Manuelle Medizin SAMM
Sportmedizin SEMS
Interventionelle Schmerztherapie SSIPM

Praxis für konservative Orthopädie & Sportrehabilitation
4051 Basel

references

- AGA-Hüft-Komitee: Diagnostik des Hüftgelenkes
https://www.aga-online.ch/fileadmin/user_upload/Themenhefte/Huefte.pdf?_cf_chl_tk=iQC.2t1nnp6yOezBdql8dcoKaLXcaYa8NC6ivCEcdsA-1668860610-0-gaNycGzNBmU
- Mattes T: Hüftarthroskopie bei vorliegender Dysplasiehüfte. Bei welchen Befunden ist noch eine Arthroskopie und bei welchen Befunden die Umstellung an Becken und Femur sinnvoll? OUP 2019; 8; 403–412
DOI 10.3238/oup.2019.0403–0412
- Beck M: Osteotomien um das Hüftgelenk
https://www.luks.ch/sites/default/files/2018-09/osteotomien_huefte_17.09.2018.pdf
- Lerch T: What to do: Femoral torsion
<https://www.hip-symposium-bern.ch/files/precourse/Lerch-What-to-do-Torsion.pdf>
- Siebenrock K: Wenn die junge erwachsene Hüfte schmerzt
[https://www.betakli.ch/fileadmin/user_upload/Referate/171115 Interdisziplaenerer Dialog Wenn die junge erwachsene Huefte schmerzt.pdf](https://www.betakli.ch/fileadmin/user_upload/Referate/171115_Interdisziplaenerer_Dialog_Wenn_die_junge_erwachsene_Huefte_schmerzt.pdf)
- Chiari C, Felsing C: Inzidenz, Biomechanik und Diagnostik der Hüftgelenkdysplasie
<https://doi.org/10.1007/s00142-021-00505-3>
- Kusma M et al.: Femoroazetabuläres Impingement, klinische und radiologische Diagnostik
Orthopäde 2009 · 38:402–411 DOI 10.1007/s00132-008-1384-4
- Stetzelberger V et al: Does the Rule of Thirds Adequately Detect Deficient and Excessive Acetabular Coverage?
Clin Orthop Relat Res (2021) 479:974-987 DOI 10.1097/CORR.0000000000001598

formativa

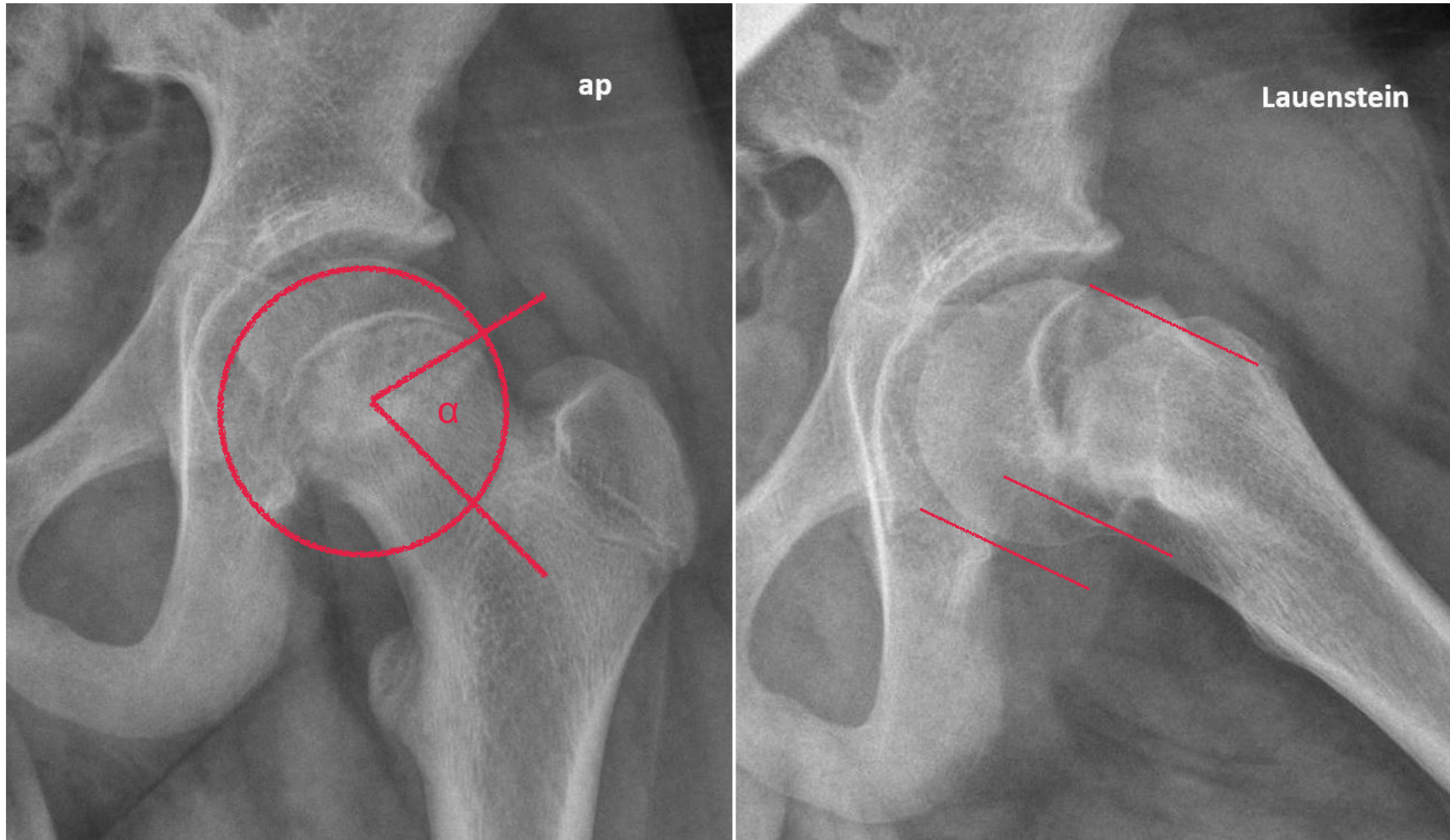
- „Eine Diagnose die man nicht kennt kann man nicht stellen“
- „Wenn sie einen Patienten mit Rücken- und Hüftproblemen haben, kümmern sie sich zuerst um die Hüfte“
- „Der einzige orthopädische Notfall ist die Epiphysiolyse capitis femoris“
- „Ohne Diagnose keine Therapie“



Prof. Dr. E. Morscher
1929-2008

- neck-head offset vs. femoral offset
- Alpha-Winkel nach Nötzli $<50^\circ$
- Exzenter

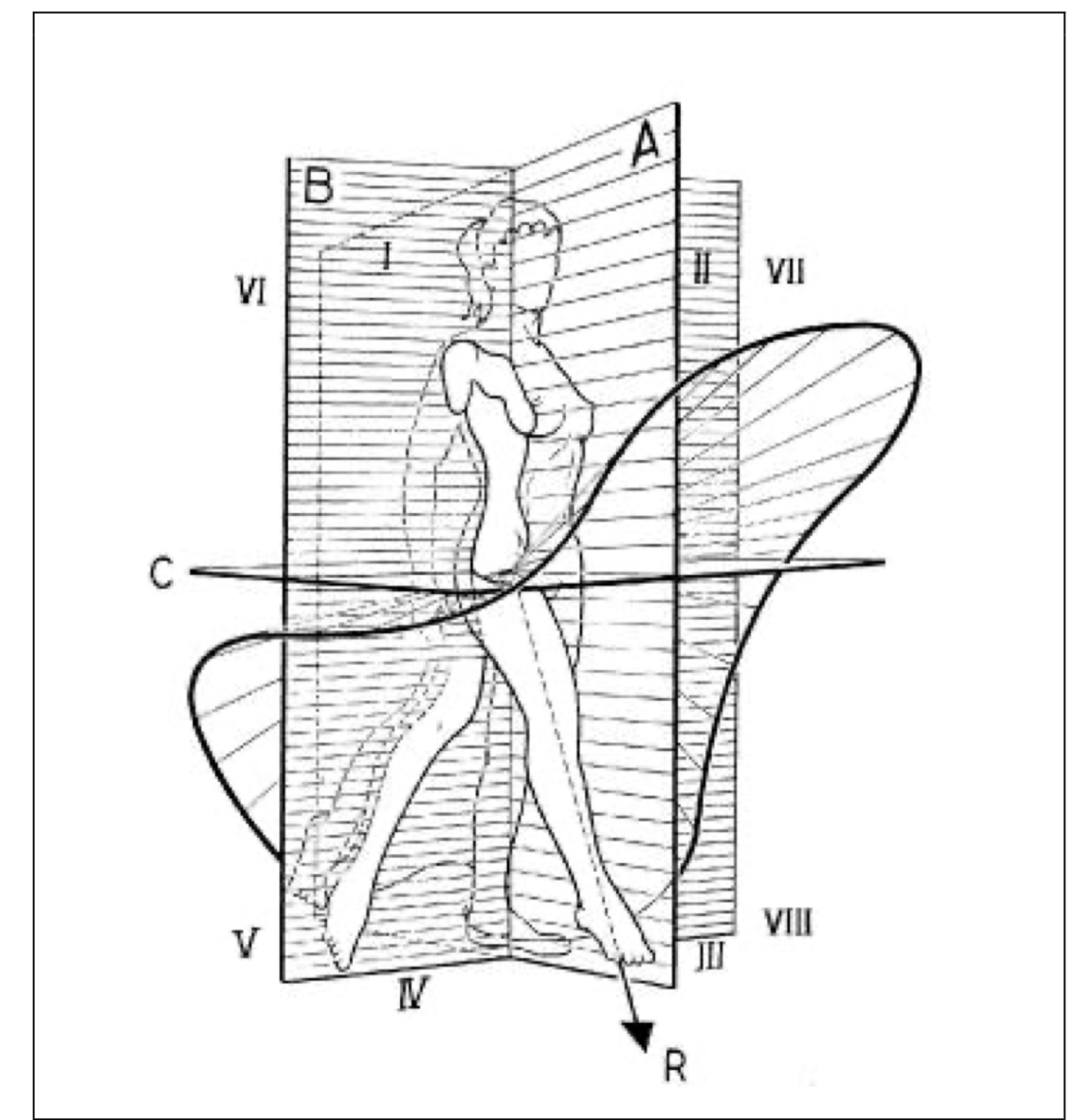
Epiphysiolyse capitis femoris



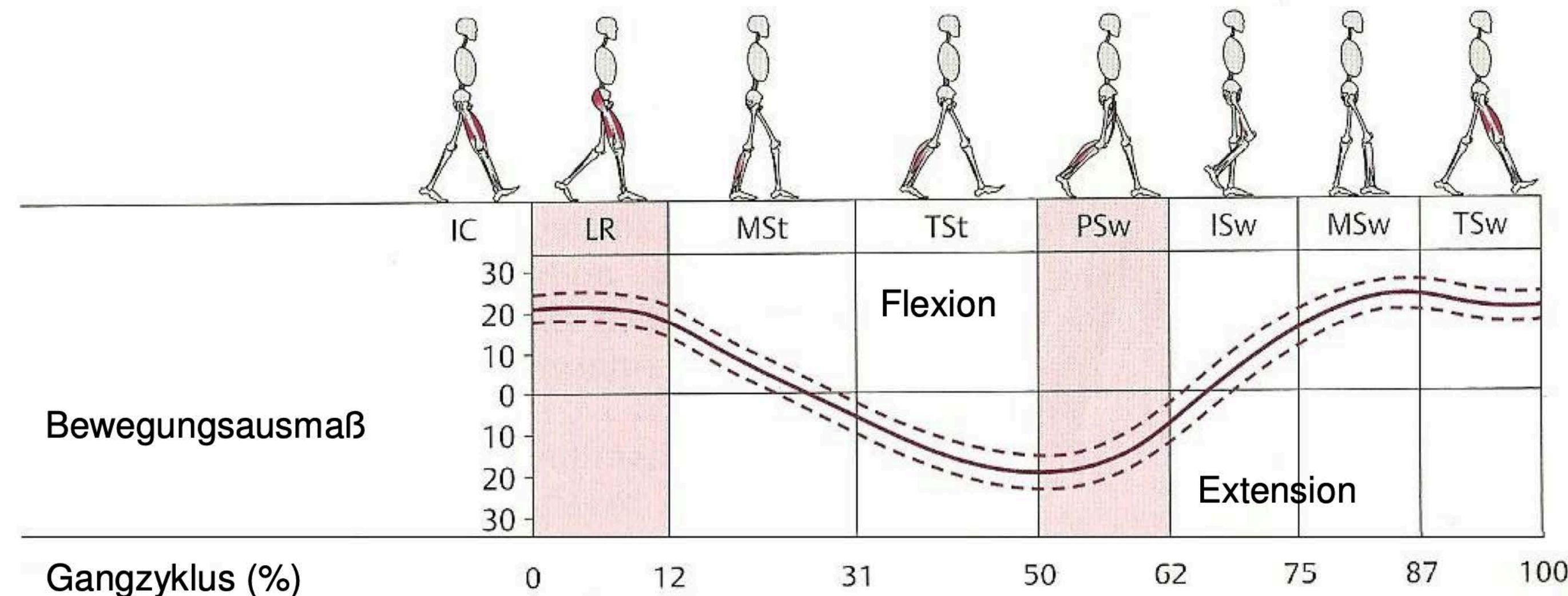
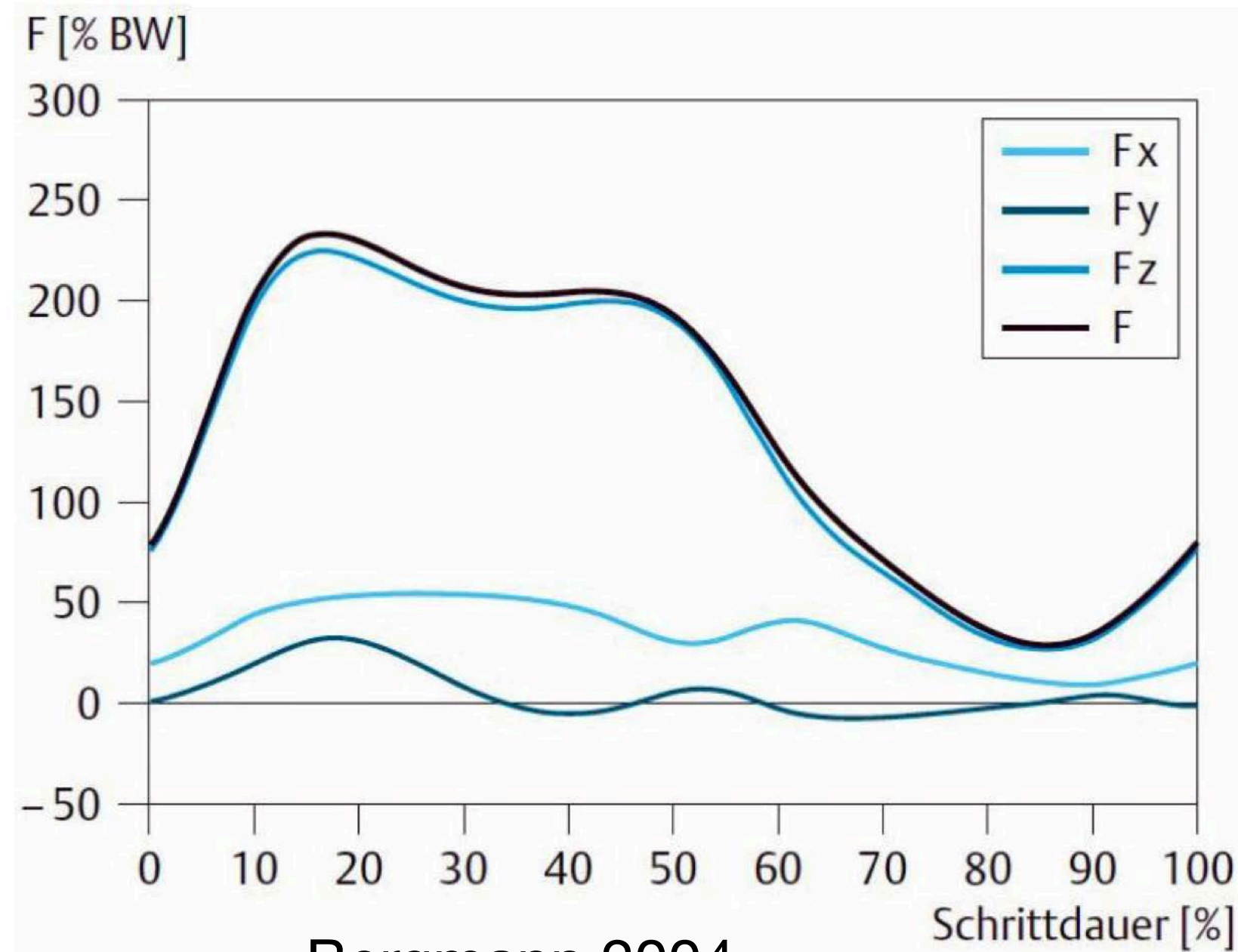
- neck-head offset vs. femoral offset
- Alpha-Winkel nach Nötzli, norm $<50^\circ$
- Exzenter/CAM

conditio sine qua non I

- Beweglichkeit beim Gesunden
 - F/E mit Neural-/Nullrotation 120(140)-0-10(15)
 - IR/AR aus 90° Flexion: je 30-45°
 - *jede IR unter 10° ist pathologisch!*
- Belastungsspitzen



