

Genauere Ursache manchmal schwierig

Nicht selten bestehen mehrere Schmerzquellen, was die Zuordnung (und auch die Wichtigkeit der verschiedenen Ursachen) schwierig macht.

Die Anamnese (Vorgeschichte) gibt meist wichtige Anhaltspunkte. Man soll auch immer die angrenzende Wirbelsäule und das Knie bezüglich Symptomen einbeziehen.

- Vom **Hüftgelenk** ausgehende Schmerzen sind meist im Leistenbereich lokalisiert und strahlen (innen und an der Vorderseite des Beines) nicht weiter als bis auf Kniegelenkhöhe aus.
Bei der *Koxarthrose* (Abnutzung des Hüftgelenks) besteht typischerweise ein Anlaufschmerz (das Aufstehen vom Sitzen), belastungsabhängige Schmerzen sowie eine meist zunehmende Bewegungseinschränkung (Probleme beim Anziehen von Socken und Schuhen). Ruheschmerzen sind anfänglich selten. Das *femoroazetabuläre Impingement* kommt bei Jüngeren vor. Typischerweise ist hier die Belastungsabhängigkeit der Schmerzen und einschießende im Leistenbereich, häufig bei Dreh- und Beugebewegungen.
Plötzlich auftretende, starke Leistenschmerzen können ein Zeichen für eine *Femurkopfnekrose* sein (primäre ohne genaue Ursache und sekundäre nach Durchblutungsstörung aufgrund eines Traumas, eines Diabetes, einer Kortisonbehandlung, Alkoholismus oder einer HIV-Medikation).
- Von der **Wirbelsäule** verursachte Schmerzen sind meist im äusseren oder hinteren Hüftbereich lokalisiert. Sie sind oft auch in Ruhe vorhanden und können über das Kniegelenk bis in den Fuss ausstrahlen. Eventuell bestehen auch sensorische Missempfindungen (Parästhesien) oder Sensibilitätsverminderung in gewissen Arealen des Beines.
- Eine weitere häufige Ursache von umschriebenen Schmerzen im Bereich des äusseren Hüftgelenks ist die **Bursitis trochanterica** (Trochanter Syndrom). Hier ist der Schleimbeutel über dem vorspringenden äusseren Hüftknochen entzündet und das Stabilisierungsband reibt bei jedem Schritt daran. Die Schmerzen treten auch beim seitlichen Abspreizen des Beins und bei der Aussenrotation der Hüfte auf und können in den Po und ins Knie ausstrahlen. Jeglicher längerer Druck auf den Schleimbeutel, wie zum Beispiel beim Liegen auf der betroffenen Hüfte, wird in der Regel als unangenehm oder schmerzhaft empfunden.

- Reizsymptomatiken des **Iliosakralgelenks** (Beckenschaufel-Kreuzbein) äussern sich durch einseitige Schmerzen in der Kreuzbeingegend im hinteren Becken, zum Teil mit rückwärtiger Ausstrahlung bis auf Kniehöhe. Typisch verschlimmern sich die Beschwerden beim Sitzen und werden durch Bewegung eher gemildert.
Nach Ausschluss einer rheumatologisch-entzündlichen Ursache helfen hier vor allem gelenksbefreiende Veränderungen der Sitz- und Stehhaltung. Eine Einengung des Gelenkraums, welcher die Reizung verursacht, wird vor allem durch nach aussen stehende Füße und einem zu weit vorne liegendem Becken geschaffen. Zum Beispiel durch die [Strukturelle Integration im Rolfing](#) kann dies verändert werden.
- Bei Jugendlichen kann es häufig zu einem meist schmerzfreien **Schnapphänomen** im Bereich der Hüfte kommen. Dies ist meist eine „Coxa saltans“, ein Schnappen des Tractus iliotibialis (= sichtbar) oder der Iliopsoassehne (= hörbar im „Innern“). Hier ist es wichtig, zu wissen, dass dieser Befund völlig ungefährlich ist und nichts gemacht werden muss.
- **Pubalgien** sind Schmerzen im Bereich des unteren Schambeinastes und der Adduktorenansätze vor allem nach intensiven sportlichen Belastungen („Leistenzerrung“ der Fussballer,...).
- **Leisten- oder Femoralhernien** („Leistenbruch“) bereitet seltener bewegungsabhängige Schmerzen. Häufiger kommt es zu Schmerzen beim Husten oder der Bauchpresse (Vorbeugung). Es zeigt sich ev. eine Schwellung im Leistenbereich oder es bestehen Ausstrahlungen in das Genitale.
- Die Kompression des Nervus cutaneus femoris lateralis (z.B. durch enge Jeans) verursacht die **Meralgia paraesthetica**. Der Schmerz ist eher oberflächlich im Bereich des seitlichen Leistenbandes lokalisiert. Brennende Ausstrahlungen an der Oberschenkelaußenseite durch enge Kleider.
- Bei gleichzeitigem **Fieber** muss immer an eine septische Infektstreuung ins Hüftgelenk gedacht werden (vor allem auch bei Kunstgelenken!).



Drei-Stufen-Test hilft bei der Differenzierung weiter

Dieser Test hilft zur Unterscheidung, ob die Schmerzen aus dem Hüftgelenk, aus dem Beckenschaufel-Kreuzbein-Gelenk (ISG) oder aus der unteren Wirbelsäule kommen.



(Tabellen aus ARS MEDICI 5/2018)

Zur Therapie

Eine auch nur wenig veränderte Gewichtsverlagerung im Hüftgelenk kann grosse Verbesserung des Beschwerdebildes ergeben. Deshalb ist es wichtig, im Therapieprogramm auch haltungsverändernde Elemente einzubauen. Zum Beispiel etwas mehr Einsatz des eigenen Körpergewichts, der Schwerkraft beim Gehen kann völlig andere Druckverhältnisse im Gelenkspalt ergeben. Dies ist bei der Koxarthrose und beim Impingement matchentscheidend, aber auch bei der Femurkopfnekrose schmerzlindernd. Beim Trochanter Syndrom und der Pubalgien (Adduktorenprobleme) ist sehr wichtig, wie entspannt das Bein in der Schwungphase nach vorne pendeln kann (und wie gelöst die Streckerschlinge des Beines dabei ist).

Optimale Haltungsveränderungen bei der ISG sind bereits oben beschrieben.

Und bei der Coxa saltans kann eine Bewegungsänderung zum Aufhören des Schnappphänomens führen.

Bei der Meralgia paraesthetica ergibt eine ökonomischere Haltung und Bewegung mehr Platz in der Leiste und damit weniger Druck auf den komprimierten Nerv.

Mehr hier >>> [oekonomie_der_bewegung.pdf](#)

Letzte Aktualisierung durch Dr.med. Thomas Walser:

19. Mai 2024