

Akute Hüftschmerzen mit Pseudoparalyse bei radiologisch intaktem Hüftgelenk

Hans Stalder

Orthopädie, Klinik Im Park, Zürich



Einleitung

Akute Schmerzen im Hüftbereich ohne erkennbaren Auslöser oder bekannten Vorzustand sind selten. Sie sind deshalb in der Praxis eine Herausforderung in Bezug auf die Diagnose wie auch die Behandlung. Während die Verkalkung des Supraspinatusansatzes am Humerus als Tendinitis calcarea meist bekannt ist, handelt es sich bei der Verkalkung der Sehnen der Glutealmuskulatur am Trochanter um ein seltenes Krankheitsbild. Entsprechend werden Differentialdiagnosen und mithin Abklärungen und Behandlungen meist weit gefasst.

Typischerweise treten die meist sehr starken Beschwerden plötzlich und ohne erkennbaren Auslöser auf. Sie können zu einer Pseudoinnuffizienz der Hüftabduktoren führen, so dass die Patienten ein Trendelenburg-Zeichen aufweisen. Die klinische Untersuchung ergibt ein normales, passives Bewegungsbild am betroffenen Gelenk, die Neurologie ist unauffällig, und lediglich im Bereich der Trochanter-Region lässt sich – je nach anatomischen Rahmenbedingungen – eine Schmerzhaftigkeit auf kräftige Palpation auslösen. Radiologisch stellt sich ein Hüftgelenk dar, welches die Dramatik der Situation nicht erklärt, im Labor kann ein erhöhtes CRP oder eine leichtere Linksverschiebung vorliegen. An der Aussenfläche des Trochanters kann sich eine röntgendichte Struktur darstellen. Erst die MRI ermöglicht eine sichere Diagnose und zeigt auch das Ausmass der entzündlichen Veränderungen. Zudem erlaubt nur die MRI eine zuverlässige Beurteilung des Gelenksinnenraums und damit beispielsweise den Ausschluss einer akuten, osteochondralen Läsion oder einer Femurkopfknekrose. Anhand eines typischen Falls soll auf die seltene Pathologie der akuten Tendinitis calcarea der Hüfte hingewiesen werden, welche bei der Differentialdiagnose akuter, schwerer Hüftschmerzen Beachtung verdient.

Fallbeschreibung

Eine gesunde, 53-jährige Frau meldet sich wegen akut aufgetretener, invalidisierender Beschwerden im Bereich der rechten Hüfte beim Hausarzt. Die Schmerzen hatten ohne Prodromi in der Leiste begonnen und umfassten mittlerweile das ganze Bein. Ein Unfallereignis war nicht erinnerlich, ebenso wenig kam eine Überlastung in Frage. Angegeben werden konnten lediglich gelegentliche Leistenbeschwerden, welche aber stets wieder verschwunden waren. Ausser einem nicht weiter spezifizierten Zahnproblem war die Patientin gesund.

Die initiale Röntgenuntersuchung ergab nur einen diskreten Schatten im Bereich des Trochanters, zusätzlich jedoch Veränderungen an der LWS im Segment L4/5 bei milder Skoliose. Da die Patientin aus einem Borreliendemiegebiet kam, wurde eine Borrelienserologie durchgeführt, welche auch negativ ausfiel. Bei uns fand sich bei der Erstuntersuchung eine an zwei Stöcken praktisch gehunfähige Patientin von schlanker Statur und ansonsten in sehr gutem AZ. Ausser einer sehr starken Schmerzhaftigkeit im Trochanter-Bereich liessen sich keine weiteren pathologischen Befunde am Hüftgelenk erheben. Das CRP betrug 12,2 mg/l (Norm: <5,0 mg/l). Unter der klinischen Verdachtsdiagnose einer akuten Tendinitis der Hüfte erfolgte vorab eine lokale Schmerzausschaltung im Bereich des Tuberculum innominatum mit Bupivacain. Diese führte zwar nicht zu einer vollständigen Beschwerdefreiheit, erlaubte der Patientin aber wieder ein fast normales Gehen und stützte die Verdachtsdiagnose. Die anschliessende MRI ergab bei unauffälligem Gelenksbefund eine massive Bursitis trochanterica mit unmittelbar dem Trochanter major anliegender, schalenförmiger Verkalkung entlang der Sehne des Glutaeus medius. Die Sehne selbst wies Zeichen diskreter Kalkeinlagerungen mit leichten bis mittelgradigen Partialrupturen auf. Der Trochanter zeigte ein fokales Knochenmarksödem (Abb. 1  und 2 ). Bei der operativen Revision ergoss sich nach Eröffnung der Bursa spontan über 100 ml trübe, graugelbe Flüssigkeit, so dass zunächst trotz der fast normalen Laborwerte eine Infektsituation befürchtet wurde. Nur die niedere Viskosität sprach gegen einen eitrigen Befund. Die Entfernung der 4 x 3 cm grossen, homogenen Kalkscholle erforderte die teilweise Ablösung der Glutaeus-medius-Sehne. Der Trochanter wurde minutiös debriert und die gesamte Bursa trochanterica entfernt. Die klinische Situation verbesserte sich unmittelbar nach dem Eingriff so deutlich, dass die Patientin kaum mehr Analgetika benötigte. Sechs Wochen nach dem Eingriff konnte die Behandlung abgeschlossen werden. Histologisch zeigten sich in den Muskelbiopsien dystrophe Verkalkungen mit fibrinösen Ex- und Insudationen, sämtliche Abstriche blieben steril.