©Kapandji



Manualmedizinische Untersuchung und Behandlung einer eingeschränkten Hüftgelenkinnenrotation

verfasst von: Dr. med. Frank Jörder, Christoph Arp, Dipl. PT Mechthild Dölken

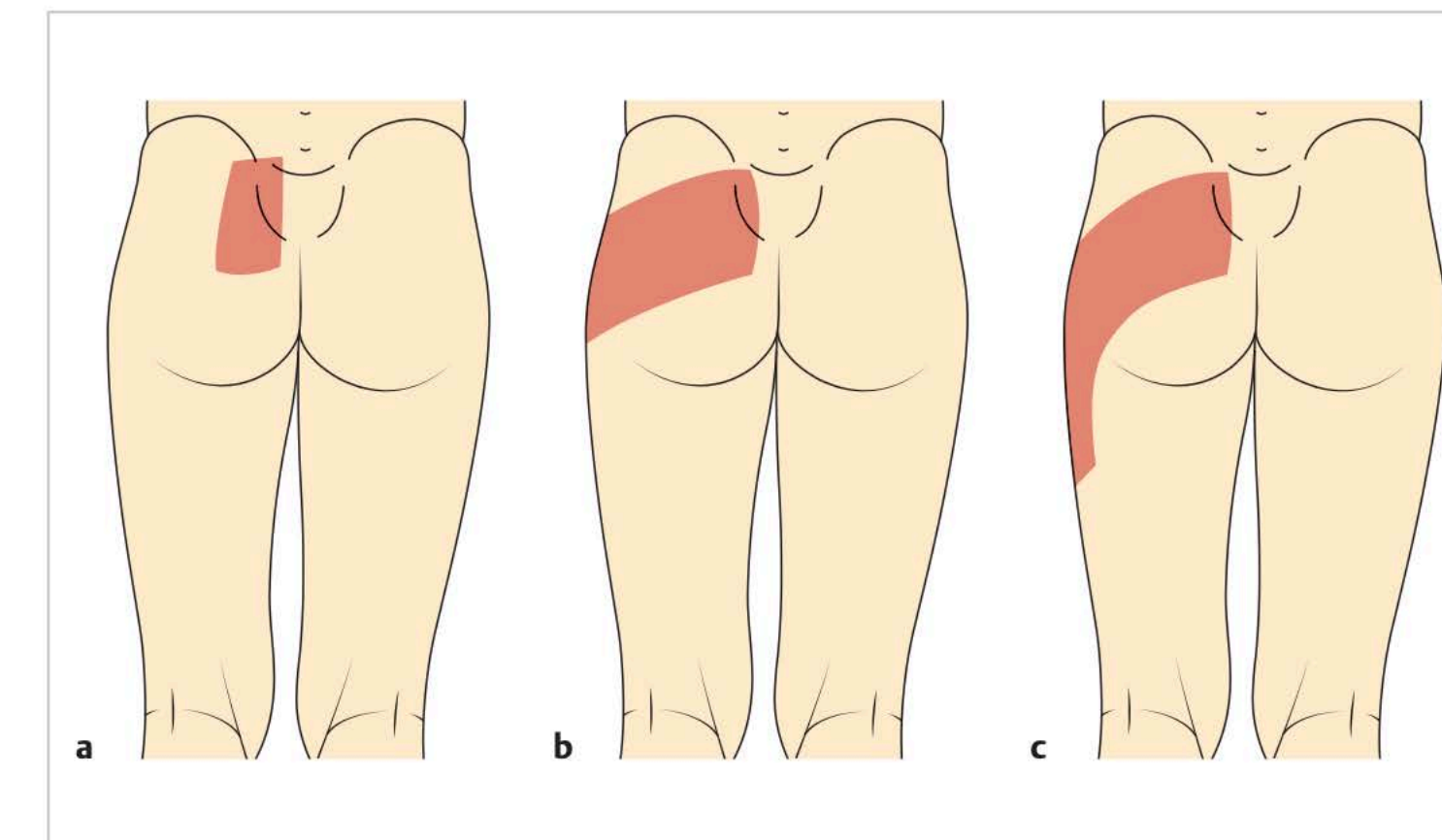
Erschienen in: [Manuelle Medizin](#) | Ausgabe 3/2022

conditio sine qua non IIa



Klinischer Bezug

- Geringgradige Bewegungseinschränkungen der Hüfte werden von Pat. selten beklagt
- Können jedoch Ursache von Schmerzen am LSÜ sein
- Verfrühte weiterlaufende Bewegung über Ilium auf SIG-LSÜ
- Nozigenator ≠ ursächliche Dysfunktion
- IR/EXT Hip ↓ - Standbeinphase verkürzt → ^{SOON} Überlastungsreaktion



SIG - referred pain @SAMM Band 1



„C - sign hip“

conditio sine qua non IIb

DIAGNOSTIK

- Aktive Bewegungsprüfung stehend
- Passive Bewegungsprüfung IR/AR
- Endgefühl
 - normal: fest elastisch
 - bei Bewegungseinschränkung: Differenzierung zwischen kontraktilem und nicht kontraktilem Strukturen

- Kann ich eine eingeschränkte Innenrotation verbessern?

THERAPIE

- Gelenkstechniken
 - Angulär: Kapseldehnung aus BL
 - Translatorisch - „joint play“
- Muskeltechniken
 - Verkürzungstest und Dehnung

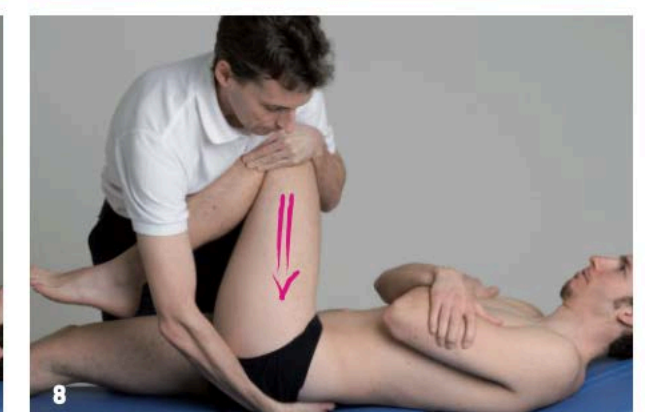
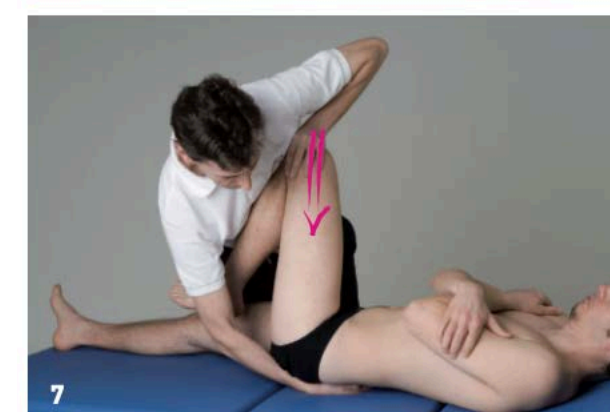
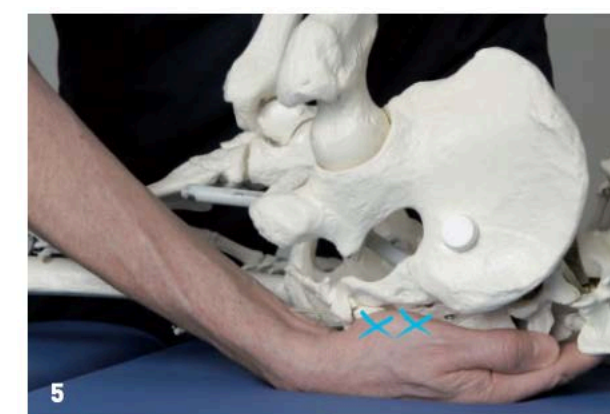


