

# **Konservative Therapie der Coxarthrose**

Valle, C. , Steimer, O.

## **Definition der Coxarthrose:**

Die primäre Arthrose des Hüftgelenkes ist charakterisiert durch eine chronisch-progrediente Degeneration des hyalinen Gelenkknorpels mit sekundären knöchernen Läsionen, sowie intermittierend auftretenden Synovialitiden, die zur langsamen Gelenkzerstörung führen. Im Verlauf kommt es zur zunehmenden Deformierung und Inkongruenz des Gelenkes mit Verschlechterung der Lastübertragung, einem kontrakten Kapsel-Bandapparat, sowie überlastungsbedingtem myofaszialem und tendomyotischem Schmerz [1].

Die sekundäre Arthrose des Hüftgelenkes wird durch mechanisch-anatomische Ursachen, entzündliche, metabolische oder neurologische Faktoren ausgelöst.

Etwa 15-20% der über 60jährigen in den westlichen Industrieländern leiden an einer Coxarthrose [2].

## **Anamnese:**

Zunehmende Schmerzen im Bereich der Leiste, teils aber auch der Lendenwirbelsäule und des gleichseitigen Iliosakralgelenkes. Nicht selten bestehen auch Beschwerden im Verlauf des Tractus iliotibialis mit Ausstrahlung in den gleichseitigen Oberschenkel.

Die Schmerzen treten typischerweise beim Aufstehen, Anlaufen und nach längerem Gehen auf. Im weiteren Verlauf werden die Beschwerden auch in Ruhe und nachts geäußert und es kommt zu einer progredienten Verschlechterung der Beweglichkeit des erkrankten Hüftgelenkes mit zunehmender Einschränkung der maximalen Gehstrecke.

## **Schmerzlokalisierung:**

Hüftgelenk, Leiste, mögliche Ausstrahlung in den Oberschenkel, das gleichseitige Kniegelenk und/oder Iliosakralgelenk sowie die untere LWS

## **Klinische Untersuchung:**

- Gangbild [3]
- Inspektion (Schwellung, Rötung, Überwärmung)
- Beurteilung Beckenstand, Beinlänge und Beinachse
- Leistendruckschmerz, Trochanterdruckschmerz
- Bewegungsausmaß der betroffenen und der kontralateralen Hüfte [4]
- „Thomas Handgriff“ [5]
- Funktion der Bein- und Glutealmuskulatur [6]
- Hüfttests [7]
- Orientierende neurologische Untersuchung (Motorik / Sensibilität)
- Beurteilung der Durchblutung (Fußpulse)

## **Bildgebung:**

- RÖNTGEN: Beckenübersicht und betroffenes Hüftgelenk axial [2]
- SONOGRAFIE: Verifizierung intraartikulärer Erguss/ Aktivierungszeichen [8]
- MRT: bei ergänzender Fragestellung [9]

## Stadieneinteilung:

- **Radiologische Stadieneinteilung nach Kellgren und Lawrence [10]:**

<b>Grad</b>	<b>Radiologische Darstellung (Röntgen)</b>
<b>1</b>	Gelenkspaltverschmälerung möglich, Osteophyten möglich, keine subchondrale Sklerose
<b>2</b>	Gelenkspaltverschmälerung sicher, Osteophyten möglich, minimale subchondrale Sklerose
<b>3</b>	Gelenkspaltverschmälerung deutlich, geringe Osteophyten, geringe subchondrale Sklerose
<b>4</b>	Gelenkspaltverschmälerung erheblich, große Osteophyten, subchondrale Sklerose, Zysten, ausgeprägte Deformierung

- **Klinische Stadieneinteilung [1]:**

Zur klinischen Stadieneinteilung können folgende Scores eingesetzt werden:

- Western Ontario Mac Master Arthritis Center (WOMAC) Arthrose-Index [11]
- Harris Hip Score [12]
- Score nach Lequesne [13]
- Score nach Merle d'Aubigné [14]
- SF-36-Fragebogen [15]

## Mögliche Differentialdiagnosen :

- Femoroazetabuläres Impingement-Syndrom (FAIS)
- Hüftdysplasie
- Labrumläsion
- Coxitis
- Hüftkopfüdem / Transiente Osteopenie
- Hüftkopfnekrose
- Frakturen
- Rheumatoide Arthritis
- Coxa saltans interna / Psoastendinitis
- Tumore (v.a. synoviale Chondromatose, PVNS) und Metastasen

### Extraartikuläre Differentialdiagnosen :

- Bursitiden
- Insertionstendopathien, tendinöse Läsionen
- Erkrankungen der Lendenwirbelsäule
- Sakroileiitis
- Extraartikuläres Impingement (subspinal, ischiofemoral)
- Hernien
- Coxa saltans externa
- Tumore und Metastasen
- Gefäßbedingte Erkrankungen
- Gynäkologische Erkrankungen
- Urologische Erkrankungen

### **Konservative Therapie der Coxarthrose:**

Die Indikation zur konservativen Therapie wird individuell in Abhängigkeit der beklagten Beschwerden, dem klinischen Untersuchungsbefund, dem Leidensdruck, der Reduktion der Lebensqualität und dem radiologischen Befund gestellt [1]. Im Rahmen der Therapie sollte hierbei der Therapieerfolg regelmäßig kontrolliert und entsprechend den Richtlinien angepasst werden [16]. Aus der radiologischen Stadieneinteilung der Coxarthrose alleine leitet sich keine Operationsindikation ab.

