

Orthopäde 2009 · 38:393–393
 DOI 10.1007/s00132-008-1382-6
 Online publiziert: 1. Mai 2009
 © Springer Medizin Verlag 2009

M. Dienst

Orthopädische Universitätsklinik, Homburg/Saar

Femoroazetabuläres Impingement (FAI)

Kaum ein anderes pathogenetisches Konzept hat die gelenkerhaltende Hüftchirurgie im laufenden Jahrzehnt so stark geprägt wie das femoroazetabuläre Impingement (FAI). Es scheint sich abzuzeichnen, dass es neben der azetabulären Dysplasie eine der wesentlichen Ursachen für die Entwicklung einer sekundären Koxarthrose darstellt.

Der mechanische Konflikt zwischen Hüftkopf und Gelenkpfanne wurde bereits Anfang des letzten Jahrhunderts beobachtet. Vulpus und Stöffel beschrieben bereits 1913 eine knöcherne Korrektur nach einer Epiphyseolyse. Smith-Petersen publizierte 1936 eine Pfannenrandtrimmung mit gelegentlicher Kopfhals-Keilentfernung bei Protrusio, Coxa plana und Epiphyseolysen. Das Behandlungsprinzip der Cheilektomie wurde von Heyman u. Herndon in 1957 zur Behandlung chronischer Epiphyseolysen und von Garceau 1964 zur Korrektur der Kopfdeformität beim Morbus Perthes aufgegriffen. 1975 beschrieb Stulberg erstmals einen Zusammenhang zwischen der „Pistolengriff-Deformität“ des Hüftkopf-Schenkelhals-Übergangs und der Entwicklung einer sekundären Koxarthrose.

Die Erkenntnis der pathogenetischen Zusammenhänge und Aufstellung des Konzepts des FAI mit entsprechenden Publikationen der Jahre 2001–2003 ist der Verdienst von Ganz et al. aus dem Inselehospital in Bern. Sensibilisiert wurde die Arbeitsgruppe Anfang der 1990er Jahre durch charakteristische azetabuläre Knorpelschäden bei weitestgehend intaktem Femurkopfknochen nach fehlverheilten Schenkelhalsfrakturen, die nach Kallusabmeißelungen teilweise eine deutliche Beschränkung zeigten. Weitere Hin-

weise erbrachten ähnliche Befunde bei der chirurgischen Exploration von chronischen Epiphyseolysen und der iatrogenen mechanischen Konflikt durch Überkorrekturen im Rahmen der Pfannenreorientierung bei der azetabulären Dysplasie.

Während bis zum Jahre 2000 nicht mehr als 10 indirekte Hinweise auf ein FAI über PubMed gefunden werden, liefert die Suche von 2001 bis heute mehr als 100 klinische und experimentelle Publikationen. Die Hüftsitzungen der großen Kongresse werden von Vorträgen zum FAI dominiert. Die Zahl der unter der Diagnose eines FAI durchgeführten Operationen ist insbesondere in den letzten beiden Jahren exponentiell angestiegen. Während die operative Behandlung bis zum Jahre 2005 vorwiegend über eine chirurgische Luxation erfolgte, haben sich mittlerweile Techniken wie die Hüftarthroskopie und minimal-invasiv offene Zugänge als alternative Operationsverfahren entwickelt.

Die großen Aktivitäten der vergangenen Jahre täuschen über die Tatsache hinweg, dass der Kenntnisstand zum FAI bzgl. Ursachen, Pathogenese und Behandlungsmethoden gering ist. Viele Aspekte werden uns in den nächsten Jahren und Jahrzehnten weiterhin beschäftigen, in der Hoffnung, dass wir Hinweise auf Möglichkeiten der Prophylaxe, Früherkennung und optimale Therapieverfahren erhalten.

Das vorliegende Themenheft soll Ihnen einen aktuellen Überblick über Konzept, Diagnostik und verschiedene operative Behandlungsmöglichkeiten des FAI geben. Den Autoren der Beiträge gebührt dabei ein besonderer Dank. Ich hoffe, dass wir Ihr Interesse an einer wichtigen und

spannenden Entwicklung auf dem Gebiet der gelenkerhaltenden Hüftchirurgie wecken können.



M. Dienst

Korrespondenzadresse

PD Dr. M. Dienst



Orthopädische
 Universitätsklinik
 Kirrberger Straße 37,
 66421 Homburg/Saar
 michael_dienst@yahoo.de