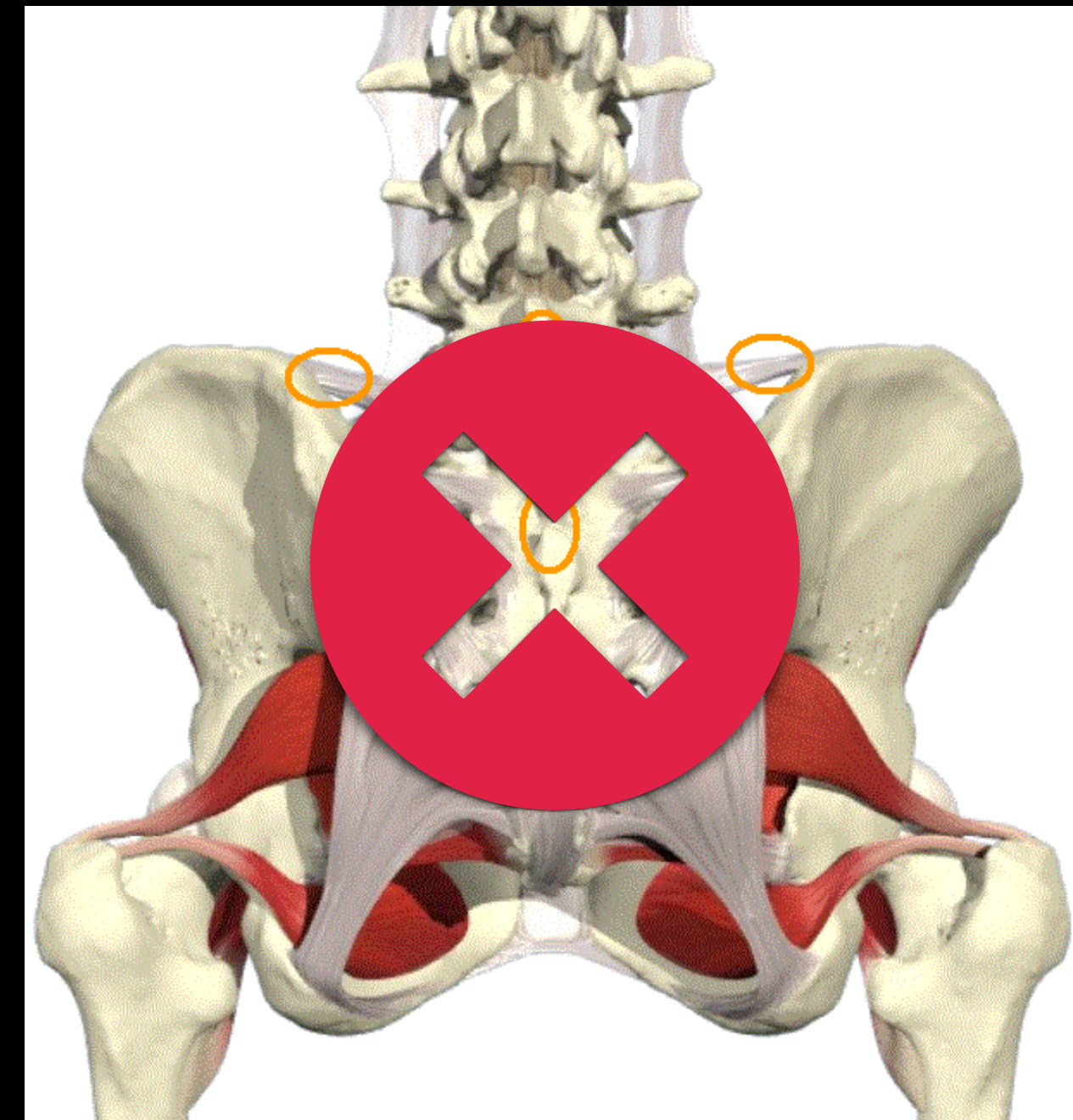
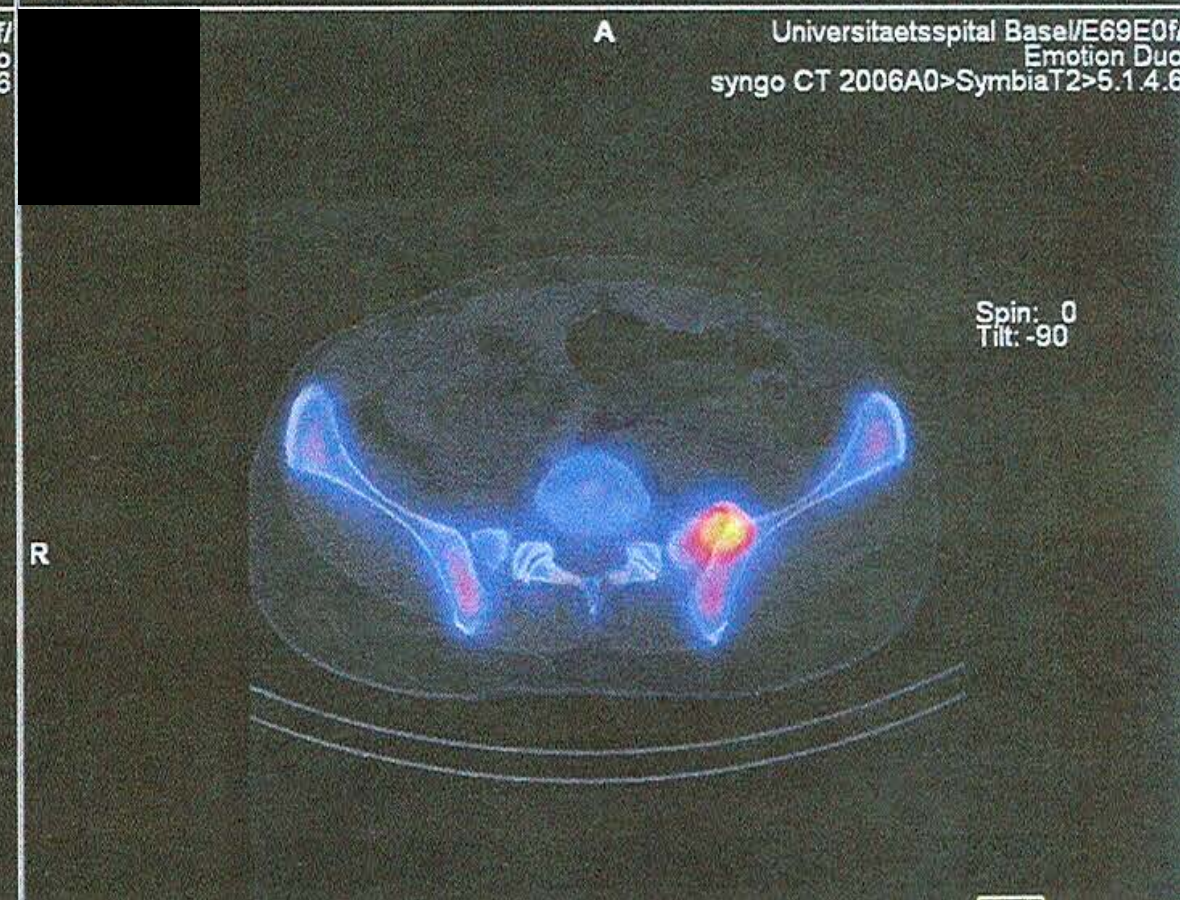
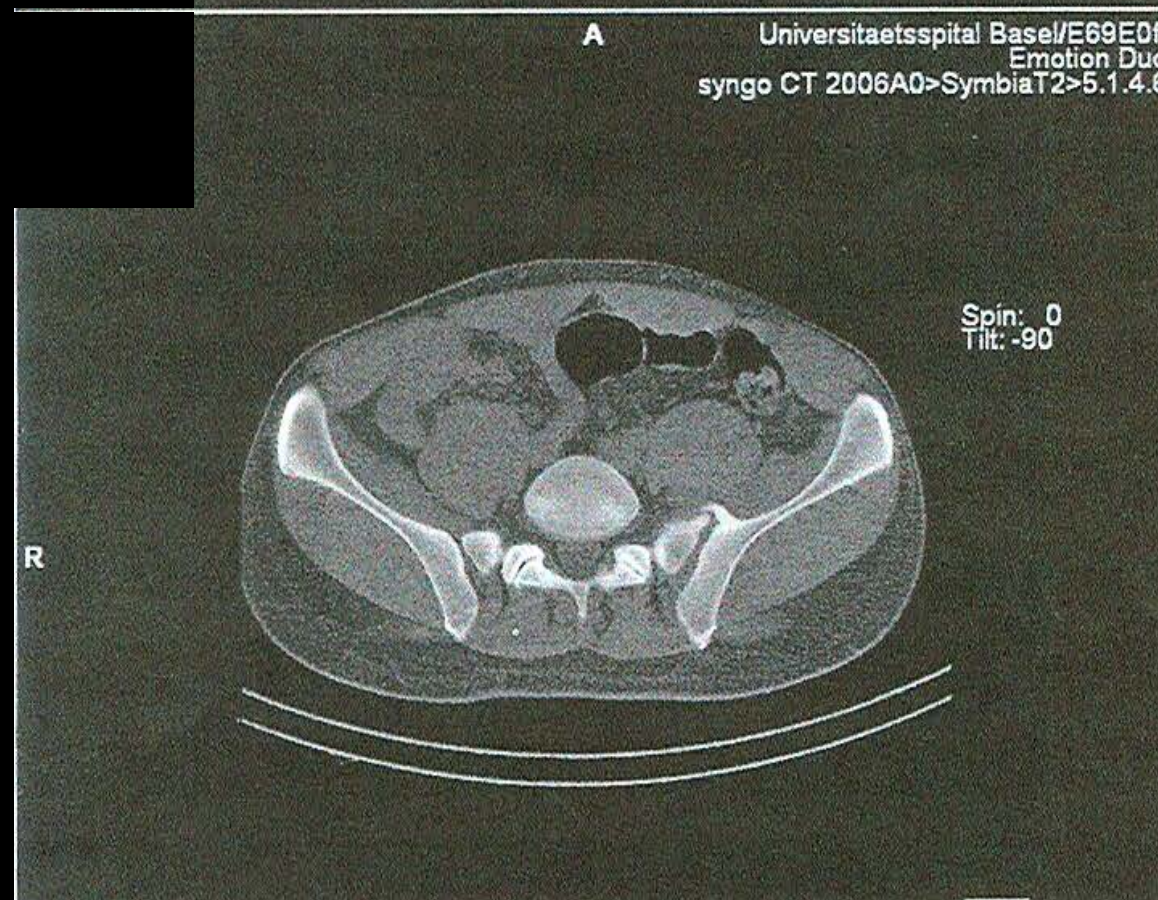
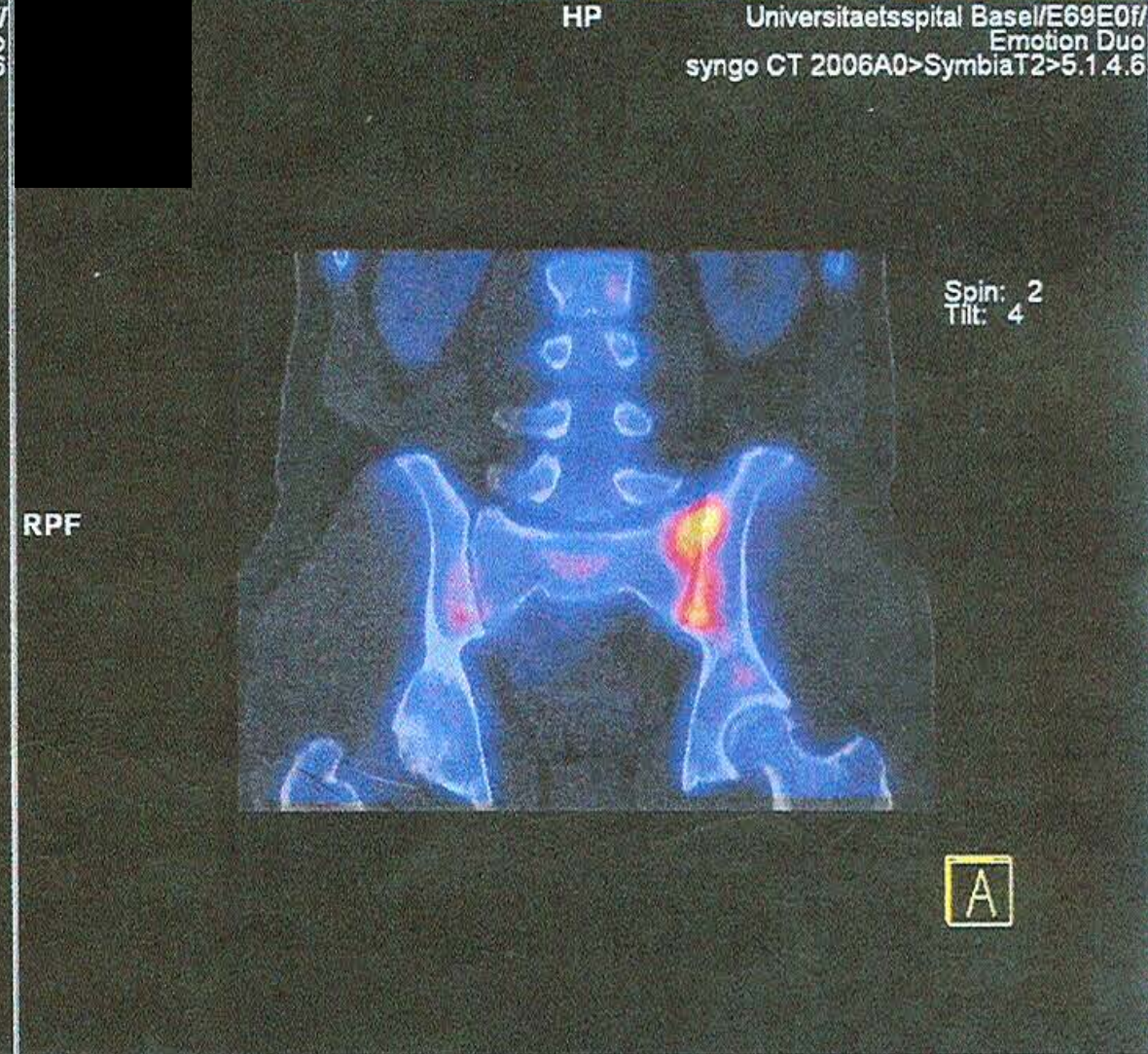
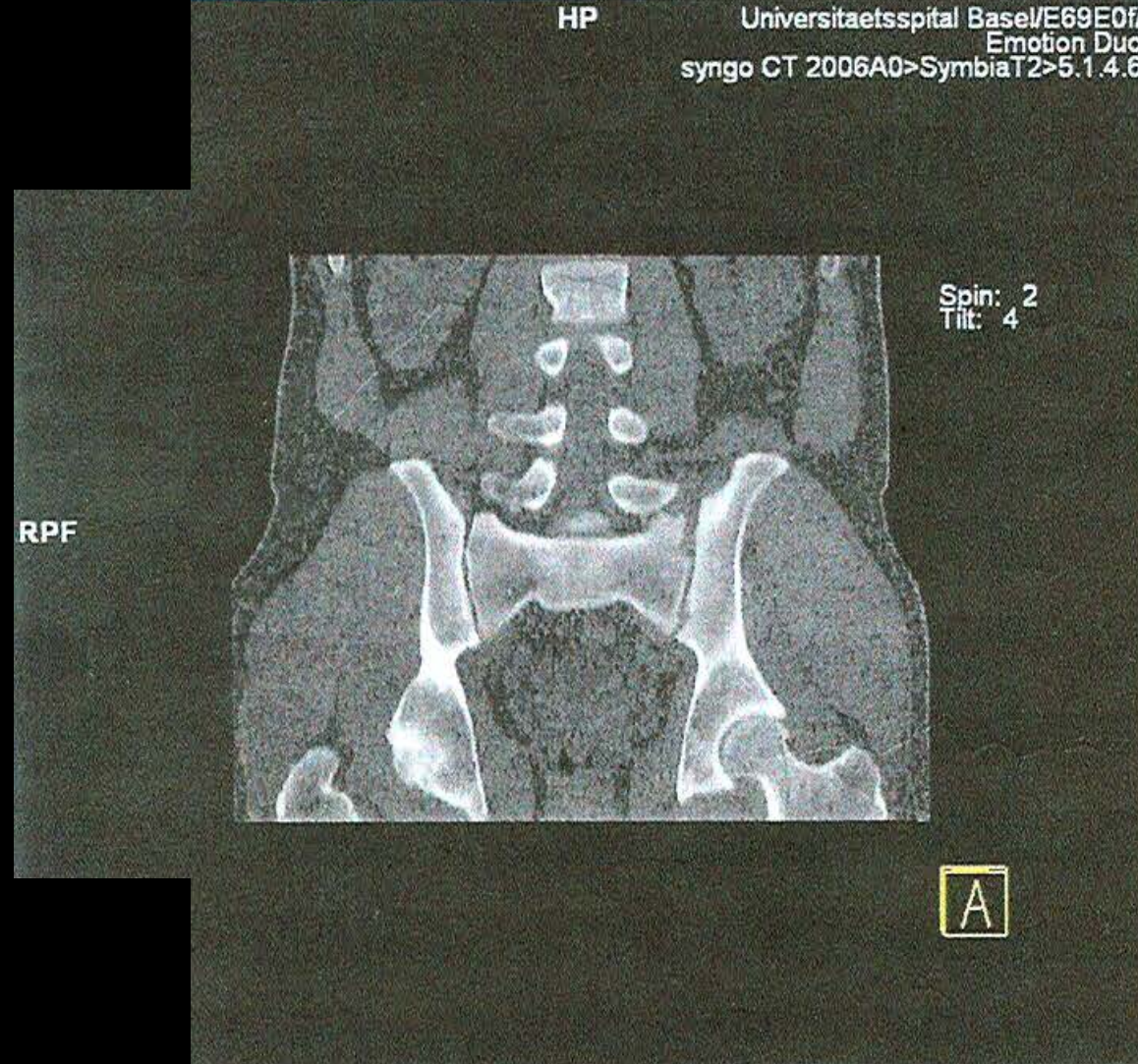
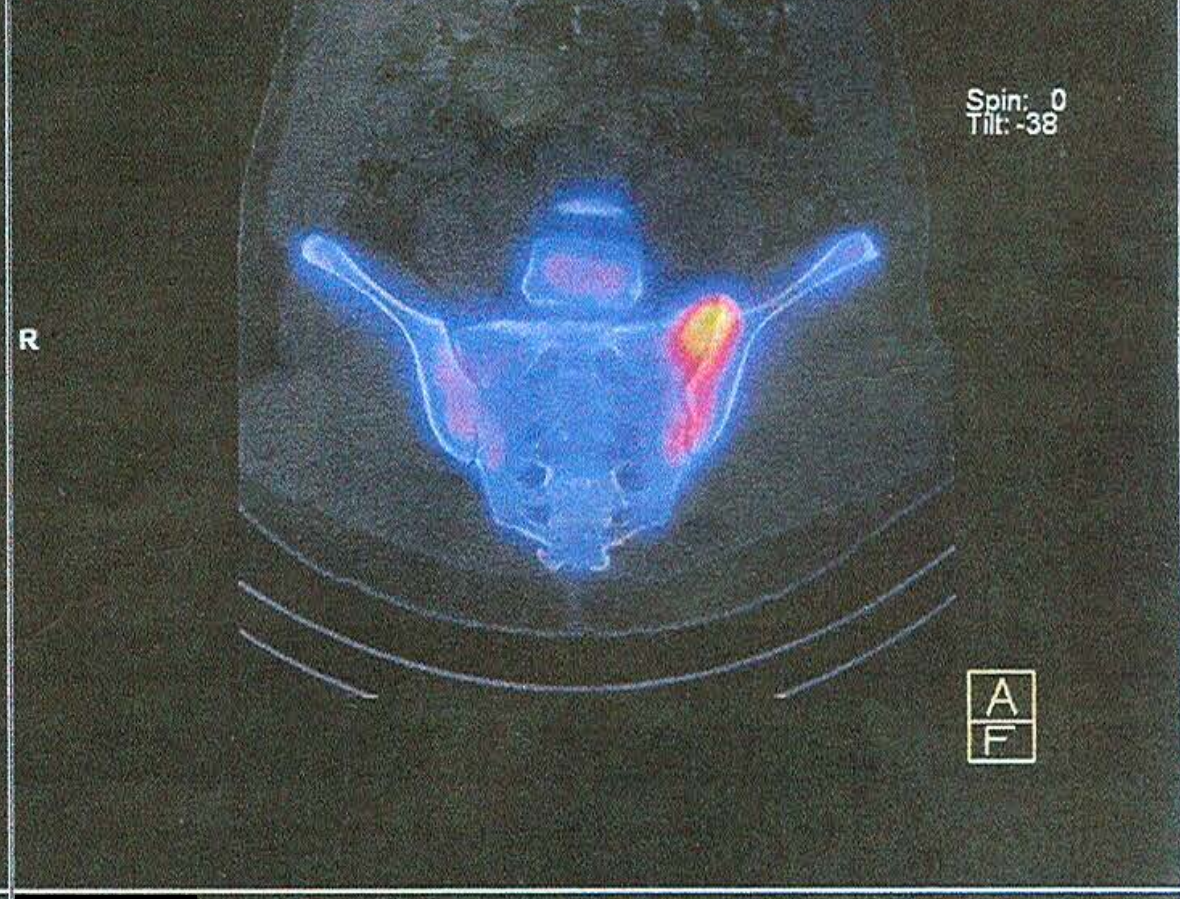
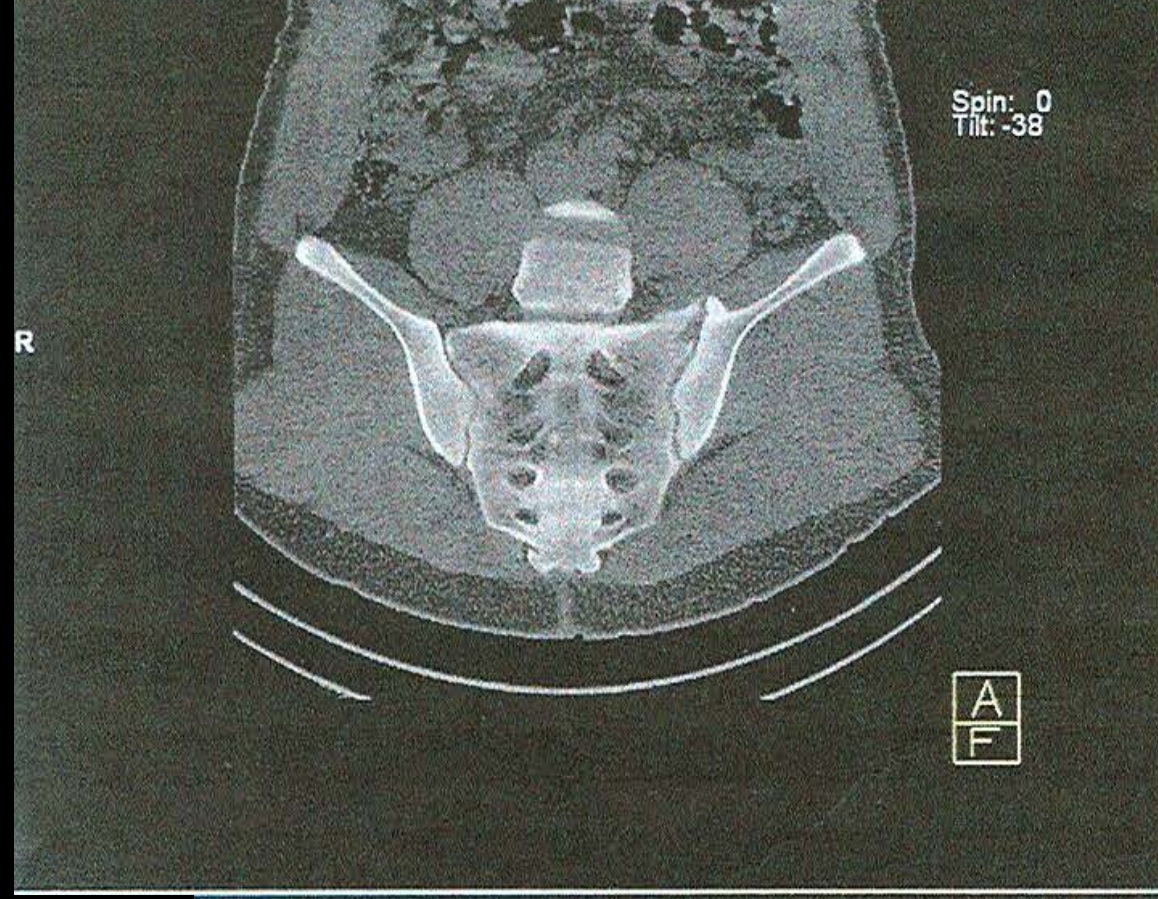
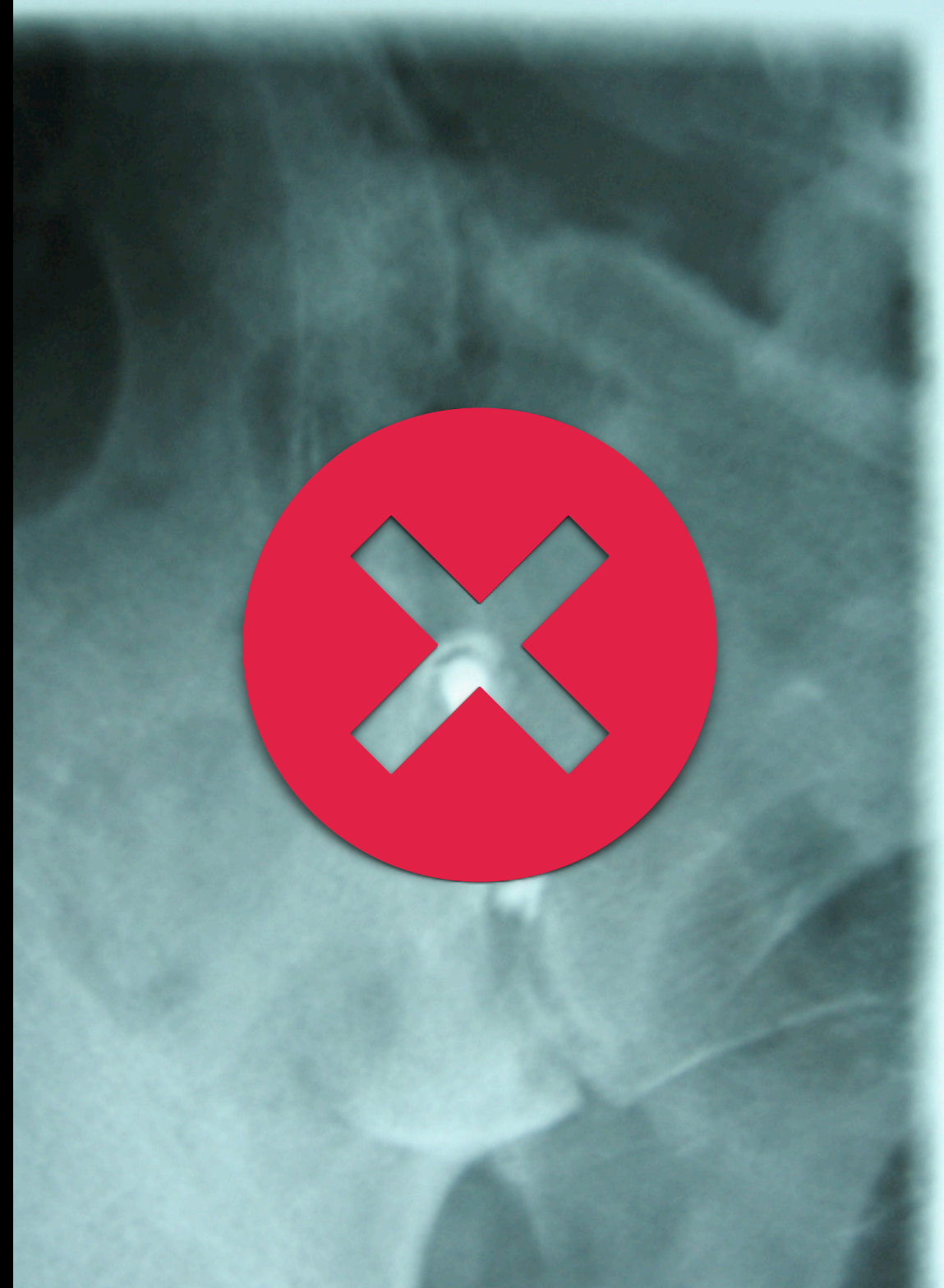
screenshot



casus I - m, 31j

- Zunehmende Kreuzschmerzen links betont, initial belastungsabhängig, progrediente Symptomatik, zunehmend ausstrahlend, primär dorsal
- Anamnestisch: über Jahre wiederholte SIG Blockaden links
 - Wiederholt unterschiedliche Muskelverletzungen der „Zubringer“ zum Os ilium
 - Breite Palette an Therapien am Rücken und Muskulatur ohne Nachhalt
- Klinisch positive Provokation SIG links, VL+, Ilium anterior, Sacrum R/L