### **Basistherapie der Coxarthrose:**

- Kernelement der konservativen Therapie der Coxarthrose ist die Bewegungstherapie [2]
- Bewegungstherapie kann zur Schmerzlinderung, Funktionsverbesserung und Verbesserung der Lebensqualität bei Patienten\*innen mit Coxarthrose beitragen [17]
- Professionelle Anleitung und ärztliche Empfehlung zur Bewegungstherapie empfohlen [18, 19]
- Individuelle Patienten\*innen-Beratung und Motivation zum Training [19]
- Krafttraining, Ausdauertraining, funktionelles Training sowie Kombinationen sollten hierbei durchgeführt werden [2]
- Übungen zur Verbesserung der Körperwahrnehmung, Koordinationsschulung und Verbesserung der Beweglichkeit werden empfohlen [19]
- Physikalische Therapiemaßnahmen (insbesondere Bewegungsbad) ergänzend zur Schmerzreduktion und Funktionsverbesserung [20]
- Bei fehlender adäquater Besserung durch andere Therapiemaßnahmen temporäre medikamentöse Therapie mittels NSAR/Coxiben nach individueller Risikobewertung [21]
- Widersprüchliche Datenlage bezüglich „Symptomatic Slow-Acting Drugs“ (SSAD's), chondroprotektive Wirkung wissenschaftlich nicht belegt [2,22]
- Unzureichende Evidenzlage bzgl. intraartikulärer Injektionen mittels PRP und Hyaluronsäure, sollte im Einzelfall kritisch diskutiert werden [23]
- Bei aktivierter Coxarthrose kurzfristiger Benefit von Corticoidinjektionen [24]
- Fraglich positiver Einfluss durch Akupunktur [25]

- Besprechung und Anpassung weiterer einflussnehmender Faktoren, wie hüftbelastende Tätigkeiten im Alltag und berufsbedingte Belastungen
- Die Studienlage ist derzeit nicht ausreichend, um eine eindeutige Empfehlung zur Gewichtsreduktion bei Coxarthrose für die konservative und operative Therapie abzugeben [2]

### **Physiotherapeutische Merkmale:**

- Messung der Beweglichkeit und Kraft der gesamten unteren Extremitäten im Seitenvergleich, inklusive der Rumpfstabilität
- Beurteilung des Gangbildes, der Koordination und der Wirbelsäulenstatik
- Erstellen eines individuellen Übungsplanes unter Berücksichtigung des Alters, der Komorbidität, Schmerzintensität und der Bewegungseinschränkung des betroffenen Hüftgelenkes [2]
- Erlernen von Techniken und Fähigkeiten zur Schmerzreduktion, Entspannung und Animation [2]
- Nach individueller Anleitung Instruktion zum Selbstmanagement
- Aufklärung über zu erwartende Schmerzen, insbesondere zu Beginn der Bewegungstherapie mit Besserung im Verlauf [26]
- Hohe Compliance verbessert die Symptomreduktion [27]
- Physikalische Therapiemaßnahmen (Elektrotherapie, Ultraschalltherapie, Massage, Wärme- und Kälteapplikation, Balneotherapie) können ergänzend zur Bewegungstherapie zur Symptomlinderung beitragen, für Ihre Wirkung bei Coxarthrose ist jedoch keine eindeutige Evidenzlage vorhanden [28]
- Techniken der manuellen Therapie können als ergänzende Maßnahmen angewendet werden, für die Wirkung bei Coxarthrose ist jedoch keine eindeutige Evidenzlage vorhanden [29]
- Kontrolle des Therapieerfolges, ggf. Anpassung entsprechend den Richtlinien [16]

### **Zusammenfassung:**

- Hoher Stellenwert der konservativen Therapie bei Coxarthrose
- Individuelle Therapieplanung unter Einbezug der klinischen Befundlage
- Kernelement ist die landbasierte Bewegungstherapie
- Nach professioneller Anleitung konsequente Eigenbeübung erforderlich
- Regelmäßige Kontrolle des Therapieerfolges
- Temporäre medikamentöse Therapie mittels NSAR/Coxiben bei Bedarf

