

Rehabilitation von Profitänzern nach Hüftarthroskopie **Elisabeth Exner-Grave, Gelsenkirchen, DE**

Das Verständnis für die Ätiologie, Pathobiomechanik und die radiologische bzw. klinische Manifestation des femoroacetabulären Impingements (FAI) in der Berufsgruppe von professionellen Bühnentänzern hat durch die Einführung der Hüftarthroskopie (Hüft-ASK) zu Beginn des 21. Jhdts. deutlich zugenommen. Die rechtzeitige Diagnosestellung, erfolgreiche Operation und zielführende Rehabilitation unter tanzspezifischen Gesichtspunkten ermöglichen den Tänzern eine Verlängerung ihrer Bühnenkarriere, die ohne OP durch eine Früharthrose nicht möglich wäre. Vingard et al. konnten nachweisen, dass Männer mit einer erhöhten sportlichen Aktivität ein 4,5-fach erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Koxarthrose aufweisen. Die Eintrittspforte hierfür bilden zwei Formen des extrinsischen FAI: das femorale CAM- und/ oder das acetabuläre Pincer-Impingement. Zudem weisen nach Schröder bis zu 89 % der professionell Tanzenden Hüftdysplasien auf. Demnach treten tanzspezifische Coxalgien bei Tänzerinnen häufiger wegen einer Hüftdysplasie auf, die aufgrund der mechanischen Instabilität zu Hüftbinnenschäden führen und dadurch sekundär ein Hüftimpingement bedingen (intrinsisches FAI). In einer Klinik-internen Studie haben wir professionelle Bühnentänzer, die sich zwischen 2009 und 2017 wegen Hüftproblemen zur Rehabilitation in unserem Zentrum befanden, hinsichtlich des Outcomes in Bezug auf die Anamnese, Rehadauer und Eintritt der Arbeitsfähigkeit evaluiert. 64 % der Tänzer mit Coxalgien hatten ein Hüftimpingement, das durchschnittliche Alter lag bei 26,8 Jahren. Bei 62 % der Tänzer wurde ein hüftarthroskopischer Eingriff durchgeführt, während 38% trotz relativer OP-Indikation ein konservatives Therapievorgehen wünschten.

Nach einer Hüft-ASK bei FAI besteht aufgrund des Release der Gelenkkapsel, einer Eröffnung von größeren Knochenflächen und ggfs. der Refixation des Labrum acetabulare mit Ankern das Risiko von postoperativen Adhäsionen durch Verkleben von der blutenden Kapsel/ Schleimhaut zum blutenden Knochen und zum refixierten Labrum. Zudem muss das Labrum acetabulare wieder am Pfannenrand anwachsen und ein stabiler, kontinuierlicher Übergang mit dem Pfannenrandknorpel entstehen. Bedeutsam ist damit eine intensive passive Bewegungstherapie für die ersten 4 Wochen postoperativ und ein Schutz der Heilung des Labrum durch eine 4-wöchige Teilbelastung. Eine phasengesteuerte tanzspezifische Rehabilitation unter Fokussierung auf aktive Therapien wie Koordinationstraining, 3D-Muskelfunktionskettentraining (GYROTONIC®-Methode), Pilates-Gerätetraining, Aquafitness und tanzspezifisches Ausdauertraining ist demnach erst nach Freigabe der schmerzadaptierten Vollbelastung sinnvoll. Bei den Teilnehmern unserer Studie lag die durchschnittliche Rehadauer bei 30 Behandlungstagen; die Arbeitsfähigkeit im Beruf der professionellen Bühnentänzer wurde 5 Monate postoperativ erreicht.

Kurzbiografie des ersten Autors: Dr. Elisabeth Exner-Grave studierte Tanz an der Folkwang-Universität Essen und Medizin in Bochum. 2000 erlangte sie die Facharztbezeichnung Orthopädin. Sie ist Herausgeberin des im Schattauer Verlag erschienenen Standardwerkes *TanzMedizin*. Seit 2008 ist sie als Oberärztin im Rehasentrum medicos.AufSchalke tätig und leitet dort das Kompetenzzentrum für TanzMedizin. Sie ist Gründungsmitglied von tamed e.V. 2016 erhielt sie den Anerkennungspreis im Rahmen der deutschen Tanzpreisverleihung.