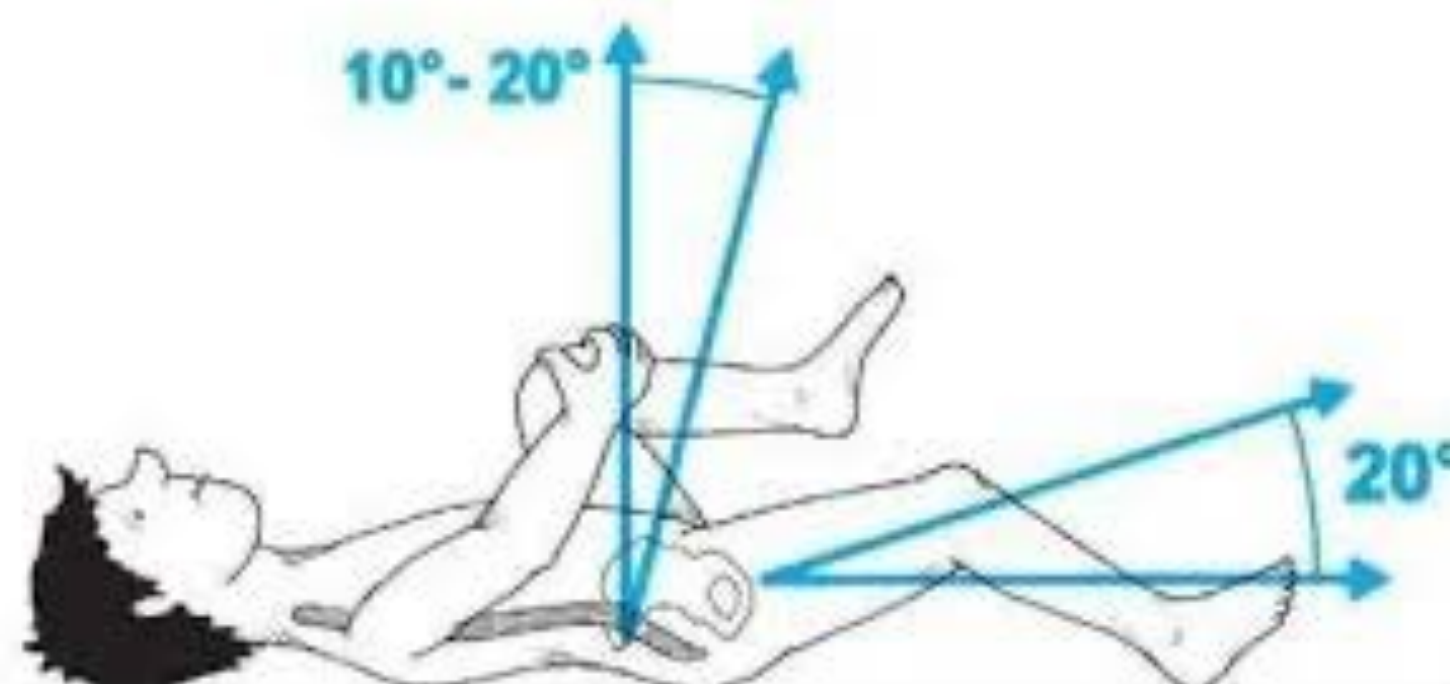


casus I - Diagnostik

Diagnostik des Hüftgelenkes

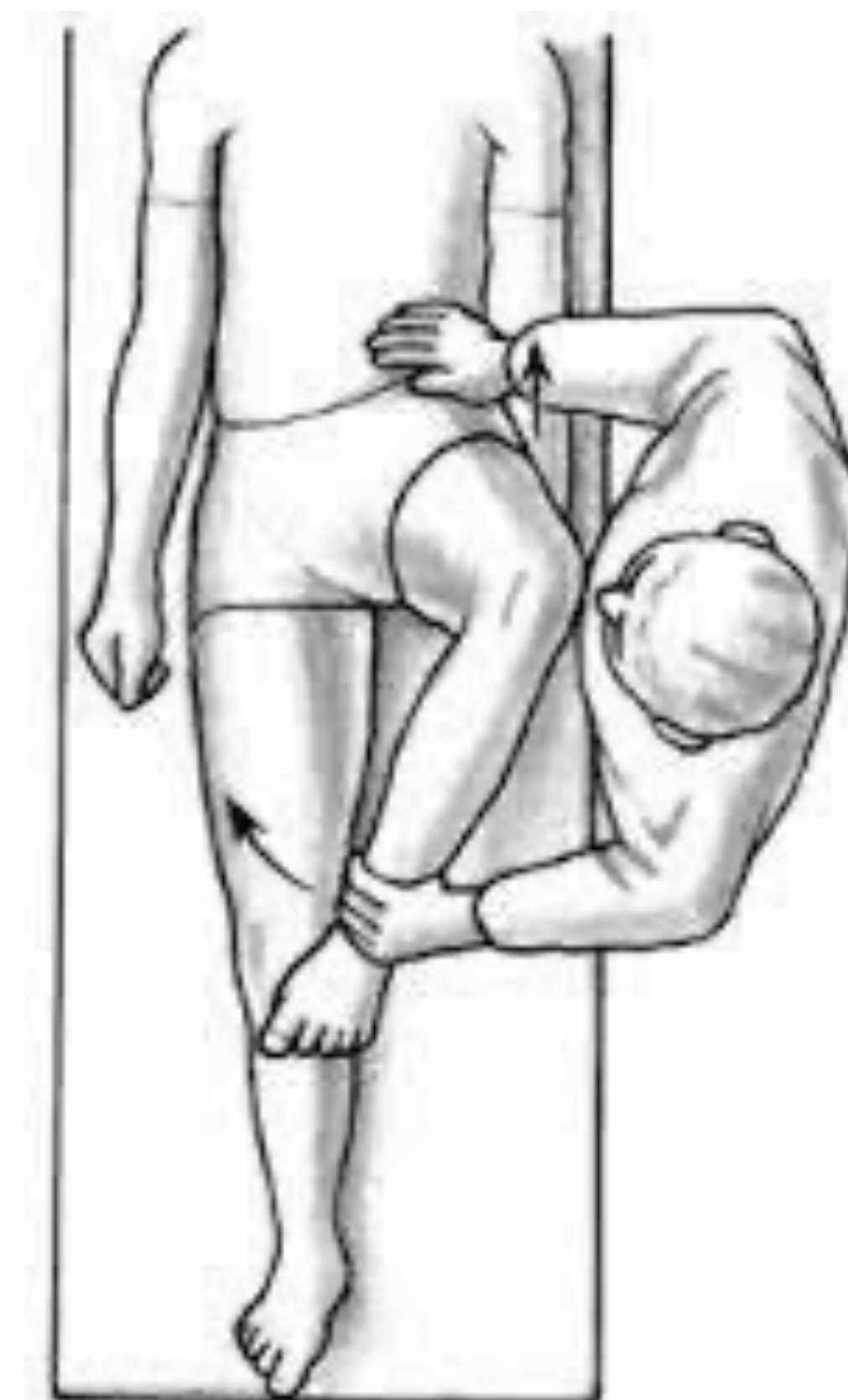
Hüftstatus

- Drehmann Zeichen
Thomas Handgriff
Apprehension Test



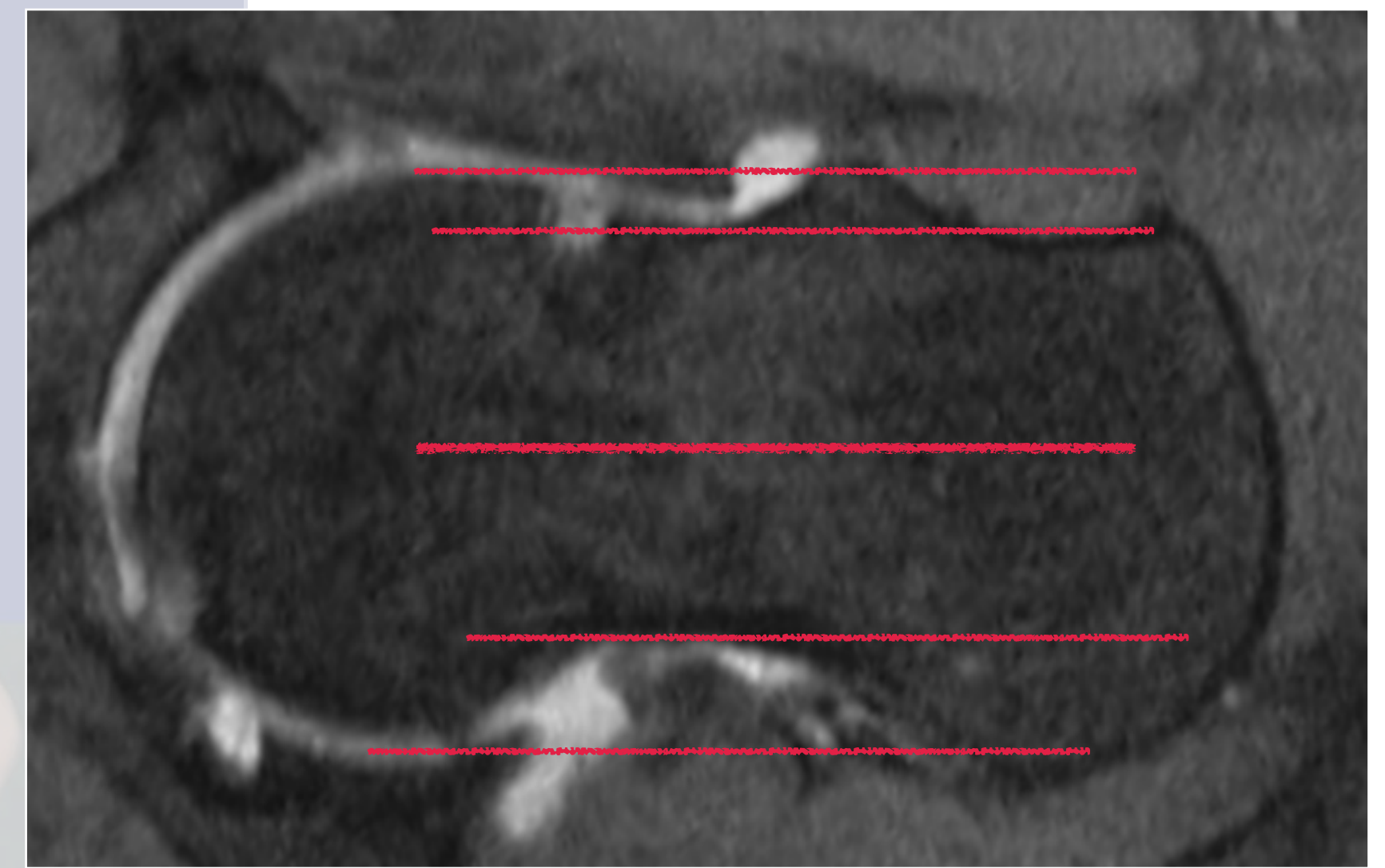
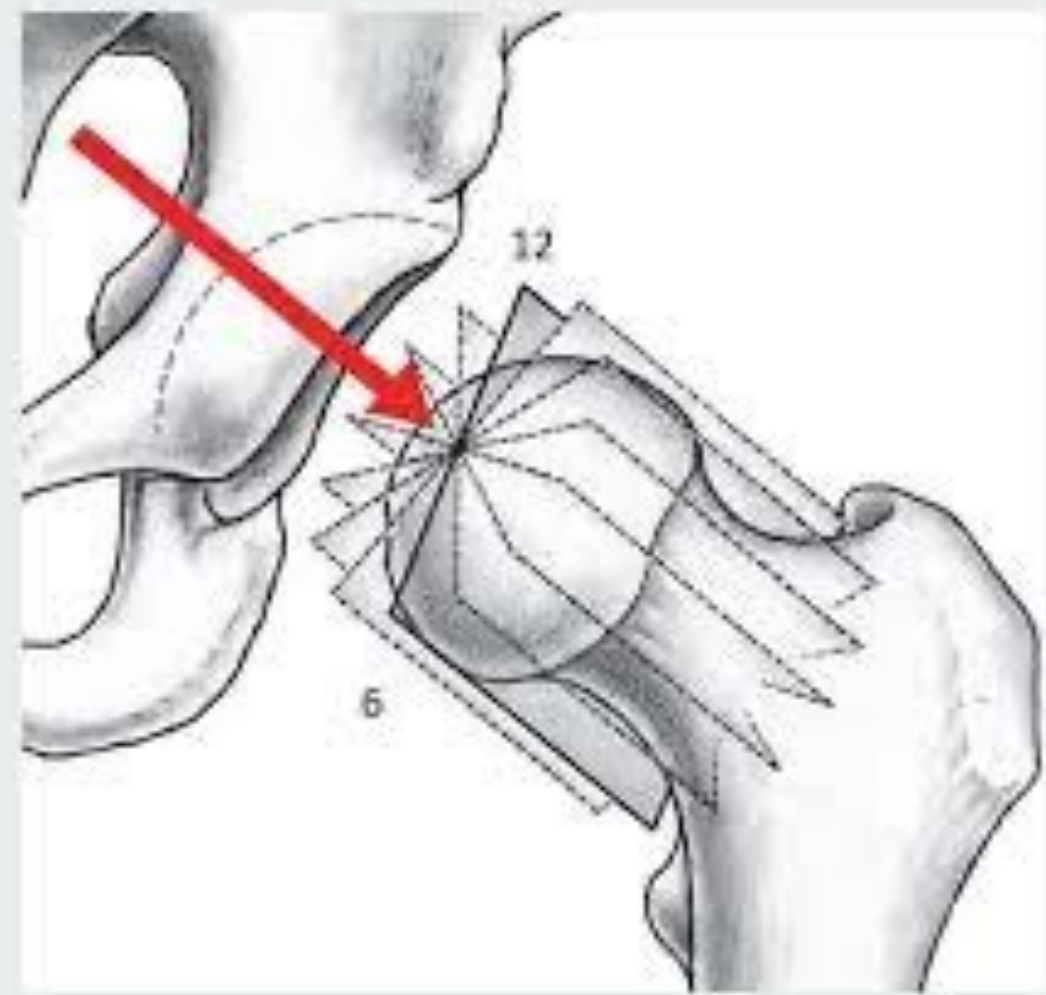
©Hefti Kinderorthopädie

- Screening LBH
- Hip-Drop-Test links positiv
- F/E 100-5-0
- IR/AR 0-5-30
- IMP Test
ventral mit wenig Schmerzangabe
im Seitenvergleich, dorsal negativ
- Harter Anschlag, kein Wegzugewinn



Diagn

AGA-HÜFT-K



www.aga-online.de

find us on: [facebook](#)