## Literatur:

1. Christian Tschauner, Die Hüfte, 13:S216-283, Ferdinand Enke Verlag Stuttgart 1997.
2. AWMF-S2k-Leitlinie Koxarthrose Stand: 08.07.2019, AWMF-Registernummer: 033-001.
3. Horstmann T, J.G., et al., Auswirkungen von Hüftsport auf Gangbild, Kraftverhalten und Lebensqualität von Koxarthrotikern. Aktuelle Rheumatologie, 2001. 26: p. 162-8.
4. Grimmig, H., et al., Using the Lequesne questionnaires for patients with hip and knee disabilities in daily routine to reflect the quality of outcome in rehabilitation. Z Orthop Ihre Grenzgeb, 2002. 140(4): p. 452-9.
5. Peeler JD, Anderson JE, Reliability Limits Of The Modified Thomas Test For Assessing Rectus Femoris Muscle Flexibility About The Knee Joint. Journal of Athletic Training 2008. 43:470-476.
6. Banke IJ, et al., Gluteal insufficiency. Orthopade 2020 49:737-748.
7. Diagnostik des Hüftgelenkes, AGA-Hüft-Komitee, 2017, <https://www.aga-online.ch/komitees/huefte/diagnostik-des-hueftgelenkes-themenheft-des-aga-hueftkomitees/>
8. Clausen S, et al., Ultrasound imaging in patients with hip pain and suspected hip osteoarthritis: an inter-rater and intra-rater reliability study. BMJ Open 2020 bmjopen-2020-038643.
9. R. Kijowski et al., Osteoarthritis year in review 2019: imaging. Osteoarthritis and Cartilage 2020. Mar;28(3):285-295.
10. Kellgren, J.H. and J.S. Lawrence, Radiological assessment of osteo-arthrosis. Ann Rheum Dis, 1957. 16(4):494-502.
11. Bellamy N, W W Buchanan, A preliminary evaluation of the dimensionality and clinical importance of pain and disability in osteoarthritis of the hip and knee, Clin Rheumatol, 1986. Jun;5(2):231-41.
12. Harris, W.H., Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: treatment by mold arthroplasty. An end-result study using a new method of result evaluation. J Bone Joint Surg Am, 1969. 51(4):737-55.
13. Lequesne, M.G., et al., Indexes of severity for osteoarthritis of the hip and knee. Validation--value in comparison with other assessment tests. Scand J Rheumatol Suppl, 1987. 65:85-9.
14. Merle D'Aubigne, R., Numerical classification of the function of the hip. 1970. Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot, 1990. 76(6):371-4.
15. C. Jenkinson, et al., Short form 36 (SF36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age, BMJ. 1993 May 29;306(6890):1437-40. doi: 10.1136/bmj.306.6890.1437.
16. R.R. Bannuru et al., OARSI guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis, Osteoarthritis and Cartilage 2019. 1578e1589.
17. Steinhilber, B., et al., Exercise therapy in patients with hip osteoarthritis: Effect on hip muscle strength and safety aspects of exercise-results of a randomized controlled trial. Mod Rheumatol, 2017. 27(3):493-502.
18. Wellsandt, E. and Y. Golightly, Exercise in the management of knee and hip osteoarthritis. Curr Opin Rheumatol, 2018. 30(2):151-159.
19. Krauss, I., Ein Plädoyer für überzeugende Empfehlungen zur Sport-und Bewegungstherapie bei Arthrose. Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, 2017. 68:217-218.
20. Hinman, R.S., et al., Aquatic physical therapy for hip and knee osteoarthritis: results of a single-blind randomized controlled trial. Phys Ther, 2007. 87(1):32-43.
21. Kivitz, A.J., et al., Comparative efficacy and safety of celecoxib and naproxen in the treatment of osteoarthritis of the hip. J Int Med Res, 2001. 29(6):467-79.
22. Rozendaal, R.M., et al., Effect of glucosamine sulfate on hip osteoarthritis: a randomized trial. Ann Intern Med, 2008. 148(4):268-77.
23. Gazendam A., et al., Intra-articular saline injection is as effective as corticosteroids, platelet-rich plasma and hyaluronic acid for hip osteoarthritis pain: a systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. Br J Sports Med. 2021 Mar;55(5):256-261
24. Zhao Z, et al., Different Intra-articular Injections as Therapy for Hip Osteoarthritis: A Systematic Review and Network Meta-analysis. Arthroscopy. 2020 May;36(5):1452-1464.e2.
25. Manheimer E, et al., Acupuncture for hip osteoarthritis. Cochrane Database Syst Rev. 2018 May 5;5(5):CD013010.
26. Andalf LF, et al., Pain trajectory and exercise- induced pain flares during 8 weeks of neuromuscular exercise in individuals with knee and hip pain. Osteoarthritis Cartilage 2016; 24: 589-92.
27. Moseng, T., et al., The importance of dose in land-based supervised exercise for people with hip osteoarthritis. A systematic review and meta-analysis. Osteoarthritis Cartilage, 2017. 25(10):1563-1576.
28. Mitchel C.M., et al., A clinical practice guideline for physical therapy in patients with hip or knee osteoarthritis. Musculoskeletal Care. 2020;18:575-595.
29. Wang Q, et al., Manual Therapy for Hip Osteoarthritis: A Systematic Review and Meta-analysis. Pain Physician. 2015 Nov;18(6): E1005-2.