

Hüftschmerzen beim Sport

Ursachen und präventive Massnahmen

Ein starkes Zwicken in der Hüfte oder der Leistengegend, ein Einklemmen bei schnellen oder ausschlagenden Hüftbewegungen und das bei einem wichtigen Eishockey - oder Fussball - Spiel. Hüftschmerzen können verschiedene Ursachen haben und unbehandelt zum Abbruch von Sportaktivitäten führen.

Prävention ist also auch in diesem Bereich unabdingbar, um Abnutzungen oder Einklemmungsproblematiken zu verhindern und dies bereits im Jugendalter.

Eine mögliche Ursache von einschliessenden Schmerzen oder Bewegungseinschränkungen während dem Sport ist die Hüfteinklemmung oder im Fachjargon das Femoroazetabuläre-Impingement (FAI) genannt.

Welche Symptome zeigen ein beginnendes Hüftimpingement?

Hauptsächlich treten bei dieser Problematik Schmerzen im vorderen Bereich der Hüfte oder der Leistengegend auf, welche auch in den Oberschenkel oder in das Gesäss strahlen können. Zu Beginn zeigen sich die Schmerzen intermittierend und können im Verlauf chronifizieren (Riedl und Fickert 2022, 94). Zusätzliche Schmerzsymptome sind folgende (Griffin et al. 2016, 1171):

- Eingeschränkte Beweglichkeit oder Steifigkeit
- Blockaden der Hüfte
- Klicken in der Hüftregion

Diese sind zu unterscheiden von Hüftarthroseschmerzen, welche vor allem seitlich an der Hüfte auftreten und sich typischerweise am Morgen als Anlaufschmerzen zeigen.

Woher kommt das Hüftimpingement und welche Unterschiede gibt es?

Das Hüftimpingement äussert sich in verschiedenen Formen. Man unterscheidet zwischen einem Cam-Impingement, eine pathologische Deformität des Kopf-Schenkelhals-Überganges des Oberschenkelknochens und dem Pincer-Impingement, eine vermehrte knöcherne Überdachung der Hüftgelenkspfanne. Beide Formen können einzeln oder in Kombination auftreten.

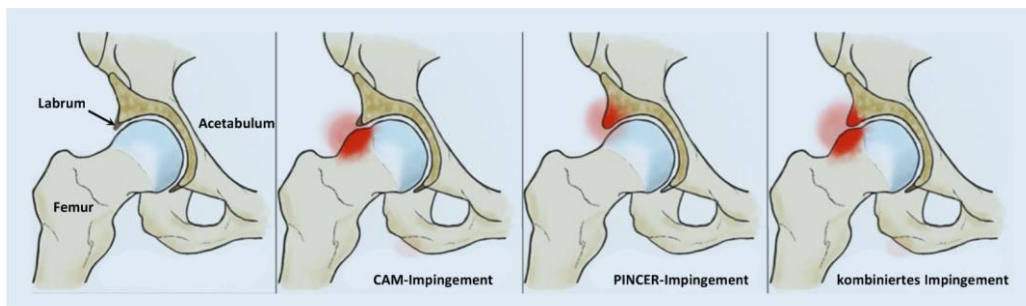


Abb. 1 ▲ Verschiedene Typen des femoroazetabulären Impingements (FAI)

Der Ursprung beider Hüftdeformitäten ist bis heute noch nicht abschliessend geklärt, wobei unter anderem genetische und ethnische Aspekte als Ursache diskutiert werden (Riedl und Fickert 2022, 96). Aktuelle wissenschaftliche Studien zeigen, dass die primäre Cam-Deformität durch starke Belastungen auf die Epiphysenfuge während der Adoleszenz entsteht. Dies vor allem in der Periode kurz vor dem

Schluss der Epiphysenfuge. Dabei gelten Kontaktsportarten mit intensiven Stop-and-Go-Belastungen, wie Eishockey oder Fussball, als besonders risikoreich (Ezechieli und Banke 2022, 168-170).

Wie häufig tritt ein Hüftimpingement im Leistungssport auf?

Das Hüftimpingement besitzt im Leistungssport eine grosse Bedeutung. 55-65% der asymptomatischen Leistungssportler: innen und 94% der Leistungssportler: innen, welche Hüft- oder Leistenschmerzen aufweisen, besitzen eine Hüft-Deformität. Hauptsächlich wird eine Cam-Deformität in Verbindung mit erhöhter sportlicher Aktivität gebracht, wobei männliche Sportler dreimal mehr betroffen sind als weibliche (Riedl und Fickert 2022, 94-96). Impaktsportarten wie Eishockey, Basketball und Fussball weisen ein bis zu achtfach erhöhtes Risiko auf, eine Cam-Deformität als auch eine Hüftartrose zu entwickeln, weshalb es wichtig ist, betroffene Sportler*innen rechtzeitig zu identifizieren (Arsoy und Leunig 2018, 294-295).