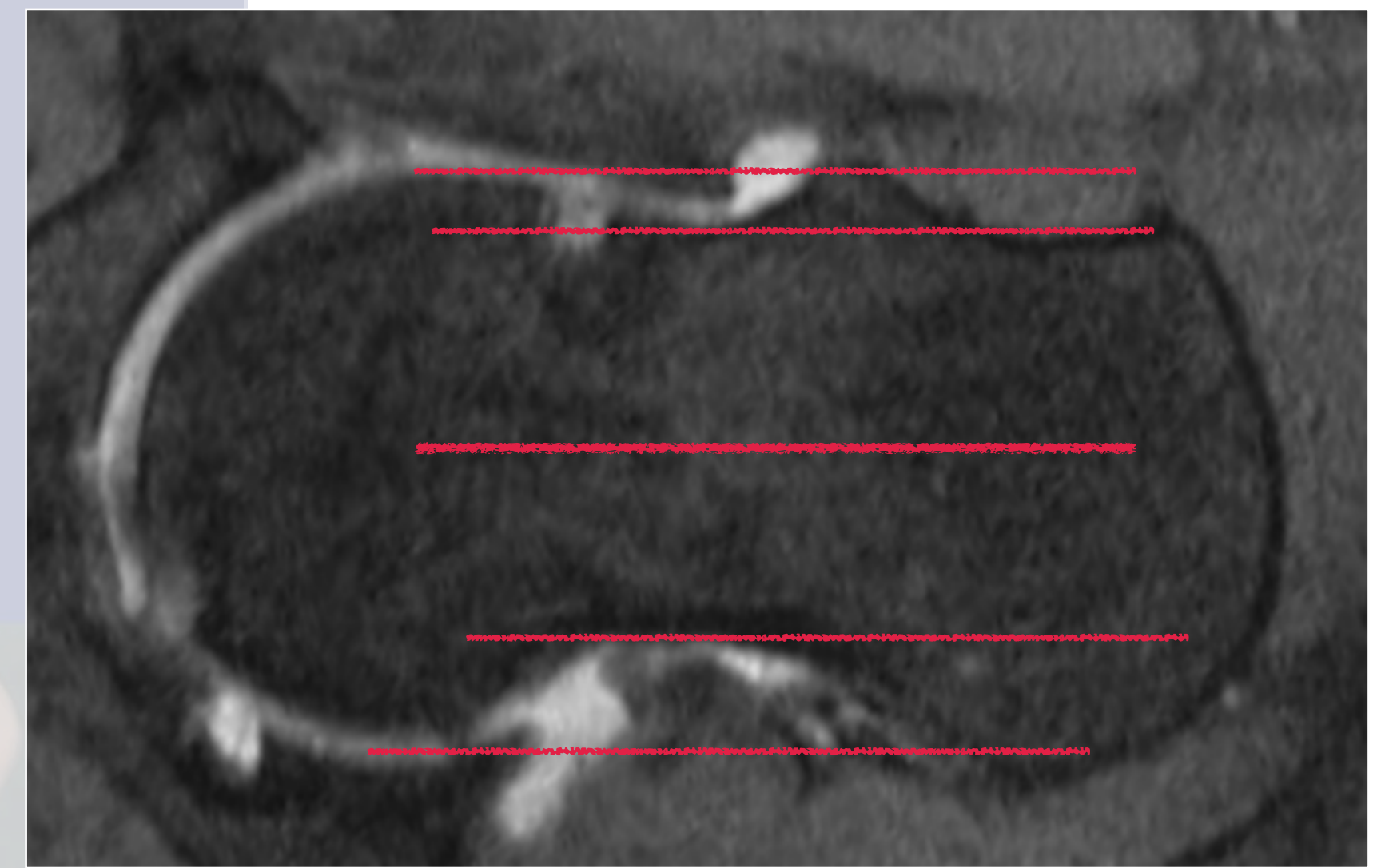


2017: https://www.aga-online.ch/fileadmin/user_upload/Themenhefte/Huefte.pdf

casus I - Diagnostik

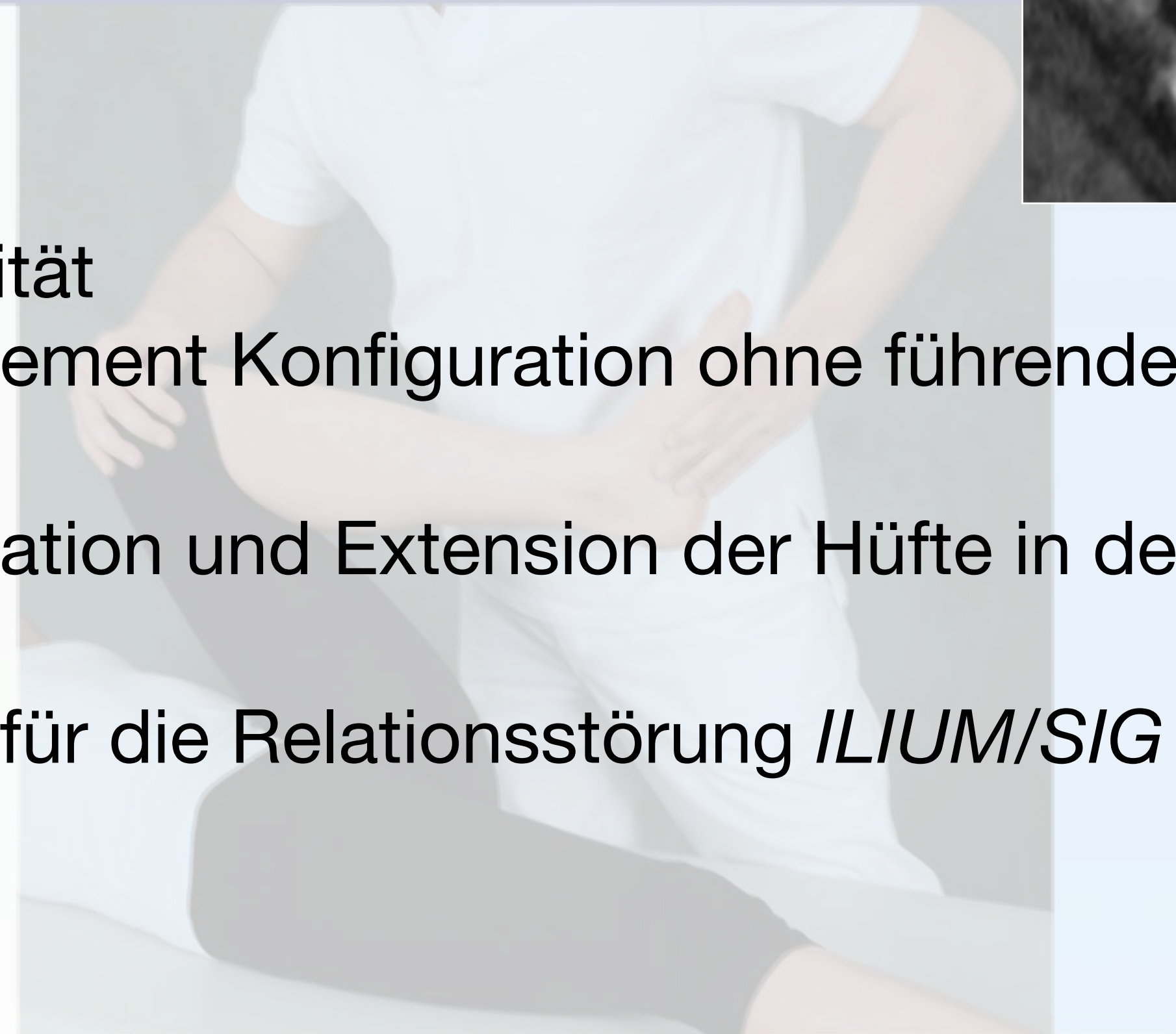
Diagnostik des Hüftgelenkes

AGA-Hüft-Komitee



Hüftstatus

- Drehmann Zeichen
Thomas Handgriff
Apprehension Test
- Exzentrische Deformität
CAM-betonte Impingement Konfiguration ohne führende Labrumsymptomatik
- „Fortleitung“ von Rotation und Extension der Hüfte in den LSÜ?
- Hypothese: Ursache für die Relationsstörung *ILIUM/SIG Symptomatik*?



www.aga-online.de

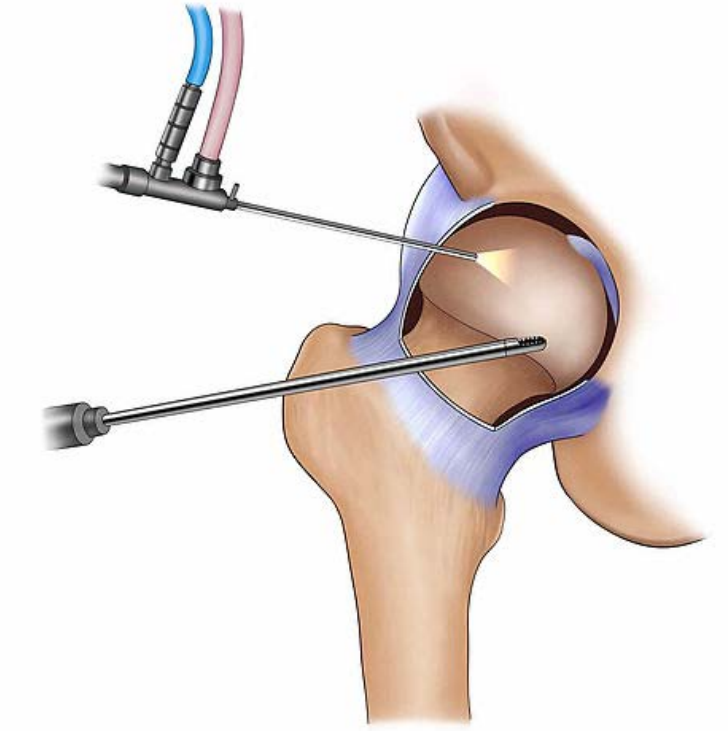
find us on:

facebook



casus I - procedere

- Hüftarthroskopie: Offset Korrektur
- Ambulante Rehabilitation
 - aktive und passive hüftgelenkszentrierende Massnahmen
 - IR/EXT knapp wieder möglich - *some is better than none*
- Rasch deutliche Beschwerdelinderung im Kreuz im Alltag und beim Sitzen
- Aufbau ist möglich! - reduziert auch die sportartenspezifische Tätigkeit
- 15-20y - **follow up** 2022 - Ende 5. Dekade
 - Stabil: kann im Alltag und Sport gut mit SIG und **eigener** Hüfte leben
 - Braucht nur selten NSAR, gelegentlich Therapie, keine Injektionen



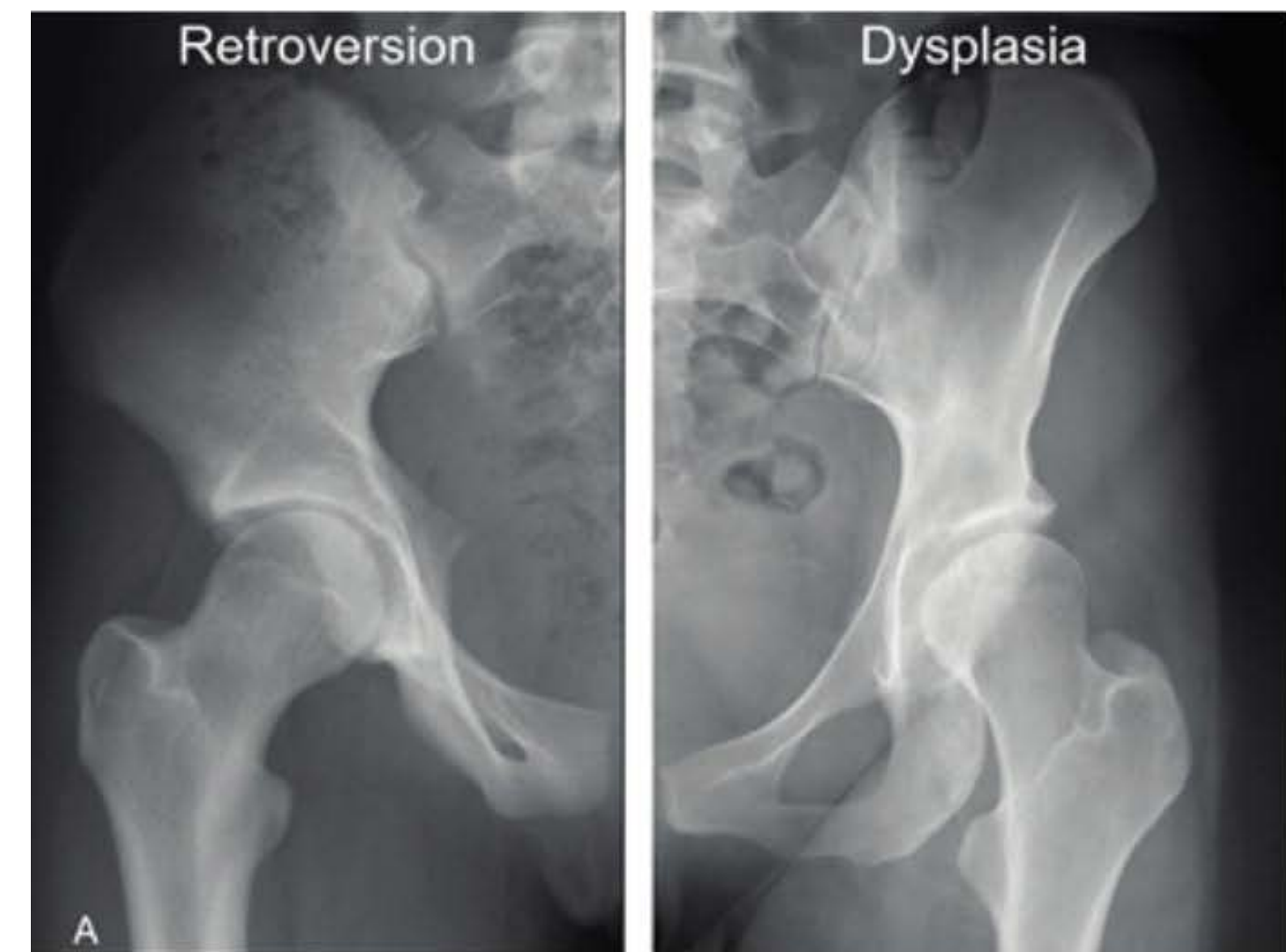
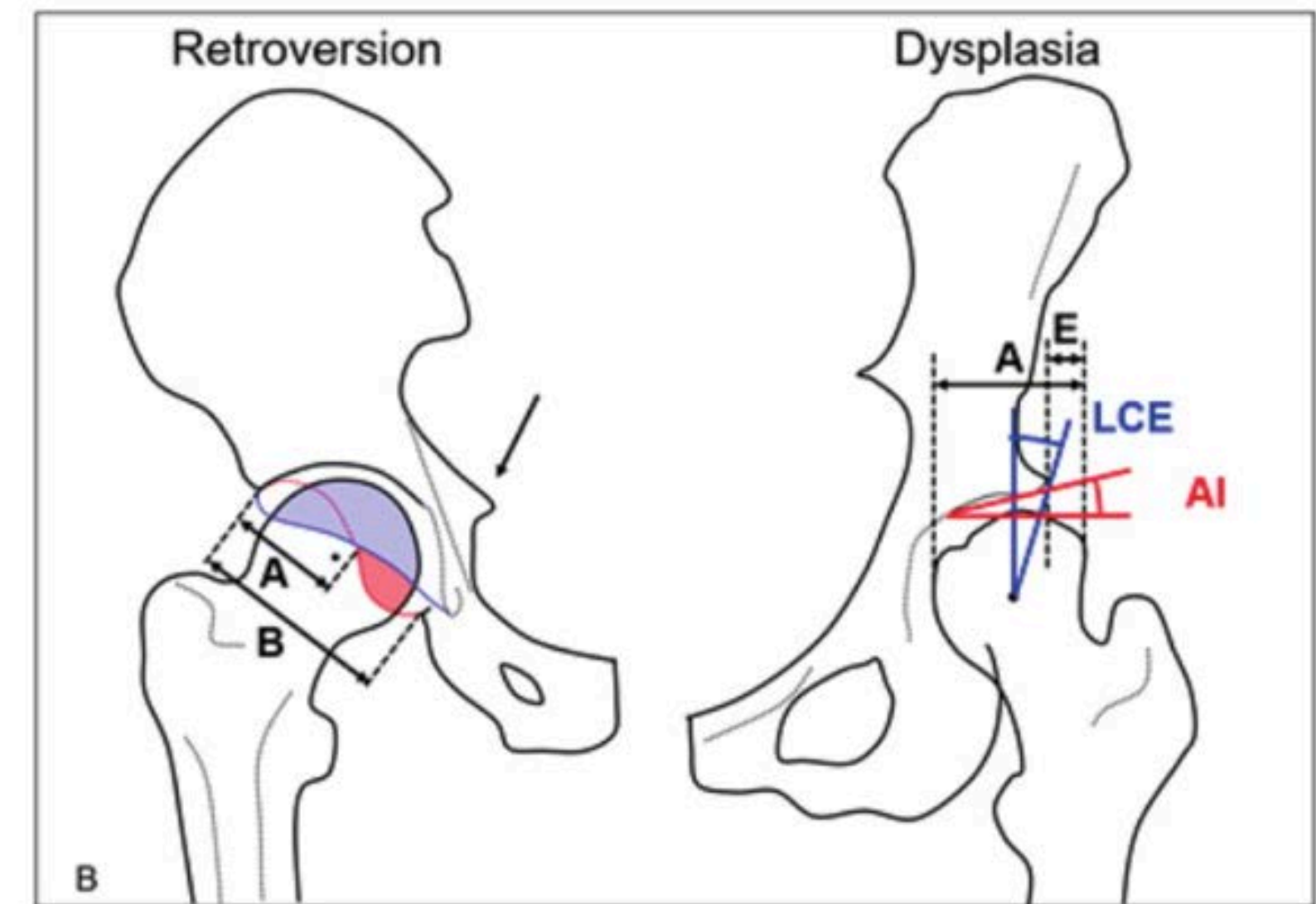
casus I - conclusio

Praxisrelevante Erkenntnisse aus diesem illustren Fall

- Exzentrische Hüftgelenksmechanik führt zu verfrühtem Anschlag
- Kompensation - Überlastung lokoregional - Destruktion
- Hüftleiden verursachen nicht immer/nur Leistenschmerzen
- CAVE unreflektierte repetitive Behandlungen am sog. Nocigenerator

conditio sine qua non III

1. Pfanne zu klein und/oder Abweichung CCD und Schenkelhals-Antetorsion
„klassische Dysplasie“
2. Pfanne zu gross oder retrovertiert
Pincer-Typ FAI
3. Pfanne normal und Kopf-Hals-Übergang
Cam-Typ FAI
4. Kombinationen aus 1–3



Lower pelvic tilt, lower pelvic incidence, and increased external rotation of the iliac wing in patients with femoroacetabular impingement due to **acetabular retroversion** compared to hip **dysplasia**

