

Hüft-Impingement (FAI)

Femoroazetabuläres Impingement – Ursachen, Symptome & Therapie

Mechanischer Konflikt zwischen Oberschenkelknochen (Femur) und Hüftpfanne (Azetabulum) –

durch knöcherne Formveränderungen klemmt Gewebe beim Beugen oder Drehen ein.

● TYPEN DES IMPINGEMENTS

Typ 1

Cam-Typ

Knöcherner Höcker am Femurkopf. Häufig bei jungen sportlichen Männern. Reibt beim Beugen am Pfannenrand.

Typ 2

Pincer-Typ

Überdachung der Hüftpfanne. Häufiger bei Frauen mittleren Alters. Zwickt das Labrum ein.

Typ 3

Kombiniert

Beide Veränderungen gleichzeitig. Häufigster Befund in der klinischen Praxis.

● TYPISCHE BESCHWERDEN

- Leistenschmerz beim Sport & Sitzen
- Schmerz bei Innenrotation & Beugen
- Probleme beim Einsteigen ins Auto
- Leistungsminderung beim Sport
- Steifigkeit nach längerem Sitzen
- Knacken / möglicher Labrumriss

● DIAGNOSTIK

1

Klinische Untersuchung

FADIR-Test, Anamnese, Schmerzcharakter

2

Röntgen

Knöcherne Morphologie, Gelenkspalt

3

MRT / MR-Arthrographie

Labrum, Knorpel, Weichteilstrukturen

4

Diagnostische Infiltration

Lokalanästhetikum bestätigt Schmerzquelle

● THERAPIEMÖGLICHKEITEN

Grundsatz: Immer zuerst konservativ therapieren!

Operation nur bei anhaltenden Beschwerden trotz Physiotherapie über mind. 3–6 Monate

- Physiotherapie: Muskelkräftigung & Beweglichkeit
- Aktivitätsmodifikation & Sportanpassung
- NSAR (entzündungshemmende Medikamente)
- Kortison-Infiltration ins Hüftgelenk
- Manuelle Therapie & Stoßwellentherapie

- Arthroskopie: Cam-Höcker abtragen, Labrum nähen
- Pfannenrandkorrektur (minimalinvasiv)
- Periazetabuläre Osteotomie (bei Dysplasie)
- Hüft-TEP: nur bei fortgeschrittener Arthrose

● NACHBEHANDLUNG NACH ARTHROSKOPIE

Wo. 1–2



Entlastung

Gehstützen, Lymphdrainage, passive Mobilisation

Wo. 3–6



Muskelaufbau

Vollbelastung, Kräftigung, Gangschulung

Mo. 2–4



Funktionstraining

Koordination, Schwimmen & Radfahren erlaubt

Mo. 4–6+



Rückkehr zum Sport

Kontaktsport nach ärztlicher Freigabe