Welche Folgen kann ein unbehandeltes Hüftimpingement haben?

Durch die knöchernen Deformitäten kommt es während der Bewegung des Hüftgelenks zu einem vorzeitigen Kontakt zwischen dem Schenkelhals des Oberschenkels und der Hüftpfanne (Haupt-Bertschy und Serena 2022, 140). Bei der Cam-Deformität kommt es zu erhöhten Scher- und Abriebkräften. Diese Abnutzung führt unter anderem zu Knorpelläsionen, welche unbehandelt zu grossen Knorpelablösungen führen. Bei der Pincer-Deformität kommt es zu einer Quetschung und folglich zu Schäden der Gelenkklippe. Unbehandelt kann dies zu Verkalkungen führen. Die Knorpelläsionen, welche beide Formen zeigen, sind als frühzeitige arthrotische Deformität anzusehen (Ezechieli und Banke 2022, 168-170).

Wie kann ich präventiv gegen ein Hüftimpingement vorgehen?

Um im Leistungssport lange beschwerdefrei mithalten zu können sollten Sportler: innen vor allem in der Vorbereitung aber auch während der Saison ein Augenmerk auf die Belastung und die Beweglichkeit der Hüft werfen.

Im Jugendsport muss darauf geachtet werden, dass während Wachstumsphasen Trainingseinheiten gekürzt oder mit Pausen gespickt werden. Zudem muss auf polysportive Aktivitäten ohne Impakt wie Schwimmen oder Radfahren geachtet werden.

Im erwachsenen Leistungssport muss die Hüft vor allem in die Bewegungsrichtungen der Beugung und Rotation gebracht werden. Dazu eignen sich dynamische Mobilisationsübungen vor dem Sport und Hüft- stabilisierende Kräftigungsübungen wie Deep Squats oder einbeinige Hip-Lifts. Vor allem das Kräftigen der Abduktoren und Aussenrotatoren der Hüfte helfen der korrekten Stabilisierung des Hüftkopfes in der Pfanne. So wird die Hüfte speziell bei hohen Belastungen gut stabilisiert und eine Einklemmung kann vermindert werden.

Welche Übungen kann ich präventiv durchführen?

Hüftrotation im Sitz



Ausgangsstellung: Im Sitz und Knie rechtwinklig, Arme vor dem Körper

Ausführung: Beide Knie in eine Richtung aufrichten und drehen

Füße bleiben immer an derselben Position

Täglich 3-5 min

Brüggli



Ausgangsstellung: Rückenlage und Beine angestellt

Ausführung: Becken hochdrücken bis eine gerade Linie zwischen Schulter, Hüfte und Knie entsteht

Täglich 2x12 Wiederholungen

Seitlich gehen mit Band



Ausgangsstellung: Stand mit Theraband um Knöchel und Knie leicht gebeugt

Ausführung: Seitliche Schritte machen, dabei die Knie immer auf Höhe der Füße halten

3x pro Woche 2x 15 Schritte

Quellen

Arsoy, Diren, and Michael Leunig. 2018. 'Femoroazetabuläres Impingement: Prävention und Screening'. *Arthroskopie* 31 (4): 294–98. <https://doi.org/10.1007/s00142-018-0229-3>.

Brunner, Romana, Nicola A. Maffioletti, Nicola C. Casartelli, Mario Bizzini, Reto Sutter, Christian W. Pfirrmann, and Michael Leunig. 2016. 'Prevalence and Functional Consequences

of Femoroacetabular Impingement in Young Male Ice Hockey Players'. *The American Journal of Sports Medicine* 44 (1): 46–53. <https://doi.org/10.1177/0363546515607000>.

Ezechieli, Marco, and Ingo J. Banke. 2022. 'Epidemiologie, Prävention und Früherkennung des Femoroazetabulären Impingement-Syndroms (FAIS)'. *Der Orthopäde* 51 (3): 167–75. <https://doi.org/10.1007/s00132-022-04215-y>.

Griffin, D R, E J Dickenson, J O'Donnell, R Agricola, T Awan, M Beck, J C Clohisy, et al. 2016. 'The Warwick Agreement on Femoroacetabular Impingement Syndrome (FAI Syndrome): An International Consensus Statement'. *British Journal of Sports Medicine* 50 (19): 1169–76. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096743>.

Haupt-Bertschy, Bettina; Serena, Anna, and Anna Serena. 2022. 'Klinische Diagnostik beim femoroazetabulären Impingement'. *Sportphysio* 10 (03): 140–49. <https://doi.org/10.1055/a-1841-8179>.

Riedl, Moritz, and Stefan Fickert. 2022. 'Bedeutung des femoroazetabulären Impingements im Sport'. *Arthroskopie* 35 (2): 93–99. <https://doi.org/10.1007/s00142-022-00522-w>.