conditio sine qua non IV

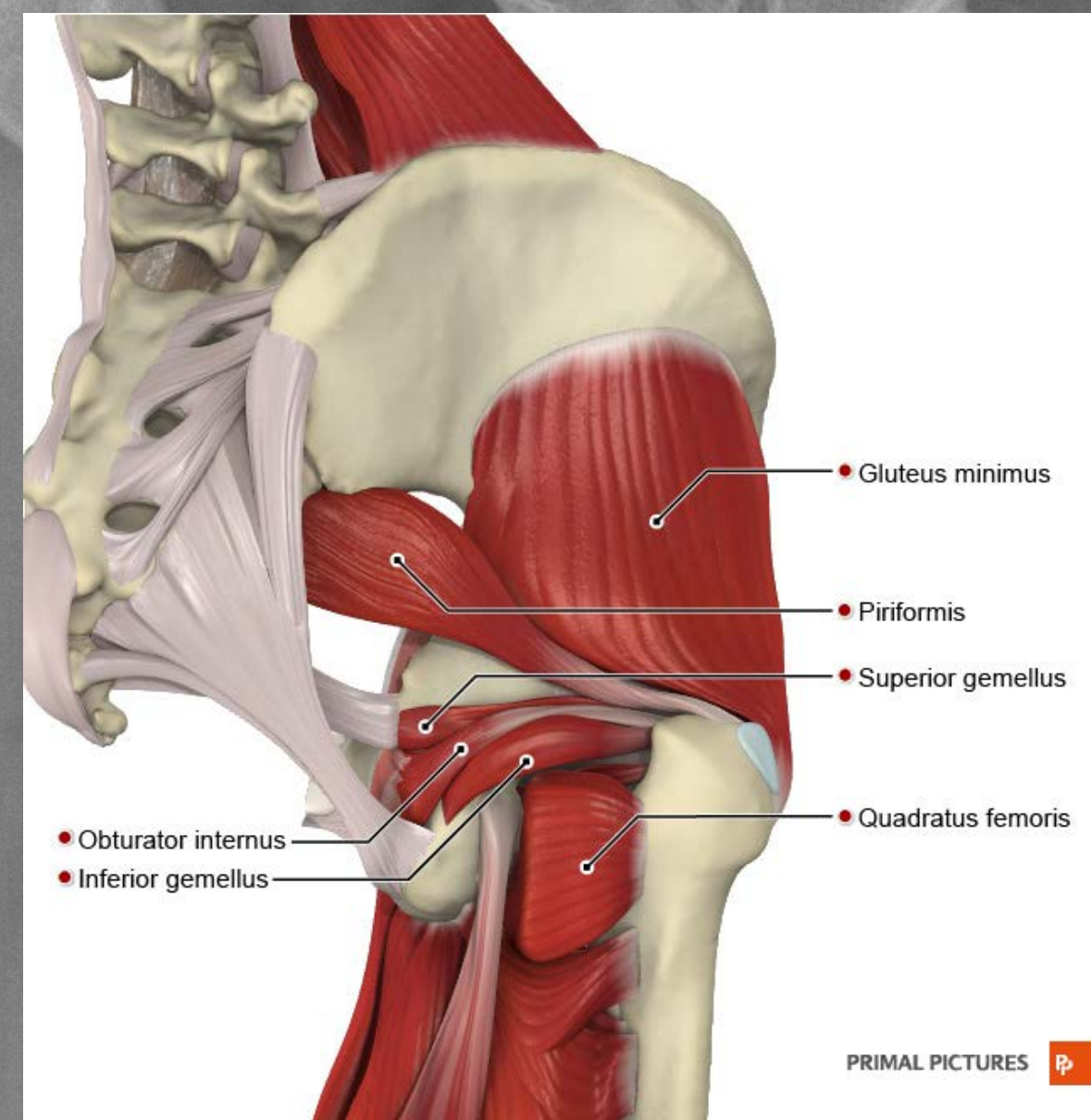
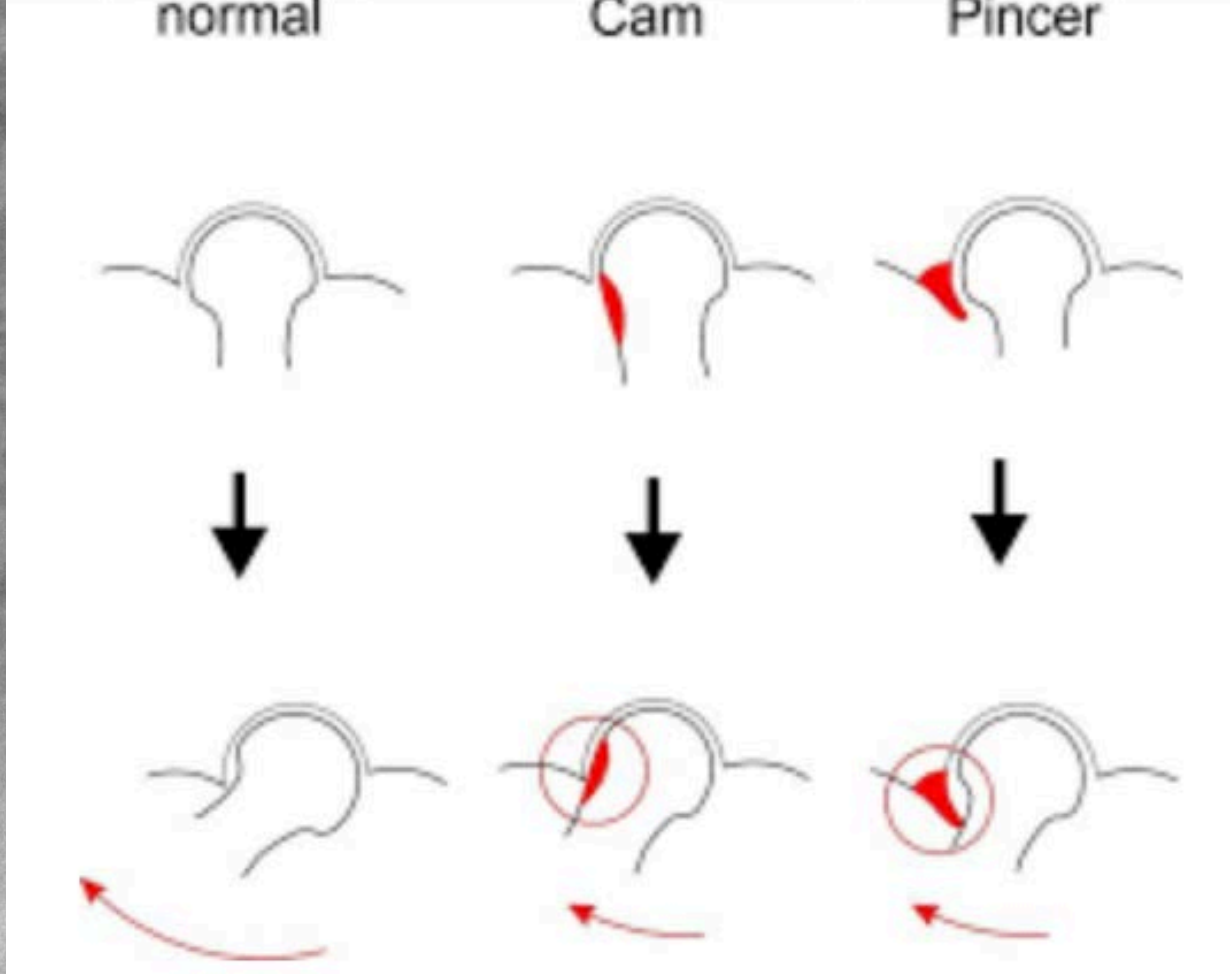
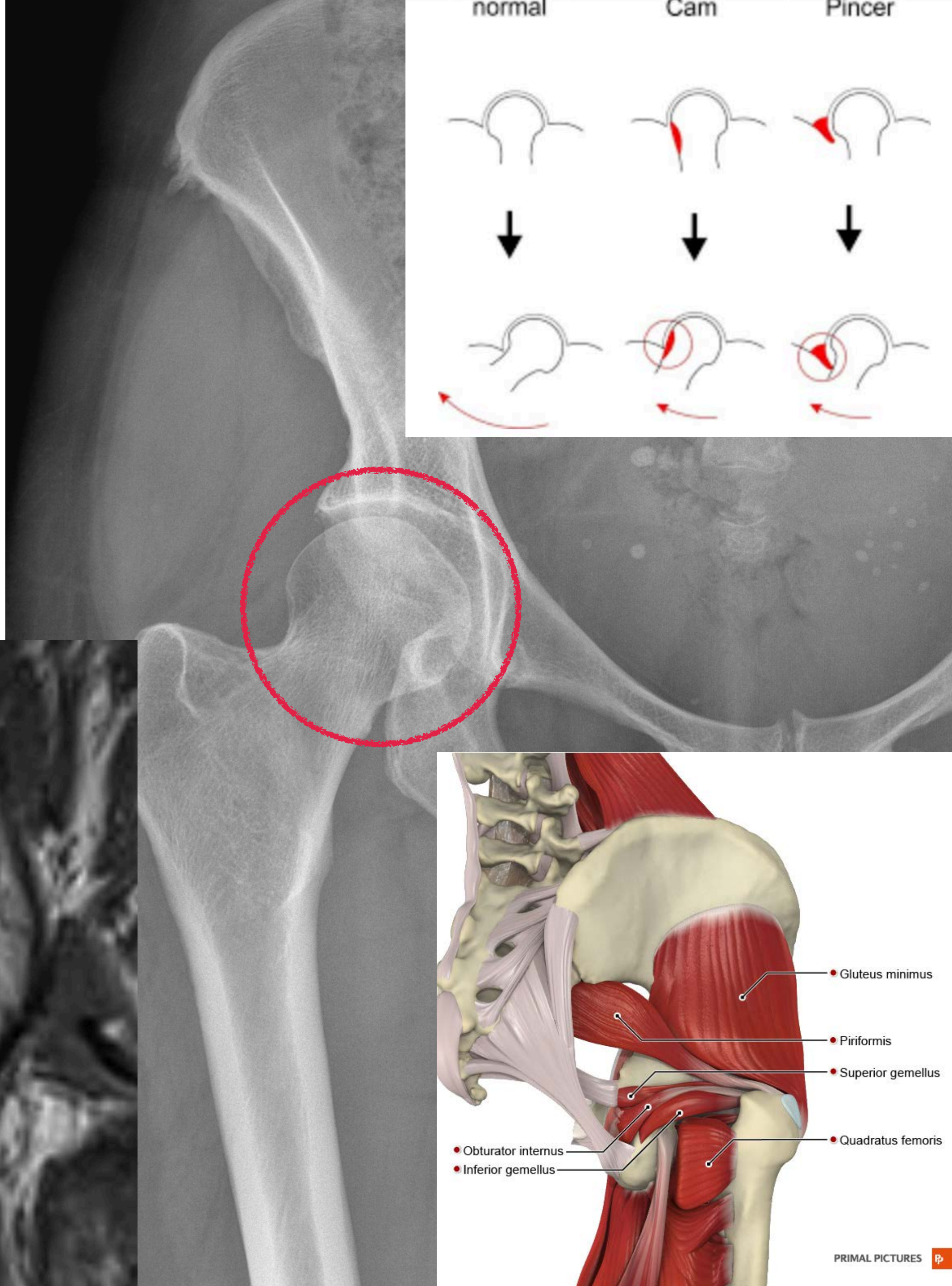
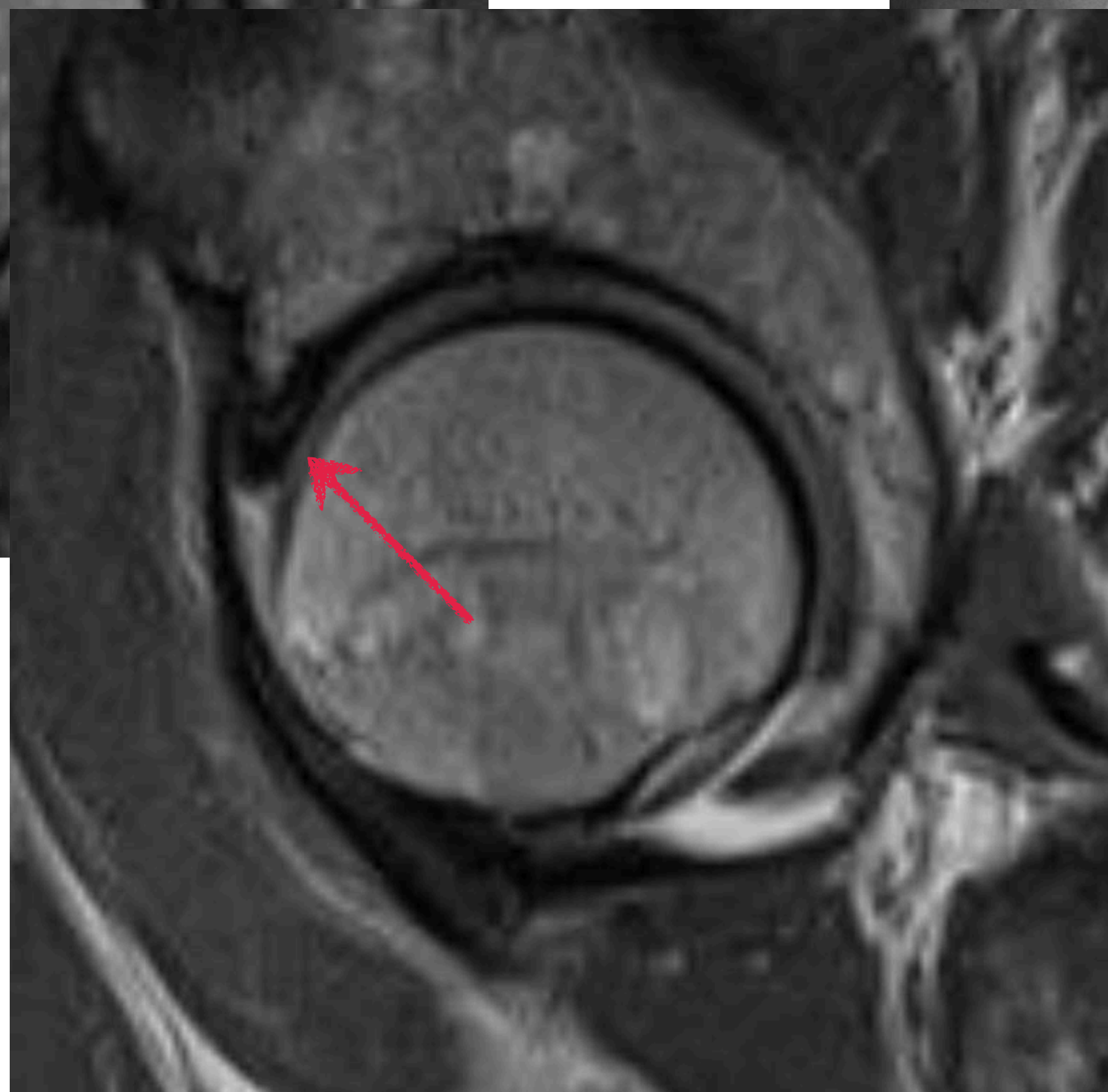
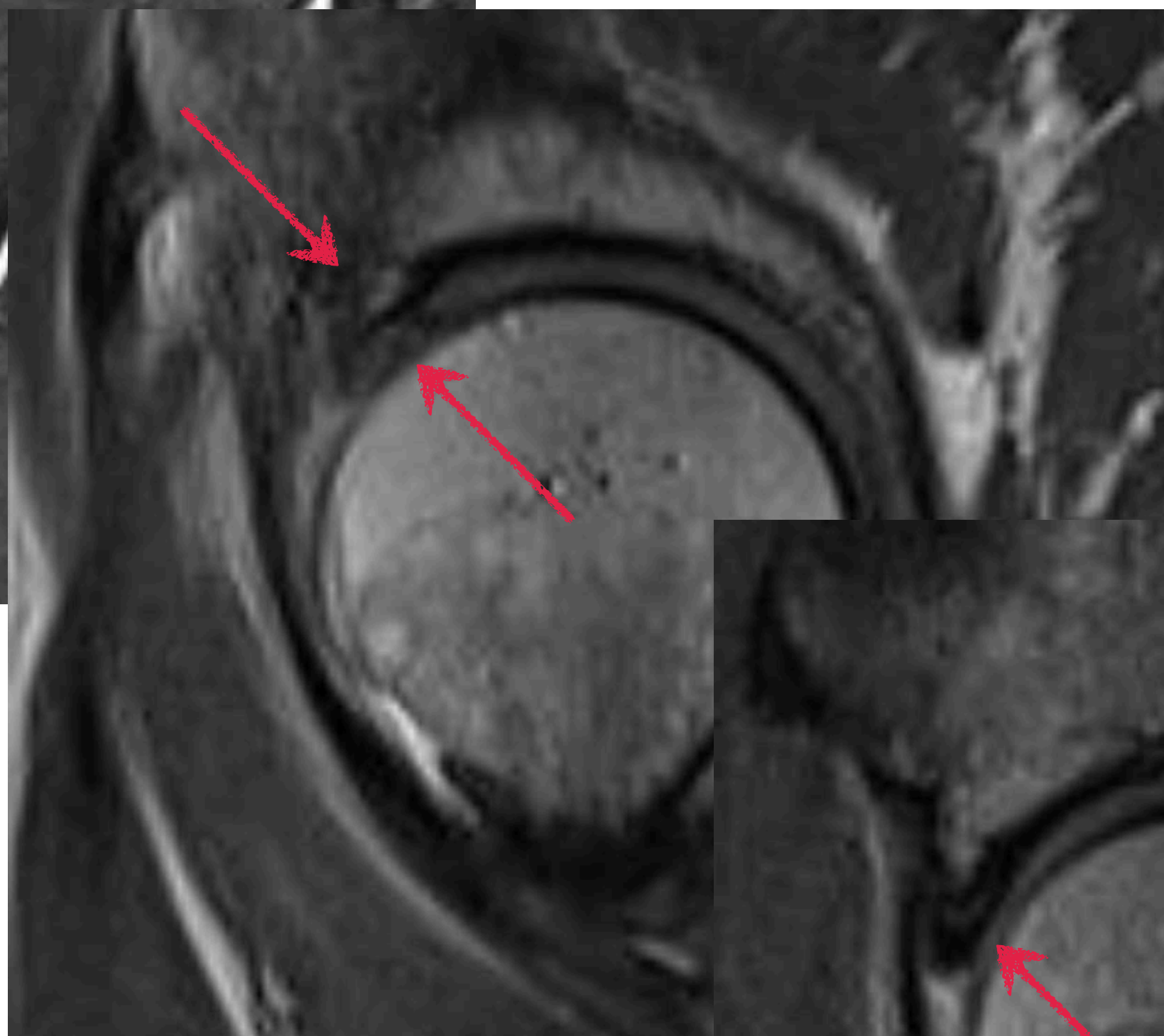
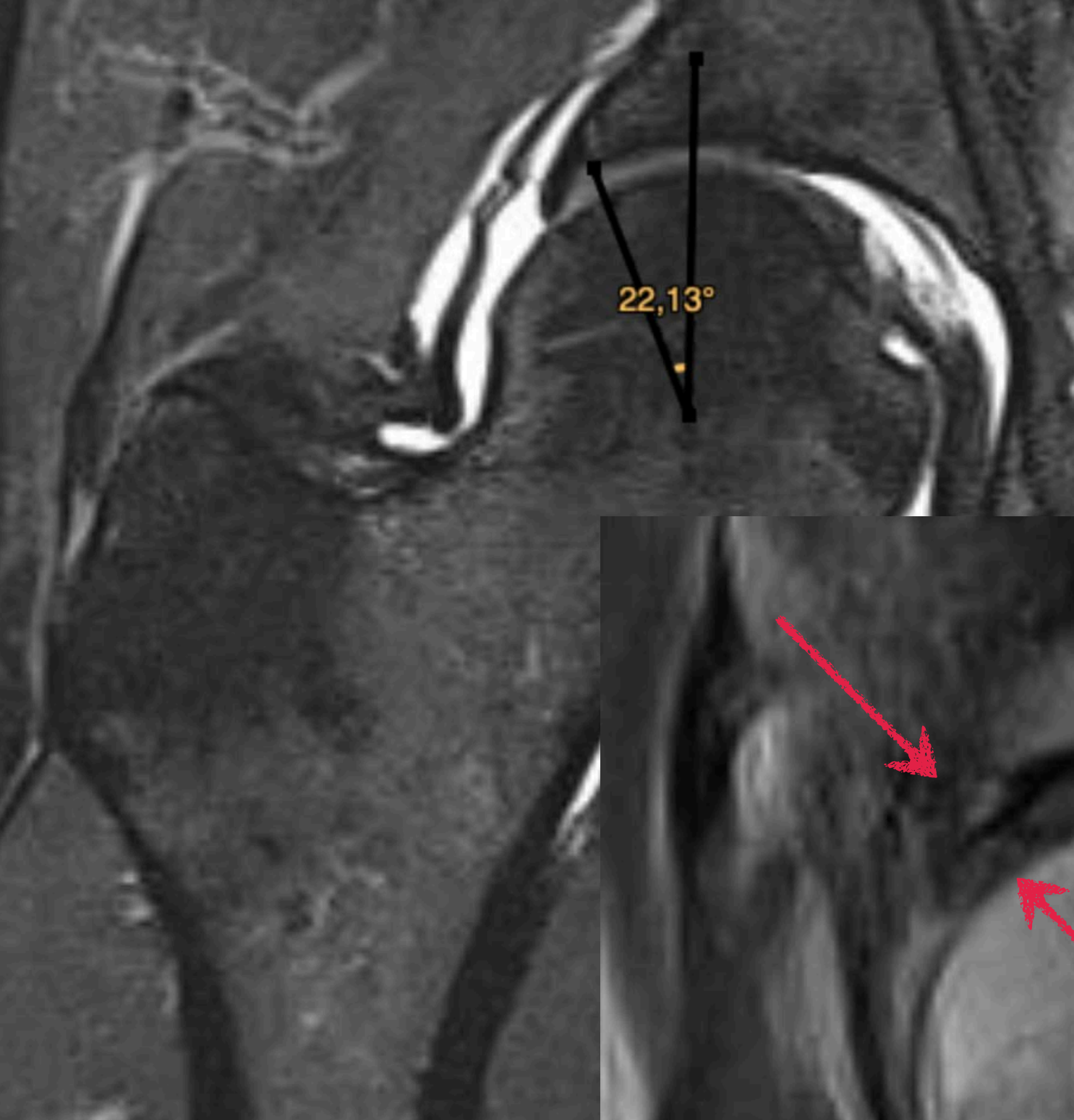
- **Hüftdysplasie** angeboren - **Reifungsstörung**
 - Mangelhafte Überdachung
 - „Obdachlos *UND* Muskelschwach“
 - **Instabilität**: sektoral oder global
- Risikofaktor
 - Führt unbehandelt zur Arthrose - **Sekundärdegeneration**
 - Schwere Dysplasie in 2. oder 3. Dekade
 - Leichte Dysplasie in 4. und 5. Dekade

