

Koxarthrose (Hüftgelenkarthrose)

Autor:



heilpraktiker.kurse.de
EIN ANGEBOT VON EXAMIO UND HAUG

Koxarthrose (Hüftgelenkarthrose)

Neben der Definition der Koxarthrose sind die Pathophysiologie, Symptome, Diagnostik und die schulmedizinische und naturheilkundliche Therapie aufgeführt.



HINWEIS

Koxarthrose

Die Koxarthrose (Hüftgelenkarthrose) entsteht durch einen **Verschleiß des Hüftgelenkknorpels (degenerative Zerstörung)**.



MERKE

Leitsymptome der Koxarthrose

- anfangs Steifigkeitsgefühl im Hüftgelenk
- Schmerzen in der Leiste, oft auch im Gesäß oder Oberschenkel, bis zum Knie ziehend
- nächtliche Schmerzen
- Anlaufschmerzen nach Bewegungsruhe, z. B. morgens nach dem Aufstehen
- Ermüdungsschmerzen nach längerem Laufen, Stehen oder Arbeiten
- Einschränkung der Hüftbeweglichkeit, z. B. spürbar als Schwierigkeiten beim Sockenanziehen



MERKE

Wann zum Arzt?

In den nächsten Wochen, wenn Schmerzen in der Leiste länger als 3 Tage anhalten.

Pathophysiologie

Bei 30 % der Patienten liegt eine sog. **primäre Koxarthrose** vor, bei der die Ursache nicht bekannt ist. Die Patienten sind bei Diagnosestellung meist älter als 50 Jahre. Bei 70 % der Patienten tritt die Koxarthrose **sekundär** auf, das heißt als Folge einer anderen Erkrankung oder Störung im Hüftgelenk, z. B. bei **Überbelastung** oder nach einem **Trauma**. Die sekundäre Form zeigt sich altersunabhängig und kommt auch bei jungen Patienten vor.

Symptome

Die Hauptsymptome sind **Schmerzen in der Leiste** und **Bewegungseinschränkungen**. Die

Schmerzen können auch in den Oberschenkel und bis ins Knie ausstrahlen.



VORSICHT

*Jeder 5. Patient mit Hüftgelenkarthrose hat zunächst nur **Knieschmerzen!***

Die Schmerzen nehmen mit dem Fortschreiten der Erkrankung zu, es kann aber zwischendurch auch schmerzfreie Phasen geben. Typisch sind der Anlauf- und der Belastungsschmerz. Bei längerem Andauern der Bewegungseinschränkung entwickeln sich **Kontrakturen der Hüftbeugemuskulatur**. In der Folge kippt das Becken nach vorne und die Lendenwirbelsäule muss zum Ausgleich eine Hyperlordose formen. Das kann zu **Beschwerden in der LWS** führen, gelegentlich ist das sogar das erste Zeichen einer Hüftarthrose.

Diagnostik

In der klinischen Untersuchung zeigen sich die Bewegungseinschränkungen, als Erstes ist die **Innenrotation** der Hüfte **beeinträchtigt**. Eventuell **hinken** die Patienten oder zeigen Gangstörungen. Bei einer aktivierten Koxarthrose (mit Entzündung) findet sich in der Leiste ein Klopf- und Druckschmerz aufgrund einer schmerzhaften Gelenkkapsel. Die Diagnose sichert man mittels Röntgenbild.

Schulmedizinische Therapie

Bei einer **primären Koxarthrose** wird so lang wie möglich konservativ therapiert. Ein Pufferabsatz im Schuh auf der betroffenen Seite und ein Handstock auf der Gegenseite senken die Belastung im erkrankten Hüftgelenk. Generell entscheidet der Patient selbst, wann Schmerzen und/oder Bewegungseinschränkung zu schlimm für ihn werden und operiert werden soll.

Bei einer **sekundären Koxarthrose**, die als Folge von Fehlstellungen im Hüftgelenk entstanden ist, muss die OP möglichst früh erfolgen, um einer weiteren Verschlechterung vorzubeugen.

