

Bevezető a csípőtáji fájdalmak differenciáldiagnosztikáját tárgyaló dolgozatokhoz

Mindenekelőtt szeretnék köszönetet mondani szerzőinknek, hogy elvállalták ezt a feladatot.

A csípőtáji fájdalmak sokszor próbatétel elé állítják nemcsak a házi orvos kollégákat, de a szakorvosokat is. A szakorvosoknak, akár járó-, akár fekvőbeteg-ellátásban dolgoznak, többnyire lehetőségük van kiegészítő vizsgálatok elvégzésére és konzílium kérésére, míg az első orvosi vizsgálatnál ez nem minden esetben lehetséges. Közelítő, majd a pontos diagnózis felállítása rendkívül fontos a további tennivalók eldöntése érdekében. A fentieket két rövid esetismertetéssel szeretném alátámasztani.

64 éves férfi bal csípőtájékra, combba sugárzó fájdalom miatt jelentkezett reumatológusnál. B. patella areflexia, L-4 tact. hypaesthesia, szabad csípőízületi mozgások, megtartott izomerő és vegetatív funkciók, jelzett femoralis jel pozitívítás L 4 radicularis sy-ra utaltak. Az elvégzett labor 100 mm/h körüli sedimentációt, vizelet üledék: 60-70 fvs-t mutatott. A hasi UH – vizsgálat és a CT- perirenalis abscessust igazolt, a beteg napokon belül műtetre került és meggyógyult. A veséje nem volt megmenthető és mivel specifikus eredetű volt, gátlószeres kezelés is szükségesé vált.

Csípőízületi elváltozás gyakran nem csípő, hanem térdfájdalom képében jelentkezik.

Térdpanasz esetén rendre ajánlott a csípővizsgálat elvégzése is.

44 éves férfi térdfájdalmi miatt többször járt mozgásszervi szakrendelésen, kb. fél éves panaszok után fájdalmait patellofemoralis arthrosissal magyarázták és ennek megfelelően műtétet végeztek, a tuberositas tibiae megemelését. Panaszai változatlanul fennálltak, majd jóval később megvizsgálták a csípőízület mozgásfunkcióját, amely nagyfokú korlátozottságot mutatott, és az ekkor elvégzett rtg combfej-necrosist igazolt.

Természetesen mindannyian sok hasonló történettel tudnánk szolgálni. A korántsem teljes esetismertetésekkel célozom mindössze annyira, hogy felhívjam mindannyiunk figyelmét arra az igazságra, amit *Romhányi professzor úr* úgy fogalmazott meg: „Csupdás a mi pályánk”.

Remélem, dolgozataink hozzásegítik érdeklődő kollégáinkat az adekvát terápiát lehetővé tevő gyors diagnózis felállításához.

Dr. Szabó Gábor
rovatvezető

Dr. Genti György, Dr. Eiben Annamária

A csípőfájdalom differenciáldiagnosztikája

Összefoglalás

A csípőtáji fájdalmak hátterében a csípőízület elváltozásai mellett számtalan, nem mozgásszervi eredetű megbetegedés is fennállhat.

A csípőfájdalmak oka leggyakrabban a csípőízület körüli lágyrész-elváltozások, illetve a csípőízületi degeneratív elváltozások.

A hasonló tüneteket okozó különböző, nem mozgásszervi betegségek diagnosztizálása sok esetben nem egyszerű feladat, szakorvosi segítség igényel.

A pontos anamnéziselevétel, a regionális anatómia alapos ismerete, és a részletes fizikális vizsgálat sokat segít az etiológia felderítésében, azonban bizonytalan diagnózis esetén kiegészítő vizsgálatok elvégzésére van szükség (rtg., egyéb képalkotó eljárások, laboratóriumi vizsgálatok).

A mozgásszervi tünetek súlyos belbetegségek legelső hírnökei lehetnek

(pl.: femoralis neuralgia hátterében hasitumor illetve diabeteses neuropathia állhat). E betegségek korai felismerése, kezelése életmentő lehet.