Chiari C et al 2021: Biomechanik und Diagnostik der Hüftgelenkdysplasie

borderline dysplasia

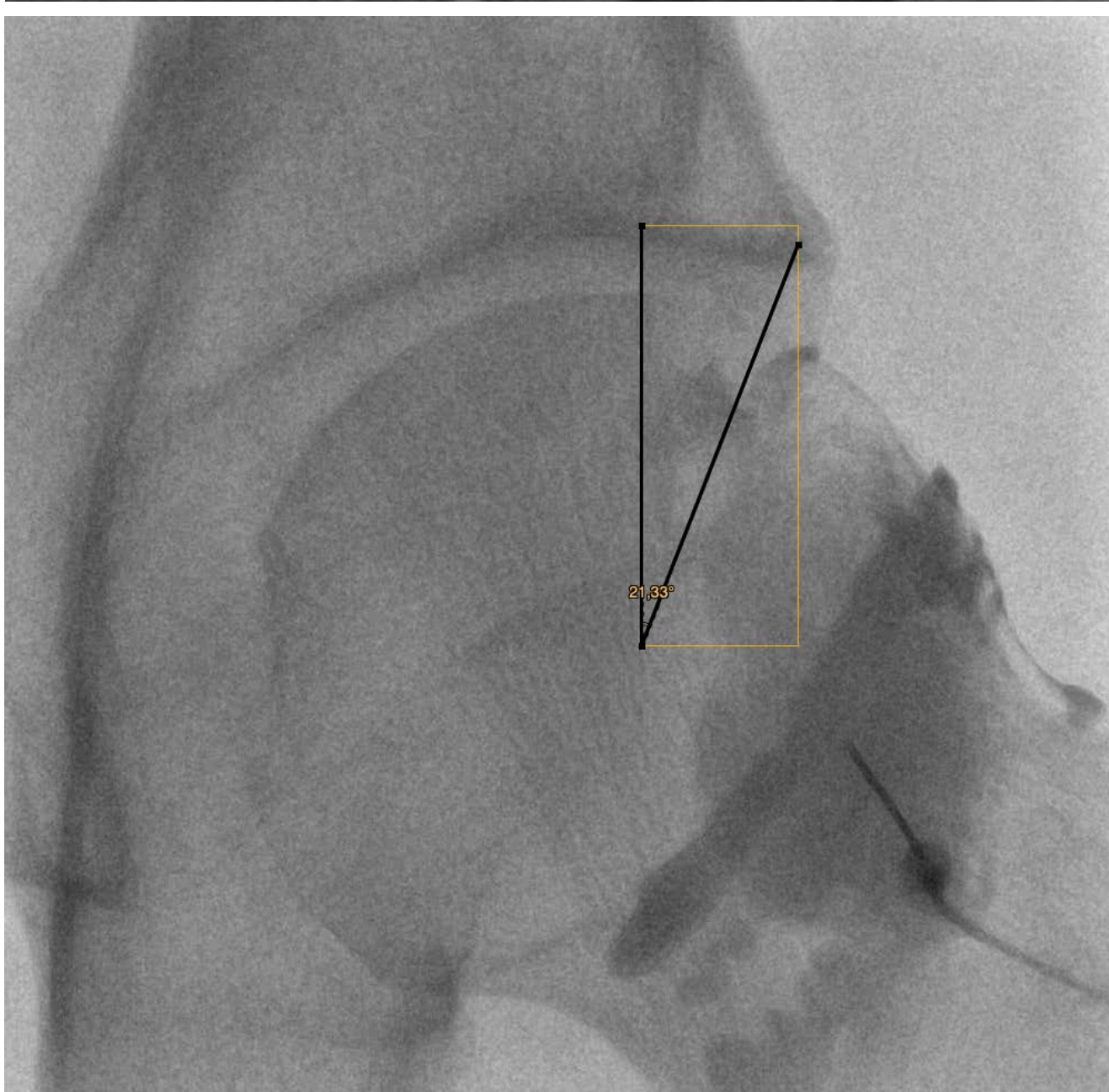
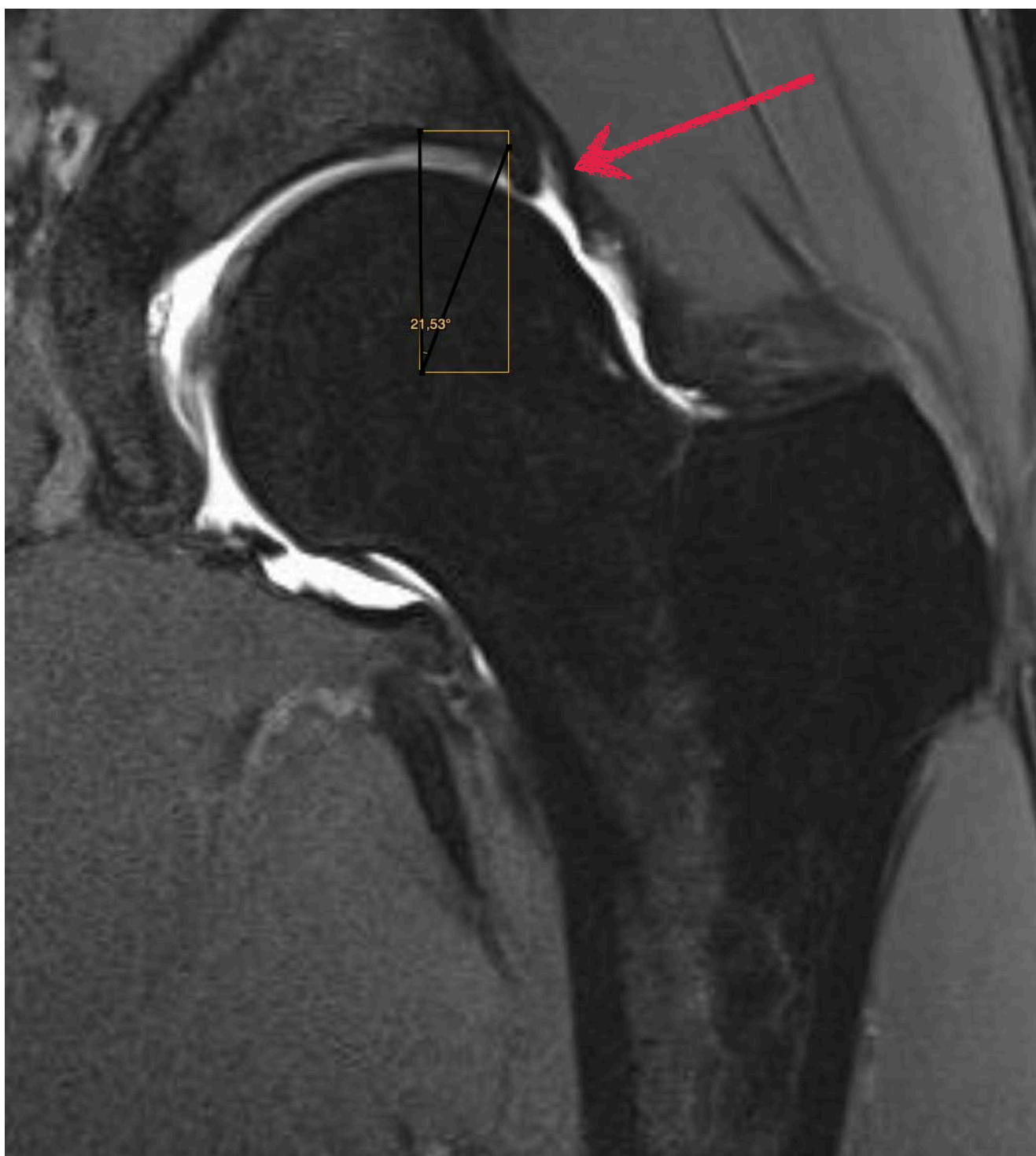
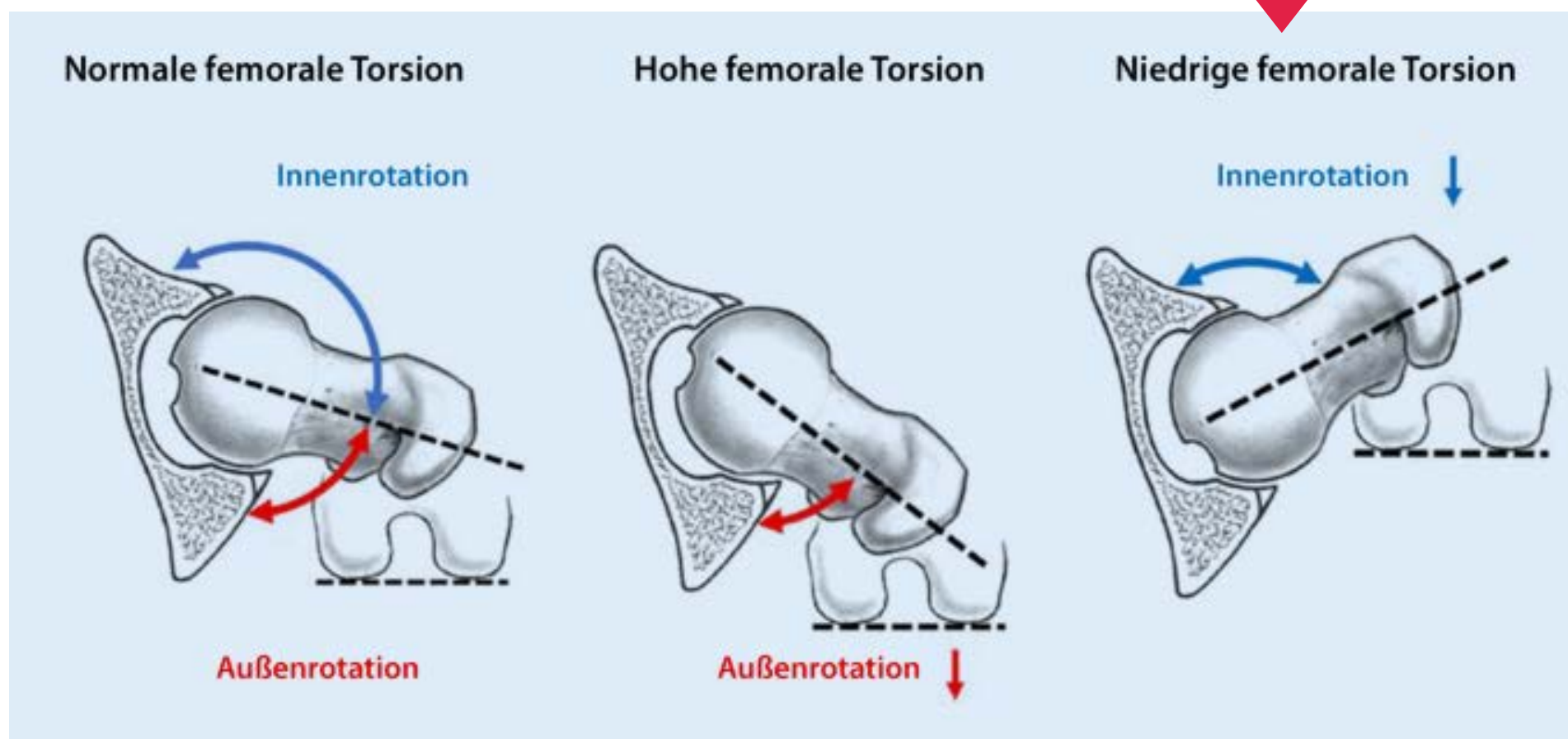
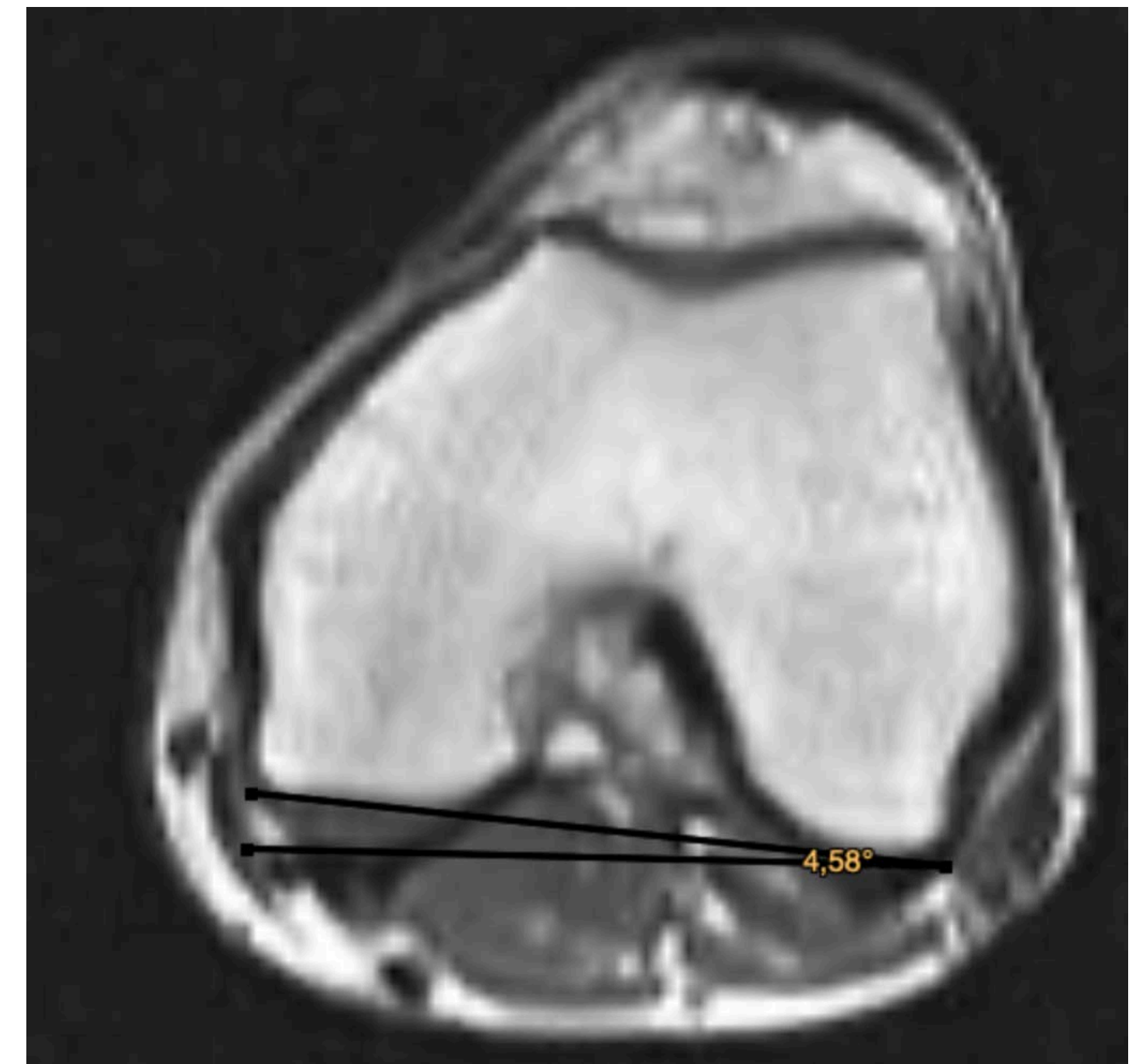
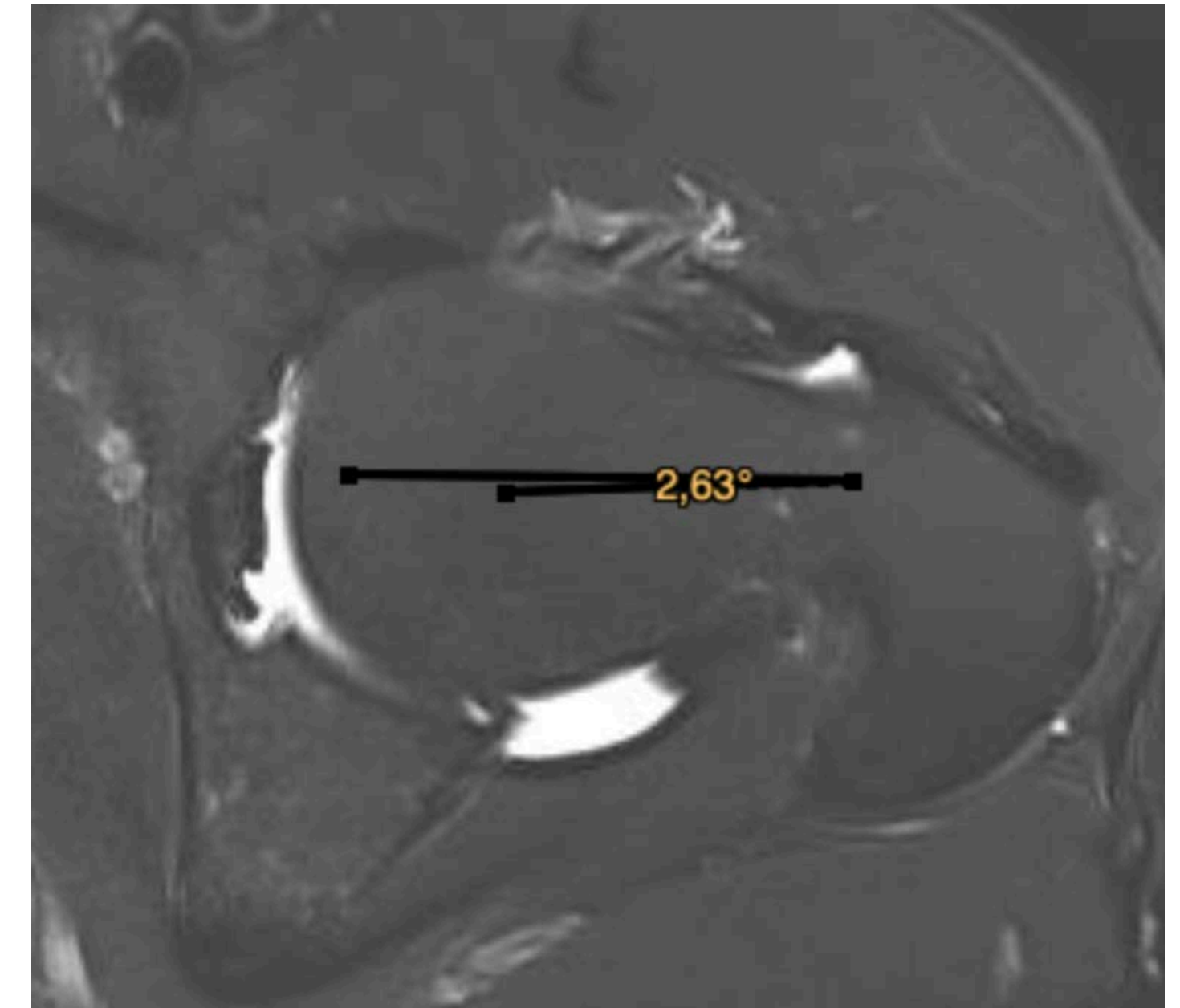
Anamnese/externe Behandlung	f, 46j	m, 43j
SoZ	GF Buchbinderei, 100%	Sozpäd, Krankentransport 80%/AUF
Sportyears	20-25sy, Yoga/Joggen	25sy, ehem. BMX/Fitness
Onset	vor 4 Jahren Knall beim Heben SIG R	schleichend vor 10y, Flanke L
in Behandlung	wiederholt, SIG/Hamstrings/„Piriformis“	seit Jahren PT, KK zahlt nicht mehr
Rumpfstabi	konsequent	immer wieder
Bildgebung bisher	MRT LWS & Becken, anamn. bland	3x MRT LWS, bland
Intervention bisher	Fazetten 3x und SIG L 2x, nutzlos	wiederholt Fazetten lumbal, nutzlos
Klinische Hüftuntersuchung bisher	es sei nichts besonderes	noch nie
Untersuchung mb		
ROM	global ↗, unrund	sektoral ↗ AR, ↘ IR, Schnappen
Impingement	+/-, eher ant.- sup.	+ anterior
MFS Zubringer	inkonstant/wechselhaft v.a. Gesäss R	inkonstant/wechselhaft v.a. Psoas L
Apprehention Hüfte	++	+
LCE Norm > 23°	↘ 22°	↘ 21°
fAT (10-25°)	normal 16°	Retrotorsion -6°
Testanästhesie Hüfte i.a.	positiv	positiv