Diskussion

Die Beschreibung der Kalkschulter nimmt in der Literatur einen breiten Raum ein, jene zur Tendinitis calcarea der Hüfte beschränkt sich dagegen auf wenige Fallberichte [1–4]. Mehrheitlich betroffen ist die Altersgruppe

Der Autor hat keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

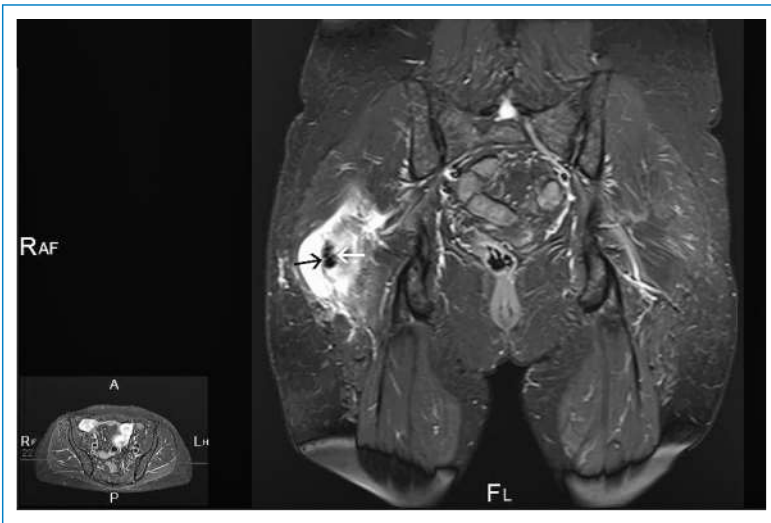


Abbildung 1

MRI rechte Hüfte mit flüssigkeitsgefüllter Bursa und grosser Verkalkung der Glutaeus-medius-Sehne (t1 cor).

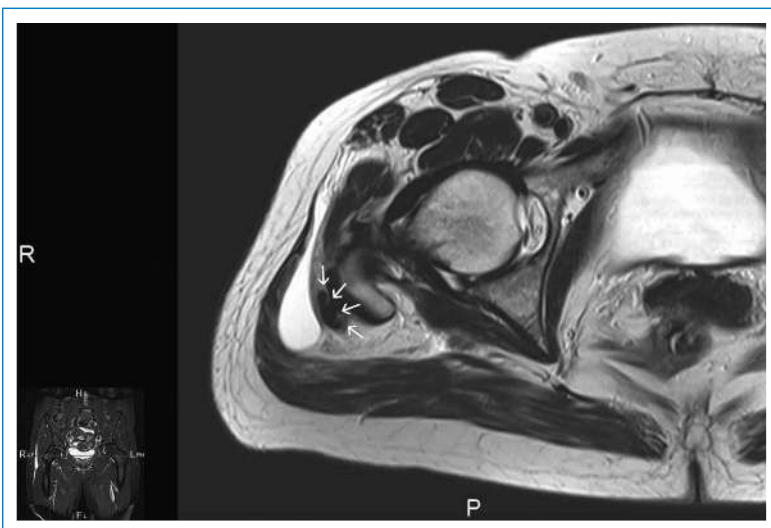


Abbildung 2

Gut sichtbare schalenförmige Sehnenverkalkung am Ansatz des Glutaeus medius (T2, tra).