Hüftgelenkerhaltende Operation

Ziel dieser Operationen ist, die Überbelastung auf den Gelenkknorpel zu vermindern oder idealerweise aufzuheben. Dadurch wird die Verschlimmerung der Arthrose verlangsamt oder sogar gestoppt und Schmerzen und Bewegungseinschränkung gehen zurück. Diese Operationen sind aber nur sinnvoll, wenn sie frühzeitig erfolgen, bevor das Gelenk zerstört ist.

Ist die Koxarthrose durch eine **Fehlstellung der Gelenkachse** entstanden, wird eine **Umstellungsosteotomie** durchgeführt. Dabei wird ein genau berechneter Knochenkeil aus dem Hüftkopf (Femurkopf) herausgeschnitten und die gewünschte neue Position mit einer Plattenosteosynthese fixiert. Die weitere Heilung erfolgt dann wie nach einem Knochenbruch. Vergleichbare Korrekturoperationen werden bei Bedarf auch am Beckenknochen (**Beckenosteotomien**) durchgeführt.

Bei Koxarthrosen, die durch **Stufen in der Gelenkfläche** entstanden sind (z. B. nach schlecht ausgeheilten Frakturen), muss die Gelenkfläche operativ geglättet werden.

Hüftgelenkersatz

Ein Hüftgelenkersatz (Hüftendoprothese, künstliches Hüftgelenk) wird notwendig, wenn das Hüftgelenk bereits zerstört wurde. Typischerweise sind die betroffenen Patienten älter und leiden an einer primären Arthrose. Aber auch bei jüngeren Patienten mit sekundärer Arthrose kann der Gelenkersatz

die letzte Möglichkeit sein, wenn die Arthrose schon weit fortgeschritten ist oder wenn die Erkrankung beidseits auftritt.

Bei einer Koxarthrose wird dann in der Regel eine **Totalendoprothese (TEP)** eingesetzt, das heißt, es werden **Gelenkkopf und Gelenkpfanne** ausgetauscht. Hüft-TEPs können mit oder ohne Zement in den Knochen eingebracht werden. Bei der Hybridprothese ist die Pfanne zementfrei und der Schaft zementiert. Wichtig nach den OPs ist eine konsequente Mobilisation des Patienten, die meist am ersten postoperativen Tag beginnt.

Obwohl der Einbau einer künstlichen Hüfte eine Standardoperation ist, lassen sich Komplikationen nicht ganz ausschließen, wie z.B. **die Lockerung** der TEP (durch Infektion der Prothese oder ohne, also aseptisch), **Verkalkungen in der Umgebung** der TEP und die am meisten gefürchtete **TEP-Luxation**: Trotz optimaler Operationstechnik rutscht manchmal der Hüftkopf aufgrund der durch den Eingriff stark geschwächten Muskulatur aus der Pfanne und es kommt zur Verrenkung (Luxation). Eine Prothesen-Infektion, eine weitere schwerwiegende Komplikation, erfordert operative Ausräumung des Infektionsherds, Spülungen über Drainagen und eine lang dauernde Antibiotikatherapie.

Durch die guten Ergebnisse der Endoprothesenversorgung sind **Gelenkversteifungen** (Arthrodesen) bei Hüftgelenkarthrosen heutzutage **nicht mehr notwendig** und werden nicht mehr durchgeführt.

Naturheilkundliche Therapie

Im chronischen Stadium wirken Wärmeanwendungen wie feucht-kalte Umschläge, erwärmte Heublumensäckchen oder Vollbäder beschwerdelindernd. Bei einer aktivierten Arthrose sind dagegen mehrmals täglich auf die Hüfte aufgelegte Kälteanwendungen, z.B. kalte Umschläge oder Kältepackungen, hilfreicher.

Enzymtherapie: Um die Entzündungen einzudämmen, v.a. bei aktivierter Arthrose, ist die Gabe von Ananasenzym Bromelain als Monopräparat oder in Kombination mit anderen Enzymen angezeigt.