casus II - f, 46j



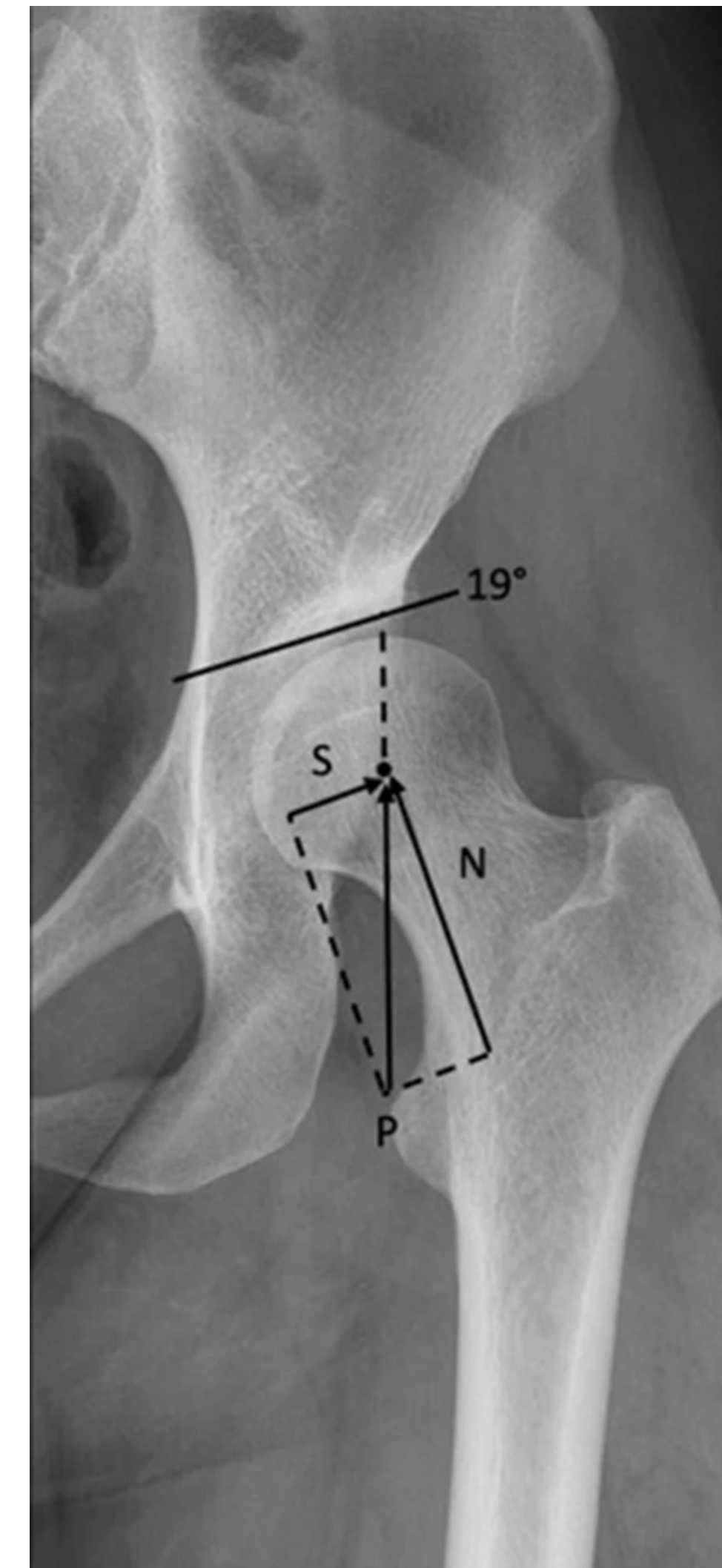
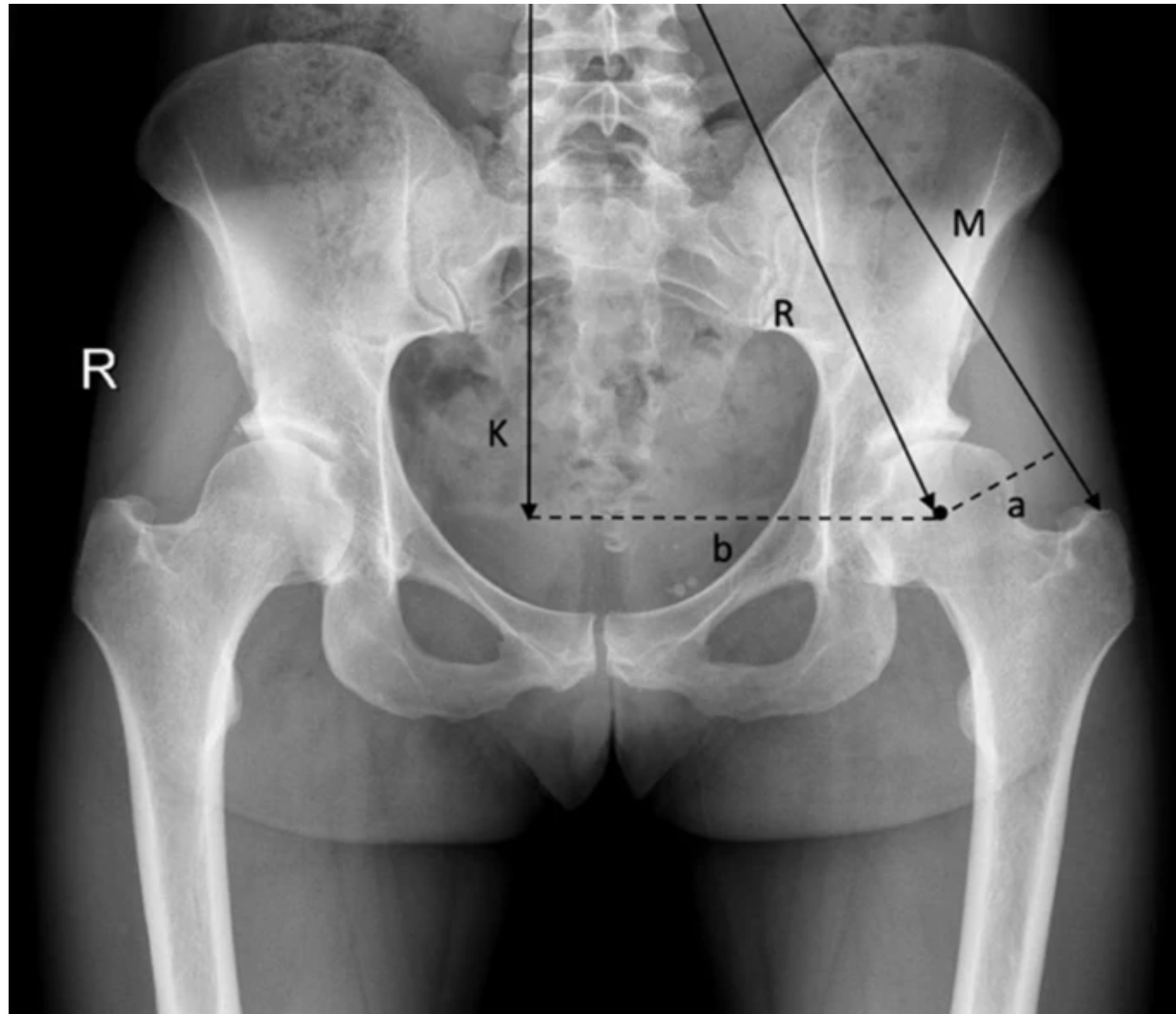
casus III - m, 43j

IR/AR aus 90° F
5-0-50 25-0-30



Hebelmodell nach Pauwels 1973

Einbeinstand
„ $M \geq 3 \times K$ “

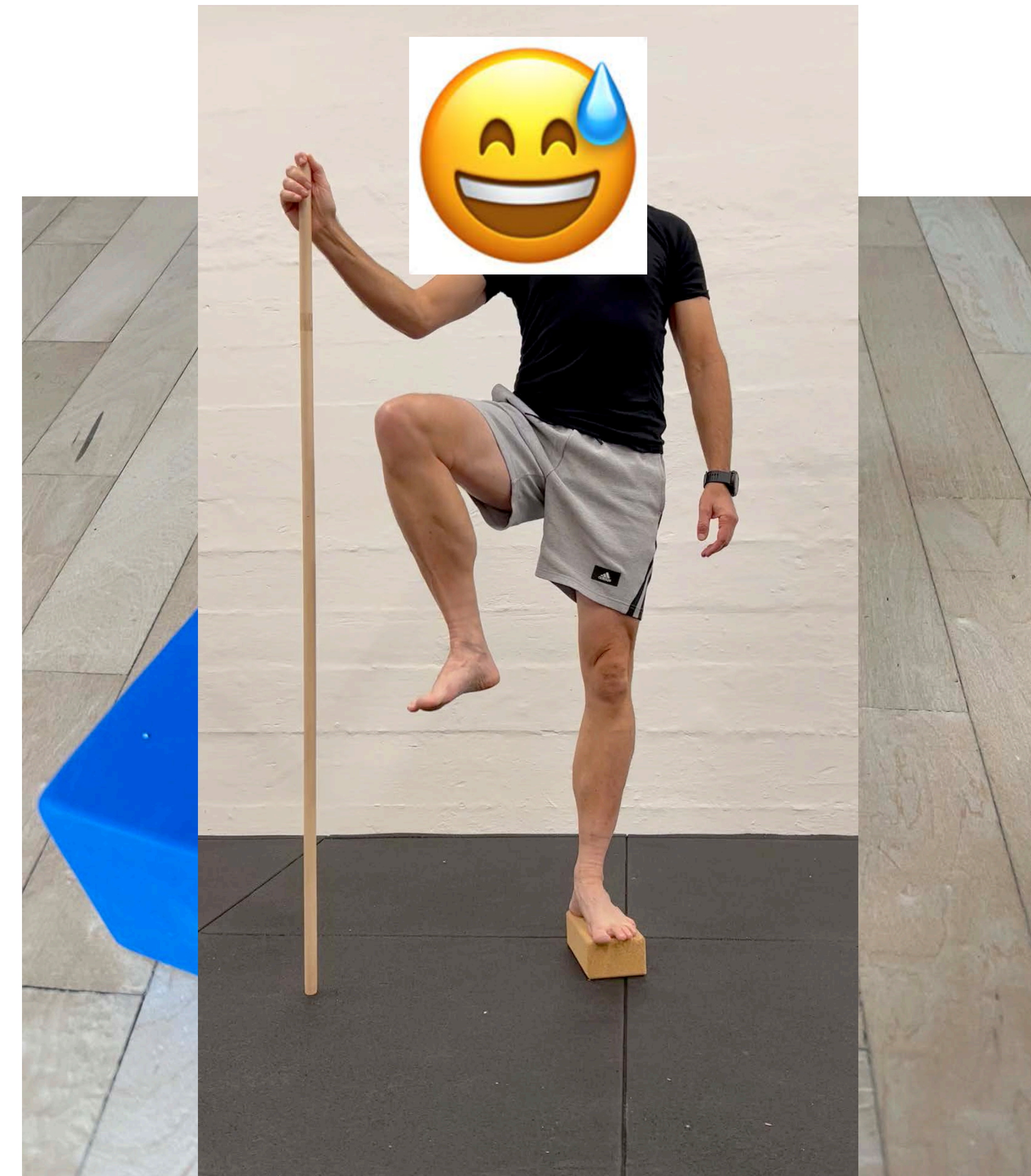


Tschauner C, 1997: Hip dysplasia. Morphology, biomechanics and therapeutic principles with reference to the acetabular labrum Orthopade 26:89–108

quo vadis?

Qualität vor Quantität

- Ziel: Erreichen/Erhalten eines kompensierten Zustandes
- Verbesserung der **funktionellen Überdachung** auf der Standbeinseite
- **Unilaterale** Aktivierung: Form vor Kraft - full-ROM - endphasig!!!
 - Ausfallschritt - Lunge Walk
 - Loading: single leg squat/good morning
 - **single leg side step up plus END RANGE**
- Ziel: Meiden von Noxen
 - Bewusstes(!) Treppensteigen
 - Wenig-er Sitzen - **Arthrokinematik**



single leg side step up rechts
3x15reps/side
END RANGE 3x3



- Hip Replacement ▾
- Knee Replacement ▾
- Preparing for Surgery ▾
- Your Health ▾
- Exercises for Patients ▾
- After Surgery ▾
- Non-Surgical Options ▾
- Operation Walk ▾
- Video Catalog ▾
- Ethnic/Gender Diversity ▾
- Translated Material ▾
- Podcast Recordings
- Patient Testimonials

Exercise Guides for Hip and Knee Replacement

Download these physical therapy guides and workout schedules to jumpstart your recovery at home!

Hip Exercise Video

Knee Exercise Video



Exercises Before Hip or Knee Surgery

Low-impact exercises help to relieve stiffness and pain associated with an arthritic joint. Exercising before surgery will help strengthen your muscles in addition to getting you mentally ready for the recovery process by familiarizing you with some common exercises after surgery. [Download/print](#) this conditioning program and watch this [informational video](#). Español version, please [click here](#).





Gait Training After Joint Replacement

Gait refers to your pattern of walking. Normal walking should be **consistent, effortless, and pain free**. When you have a bad hip or knee, your gait can change, leading to more pain and requiring more energy to get from one point to another. [Download and print](#) this conditioning program in English, covering several exercises and stretches to help relieve pain. Español version, please [click here](#).



<https://hipknee.aahks.org/exercise-guides/>

procedere

- Aufklärung!
- “Primum non nocere, secundum cavere, (tertium sanare)”
 - Gilt auch für PatientInnen!
 - Heisst auch Reduktion der Belastung
- Ambulante Rehabilitation
 - Aktive und passive hüftgelenkszentrierende Massnahmen
 - Befundorientierte myofasziale Behandlung
 - Gelenkstechniken **ohne Kapsel Stretch Hüfte**
 - Aufbau möglich - Ganzkörpertraining
 - alle angulären Auslenkungen **ohne Subluxation/Knacken**
- Rasch deutliche Beschwerdelinderung im Kreuz im Alltag und beim Sitzen 
- 2y - **follow up** 2022 - Mitte/Ende 4. Dekade
 - Beide können im Alltag gut mit Hüfte und SIG leben, angepasste/reduzierte sportliche Aktivität 
 - Brauchen keine NSAR, sporadisch Therapie, Infiltration Hüfte als Reserve
 - wait & see... kind of ;-)

- Die Hüfte in LBH: denk daran, gerade bei Kreuzschmerzen, in jedem Alter!
- Klinische Untersuchung kann Dysfunktion und Nocigenerator eingrenzen
- Momentandrehachse des Hüftgelenkes als Schlüssel für den Beckenring
- Bei AP für Reifungsstörung und Sekundärdegeneration: Wahl der richtigen Bildgebung

- Wiederherstellung der Funktion **UND** Schmerztherapie
- Erreichen einer **angepassten Trainierbarkeit** - Kraft und Flexibilität
- Prävention im Alltag und im Training - **AUFKLÄRUNG**

Bewegungs- und Belastungslimiten respektieren

Hips don't lie

