

# Konservative Therapiemöglichkeiten bei femoroacetabulärem Impingement Syndrom (FAIS)

– eine Evidenzzusammenfassung von Nina Laube und Stephanie Uebersax, PHY16

## Einleitung

Das femoroacetabuläre Impingement (FAI) gilt als häufigste Ursache (32%) von Leistenschmerzen bei Athleten [1]. Es beschreibt eine veränderte Hüftmorphologie, welche einen vorzeitigen Kontakt zwischen dem proximalen Femur und dem Acetabulum bei Flexion-Innenrotations-Bewegungen der Hüfte verursacht. Die möglichen Therapieansätze sind konservative Massnahmen, unter anderem Physiotherapie, und operative Interventionen [2].

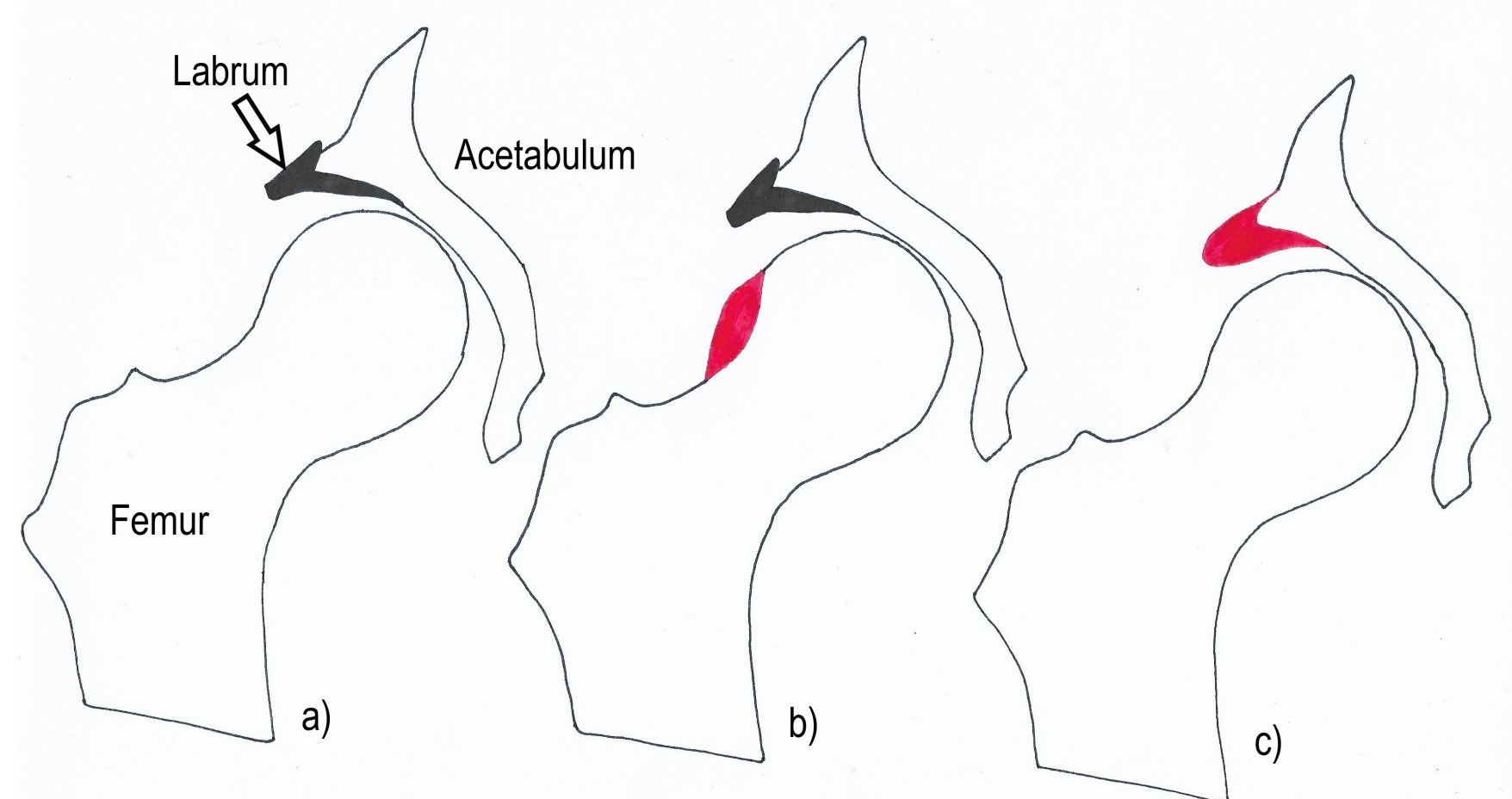


Abb. 1: Hüftmorphologien: a) normal, b) Cam-Typ, c) Pincer-Typ

## Fragestellung

Können konservative Therapiemassnahmen bei Patientinnen und Patienten mit einem femoroacetabulären Impingement-Syndrom (FAIS) zur Verbesserung der hüftbezogenen Lebensqualität, zur Reduktion der Beschwerden und zur Steigerung der Hüft-Funktion empfohlen werden?

## Methodik

### PICO:

P Patientinnen und Patienten mit FAIS

I/C Konservative Therapiemassnahmen bei Interventions- und/oder Kontrollgruppe

O Messinstrument für Lebensqualität, Schmerz oder Funktion der Hüfte

**Literaturrecherche:** 11/2018 bis 05/2019 in den Datenbanken PubMed, PEDro und Web of Science

**Beurteilung:** Anhand des adaptierten GATE-Frame [3] bzw. des Systematic Review Appraisal Worksheet [4], Evidenzlevel und Empfehlungsgrade vom Oxford Centre for Evidence Based Medicine (OCEBM) (Grad A ist verlässlicher als Grad D) [5]

## Ergebnisse

Tab. 1: Studienübersicht

Studie	Intervention	Kontrolle	Evidenzlevel	Verzerrungsrisiko	