der über 40-Jährigen, eine Geschlechtsdominanz ist nicht bekannt. Die Diskussion zur Ätiopathogenese ist nicht abgeschlossen; diskutiert werden mehrheitlich nicht näher definierte Einwirkungen auf chronisch überlastetes Gewebe, an der Schulter zusätzlich auch der Einfluss eines subakromialen Engpasses [5]. Da diese anatomische Komponente an der Hüfte wegfällt, müssen andere, weniger offensichtliche Entstehungsmechanismen postuliert werden. Es scheinen sich im insertionsnahen Sehnenewebe Bedingungen zu ergeben, welche die Aggregation von Kalziumpyrophosphat zu Kristalldepots in der Grösse von wenigen Millimetern bis hin

zu einem Zentimeter ermöglichen. Befunde wie hier beschrieben sind aber ausserordentlich selten und nur an der Hüfte zu erwarten. Das «normale» Kalkdepot präsentiert sich nach unserer Erfahrung mehrheitlich als kreibige Masse, welche im Rahmen eines «Needlings» ausgespült oder mit einer Kürette ausgeschabt werden kann. Die Depots werden als Fremdkörper auch von Phagozyten abgebaut, so dass die Erkrankung eine gute Chance zur Selbstheilung aufweist [6, 7]. Im vorgestellten Fall war der Kalkherd jedoch von sehr fester Konsistenz und legte sich schildförmig um den Trochanter. Eine Wachstumsbegrenzung und damit eine Selbstheilung schien damit offensichtlich nicht möglich.

An der Schulter wird in der Regel konservativ behandelt, wobei die Konzepte von unterschiedlichen therapeutischen Ansätzen ausgehen [1, 5, 6, 8, 9]. So werden – abhängig von der Grösse des Kalkherds – Selbstheilungsraten von bis zu 40% beobachtet. Es ist davon auszugehen, dass die zurückhaltende Indikation der chirurgischen Behandlung auch damit zusammenhängt, dass eine Schonung der oberen Extremität weniger einschränkend ist als eine Gehunfähigkeit. Bezüglich der Hüfte ist die Literatur zur Behandlung unergiebig, was mit der Seltenheit der Erkrankung zusammenhängen dürfte. Im vorgestellten Fall war die funktionelle Einschränkung als Folge der Pseudoparalyse aber derart erheblich, dass nur ein operatives Vorgehen in Frage kam.

Korrespondenz:

Dr. med. H. Stalder

Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH

Orthopädie Klinik Im Park

Seestrasse 220

CH-8027 Zürich

[hst\[at\]stalderimpark.ch](mailto:hst[at]stalderimpark.ch)

Literatur

- 1 Thomason HC, Bos GD, Renner JB. Calcifying tendinitis of the gluteus maximus. *Am J Orthop (Belle Mead NJ)*. 2001;30(10):757–8.
- 2 Nidecker A, Hartweg H. Rare localizations of calcifying tendopathies. *Ro Fo*. 1983;139(6):658–62.
- 3 Zajonz D, Moche M, Tjepolt S, von Salis-Soglio G, Pretzsch M. Akute Pseudoparalyse der Hüfte bei Tendinitis calcarea der Psoassehne. *Z Rheumatol*. 2013;72(2):178–83.
- 4 Sakai T, Shimaoka Y, Sugimoto M, Koizumi T. Acute calcific tendinitis of the gluteus medius: a case report with serial magnetic resonance imaging findings. *J Orthop Sci*. 2004;9(4):404–7.
- 5 Hermann J, Böhmer F, Lechleitner M. Chondrocalcinose – eine vergessene Erkrankung des geriatrischen Patienten. Abschlussarbeit ÖÄK Diplomlehrgang Geriatrie 4.6.2013, Akademie der Ärzte GmbH, Wien.
- 6 Gschwend N, Scherer M, Löhr J. Die Tendinitis calcarea des Schultergelenks. *Orthopäde*. 1981;10:196–205.
- 7 Chow HY, Recht MP, Schils J, Calabrese LH. Acute calcific tendinitis of the hip: case report with magnetic resonance imaging findings. *Arthritis Rheum*. 1997;40(5):974–7.
- 8 Lin W, Liu CY, Tang CL, Hsu CH. Acupuncture and small needle scalp therapy in the treatment of calcifying tendonitis of the gluteus medius: a case report. *Acupunct Med*. 2012;30(2):1423.
- 9 Wanke S. ESWT-Durchführung und Dokumentation. *Journal für Mineralstoffwechsel*. 2004;11(4):19–28.