Homöopathie: Als Konstitutionsmittel können u.a. Causticum, Calcarea phosphorica, Mercurius solubilis, Phosphorus und Sulfur angezeigt sein. Standardisierte Komplexmittel können zur Linderung von Gelenkabnutzungsbeschwerden eingesetzt werden. Bei fortgeschrittenem Gelenkverschleiß und den damit verbundenen Schmerzen und Bewegungsbeeinträchtigungen ist eine Kombination mit anderen Therapieformen angezeigt.

Neuraltherapie: In einigen Fällen wirken Quaddelungen mit 1- bis 2-prozentigem Procain um das betroffene Hüftgelenk schmerzlindernd, zudem verbessern sie die Beweglichkeit. Bewährt haben sich auch Injektionen an die Triggerpunkte mit homöopathischen Kombinationspräparaten, die umstimmend wirken, die lymphatische Entgiftung fördern und die Grundregulation positiv beeinflussen und damit die Mikrozirkulation und den hypertonen Zustand der Triggerpunkte verbessern. Oft werden schon nach der ersten Injektion eine deutliche Schmerzlinderung und Bewegungsverbesserung erreicht. Falls nach 3–4 Injektionen keine Besserung eintritt, muss die Therapie neu überdacht werden. Injektionen mit Injektionspräparaten aus Afrikanischer Teufelskralle die s.c- oder i.c. direkt über dem Trochanter verabreicht werden, wirken ebenfalls beschwerdelindernd.

Manuelle Therapie: Mithilfe der manuellen Therapie können die durch die Bewegungseinschränkungen provozierten Muskelstränge, Myogelosen, Triggerpunkte und Periostschmerzpunkte positiv beeinflusst werden. Detonisierend auf das Hüftgelenk wirkt die Behandlung der distalen Zonen am M. tibialis anterior, der medialen Schienbeinkante (Zehenbeuger) und der Fußsohle. Nach deren Therapie ist der Bewegungsumfang meist deutlich verbessert. Die entsprechenden Triggerpunkte und Myogelosen werden mit kleinflächigen, kräftigen Friktionen, hypertone Stränge dagegen detonisierend mit weichen Knetungen und Vibrationen behandelt.

Der Abstand zwischen den Behandlungen der Muskelzonen sollte zunächst mindestens 3 Tage betragen, um Reaktionen abzuwarten. Patienten sind auf mögliche Erstverschlimmerung hinzuweisen, damit sie die Therapie nicht abbrechen. Nach 3–4 Behandlungen zeigen sich meistens die ersten

Therapieerfolge. Daher setzt man mindestens 5–10 Behandlungen 1–2-mal wöchentlich an. Zur Erhaltung empfiehlt sich 1–2-mal monatlich zu behandeln.

Durch die Bindegewebemassage – sie ist die effektivste Behandlung der Verklebungen im Unterhautbindegewebe – lösen sich die Adhäsionen und die Schmerzen lassen nach. Im Gegensatz zur muskulären Therapie kann hier die Behandlung anfangs auch täglich erfolgen.

Phytotherapie: Bevorzugt eingesetzt werden Zubereitungen aus Pflanzen mit stoffwechsel- oder durchblutungsfördernden Eigenschaften, z.B. Brennnesselblätter, Ackerschachtelhalmkraut und Löwenzahn – eine Teekur ist hilfreich. Die Einnahme von Präparaten aus Afrikanischer Teufelskralle wirkt schmerzlindernd.

Spagyrik: Bei ausgesprochener Morgensteifigkeit können auch spagyrische Präparate über sechs Wochen eingenommen werden, wie z.B. aus Vogelmiere (Stellaris), bei aktivierter Arthrose wird spagyrisch aufbereitetes Quecksilber als biologisches Antiphlogistikum verabreicht.

<https://www.heilpraktikerkurse.de>

Stand: 20.09.2019