Aoyama et al., 2017 [6]	Hüft- & Beckengürtel- + Rumpfttraining	Hüft- & Beckengürtel- Training	2b	Hoch	
Griffin et al., 2018 [7]	Hüft-Arthroskopie	Physiotherapie	1b	Tief	
Kekatpure et al., 2017 [8]	Aktivitätsänderung & NSAR	Hüft-Arthroskopie	2b	Hoch	
Kemp et al., 2018 [9]	Physiotherapie (FAI-spezifisch)	Physiotherapie (mit Stretching)	2b	Hoch	
Mansell et al., 2018 [10]	Physiotherapie	Hüft-Arthroskopie	2b	Hoch	
Palmer et al., 2019 [11]	Hüft-Arthroskopie	Physiotherapie	1b	Moderat	
Pennock et al., 2018 [12]	Aktivitätsänderung & Physiotherapie	Intraartikuläre Steroid-Injektion	Hüft-Arthroskopie	2b	Hoch
Smeatham et al., 2017 [13]	Routine* + Physiotherapie	Routine*	2b	Hoch	
Wright et al., 2016 [14]	Aufklärung & Heimprogramm + Manualtherapie	Aufklärung & Heimprogramm	2b	Hoch	

NSAR = nicht-steroidale Antirheumatika;

\*Analgesie & Selbst-Management (Aufklärung & bereits bekannte Übungen)

**Literatur:** [1] de Sa et al. (2016). *BJSM*; [2] Griffin et al. (2016). *Br J Sports Med.*; [3] Jackson, R. (2006). *Evid Based Med.*; [4] Center of Evidence-Based Medicine. (2010). Retrieved from <https://www.cebm.net/2014/06/critical-appraisal/>; [5] OCEBM Levels of Evidence Working Group. (2009). Retrieved from <https://www.cebm.net/2009/06/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/>; [6] Aoyama et al. (2017). *CLIN J SPORT MED*; [7] Griffin et al. (2018). *The Lancet*; [8] Kekatpure et al. (2017). *IJO*; [9] Kemp et al. (2018). *JOSPT*; [10] Mansell et al. (2018). *AJSM*; [11] Palmer et al. (2019). *BMJ*; [12] Pennock et al. (2018). *OJSM*; [13] Smeatham et al. (2017). *Physiotherapy*; [14] Wright et al. (2016). *JSAM*

Abbildung 1: Nina Laube (2019)

Tab. 2: Ergebnismessungen

Ergebnismessung	Test	Studie	Wirkung M-Diff. (Post-Basis)		MCID	
			Intervention	Kontrolle		
Lebensqualität	iHOT-33	Griffin et al. (2018) [7]	19.6	14.1*	6-10	
		Kemp et al. (2018) [9]	27.0*	11.0*		
		Mansell et al. (2018) [10]	9.8*	20.9		
	iHOT-12	Aoyama et al. (2017) [6]	29.5*	7.2*	9	
Schmerz	HOOS-Q	Kemp et al. (2018) [9]	22.0*	12.0*	11	
		VAS	Smeatham et al. (2017) [13]	-1.4*	-0.8*	1.37
		HOOS-P	Kemp et al. (2018) [9]	20.0*	9.0*	9
Funktion	HOS Sport	Wright et al. (2016) [14]	-17.6*	-18.0*	15.3	
		Mansell et al. (2018) [10]	-7.4*	4.7		
		Smeatham et al. (2017) [13]	16.5*	-3.5*		
	HOS ADL	Wright et al. (2016) [14]	10.6*	21.0*	8-9	
		Mansell et al. (2018) [10]	-4.4*	7.4		
		Smeatham et al. (2017) [13]	9.3*	2.0*		
Schmerz und Funktion	mHHS	Wright et al. (2016) [14]	6.8*	11.3*	6-8	
		Palmer et al. (2019) [11]	12.3	3.5*		
		Pennock et al. (2018) [12]	20.1*	21.7		20.6
	NAHS	Kekatpure et al. (2017) [8]	29.3*	33.2	n.a.	
		Pennock et al. (2018) [12]	13.0*	13.5		13.9
Smeatham et al. (2017) [13]	12.1*	0.8*				

Grün = minimal klinisch relevanter Unterschied (MCID) wird bei der Mittelwerts-Differenz (M-Diff. = Post – Basis) erreicht (dunkleres grün = konservativ / helleres grün = operativ); n.a. = not available; \* = konservatives Programm

## Diskussion

- ✓ Durch konservative Massnahmen können klinisch bedeutsame Verbesserungen der Lebensqualität, des Schmerzes und der Funktion erzielt werden [6,7,8,9,10,12,13,14].
- ✓ Je eine Studie zeigt, dass Rumpfttraining [6] bzw. Physiotherapie [13] Bestandteil des konservativen Programms sein muss, um klinisch bedeutsame Verbesserungen zu erzielen.
- ✓ Sechs Studien erzielten klinisch bedeutsame Fortschritte durch Physiotherapie [7,9,10,12,13,14].
- × Die Alltagsfunktion fällt kontrovers aus: Während zwei Pilotstudien [13,14] klinisch bedeutsame Verbesserungen durch konservative Massnahmen festhalten, werden in der konservativen Gruppe der zwei RCTs [10,11] die MCID nicht erreicht.

## Limitationen

- Kleine Stichprobenumfänge
- Heterogene Studien, welche einen Vergleich erschweren
- Unterschiedliche Kombinationen der konservativen Interventionen → kein Rückschluss auf den Effekt einer bestimmten Massnahme
- Bei 7 von 9 Studien hohes Verzerrungsrisiko

## Empfehlungen für die Praxis

- 1) Patientenaufklärung
  - Aktivitätsanpassung, ggf. Sportpause (Grad B)
  - Vermeiden von schmerzprovozierenden Bewegungen und Positionen (Grad B)
- 2) Individuelle Physiotherapie inklusive Heimprogramm
  - Übungen für Hüft- und Rumpfmuskulatur (Grad B)
  - Beweglichkeitsübungen (Grad B)
  - Manualtherapie (Grad C)
- 3) Behandlungszeitraum der konservativen Therapie
  - Initial 6-12 Wochen konservative Behandlung (Grad C)
  - 6-12 Physiotherapie-Sitzungen (Grad B)

## Schlussfolgerung

Die Autorinnen haben mit ihrer Arbeit dargelegt, dass konservative Therapiemassnahmen, insbesondere spezifische Physiotherapie, die hüftbezogene Lebensqualität, die Beschwerden sowie die Hüft-Funktion positiv zu beeinflussen vermögen. Qualitativ hochstehende Forschung ist erforderlich, um die Wirksamkeit spezifischer Physiotherapie im Vergleich zur Operation festzustellen und um Patientengruppen zu identifizieren, welche am ehesten von konservativen Massnahmen profitieren.

## Schlüsselwörter

femoroacetabular/hip impingement, FAI/FAIS, conservative/non-operative therapy/treatment, physiotherapy/physical therapy