Az alsó végtagi teherbíró ízületek megbetegedéseinek korai diagnosztizálása, a kialakult betegségek adekvát terápiája fontos a betegek életminőségének javításában, a táppénzes állomány idejének és a társadalmi terhek csökkentésében.

Bevezetés

A csípőtáji fájdalom csak tünet, amely mögött számos különböző mozgásszervi és nem mozgásszervi eredetű betegség állhat.

A csípőfájdalomtól szenvedő beteg többnyire először a családorvost keresi fel, akinek alapvető szerepe van a betegség korai diagnosztizálásának felállításában.

Anamnézis

A családorvos feladata az anamnézis és a belszervi és mozgásszervi státusz részletes felvétele.

A vizsgáló orvosnak a következő kérdéseket kell tisztáznia:

1. Valóban mozgásszervi eredetű-e a fájdalom?

2. Valóban csípőízületi-e a fájdalom (térd, gerinc vagy egyéb eredetű-e)?
3. Mozdulásbeszűkülés fennáll-e?
4. Éjjeli fájdalom fennáll-e?
5. Akut vagy krónikus-e a fájdalom? (Hirtelen vagy fokozatosan alakult-e ki?)
6. Trauma érte-e (combnyaktörés)?
7. Indítási fájdalom van-e (arthrosis)?
8. Veleszületett csípőízületi betegség volt-e (pl.: csípőficam)?
9. Csípőízületi műtétje volt-e (protézis-kiluzulás)?
10. Rendszeresen fogyaszt-e alkoholt (combfejfelhalás)?
11. Mindennapi tevékenységeiben gátolja-e (pl.: nehezített-e a lépcsőn felfelé járás, zoknifelvétel, járműre felszállás, szexuális élet)?
12. Segédeszközt használ-e?
13. Sántítás, alsó végtagi rövidülés van-e (coxarthrosis)?

Anatómia, fizikális vizsgálat

A csípőtáji fájdalom diagnosztizálásának felállításához alapvető a csípőízület

Dr. Genti György, Dr. Eiben Annamária
Pest Megyei Flór Ferenc Kórház
Reumatológiai és Fizioterápiás Osztály
2143 Kistarcsa, Semmelweis tér 1.

és környékének pontos anatómiai ismerete.

– *Definíció:*

Csípőtájnak nevezzük a dorzsalisan a csípőtárájtól farredőig, ventralisan a spina iliaca-tól a comb-abduktorok eredéséig terjedő területet.

– *Látható és tapintható képletek:*

Spina iliaca ant.superior (m.sartorius, m.quadriceps, m.rectus femoris eredése)

spina iliaca post. superior, trochanter major (kirotátorok, abduktorok tapadása)

fascia lata, symphysis, m.quadriceps, m.abduktorok a v.femoralistól medialisán,

az a.femoralis a lig.inguinale alatt, a n.femoralis az arteriától lateralisán,

m.sartorius, m.gluteus medius, m.gluteus maximus.

– *Látható és tapintható kóros elváltozások:*

Kontrakturák, végtagrövidülés. Relatív: a csípőízület flexiós és abdukción kontraktúrája következtében.

Abszolút: a veleszületett csípőízületi ficam, coxa vara, a femur és a lábszárcsontok rövidülése következtében.

– *Izomatropia:*

Glutealis-izomatropiával járhat: luxatio coxae congenita, neurogen atrophia (L5-S1 gyöki érintettség)

Quadriceps-atropiával járhat: L4 gyöki laesio, immobilizáció, femorális neuralgia, combfejelhálás

– *Csípő flexiós kontraktúra:*

Ízületi elváltozás (arthritis, arthrosis, combfejnecrosis, stb.)

Egyéb, pl. psoas-tályog vagy egyéb a psoast érintő folyamat (haematoma),

ellenoldali alsó végtagi rövidülés, bursitis, spastikus paresis, stb.

– *Egyéb látható illetve tapintható elváltozások:*

Injekciós tályog, inguinalis nyirokcsomók, bursitisek, haematoma, malignus vagy benignus tumorok, herniák, combnyaktörött beteg kirotált, rövidült csípőtartása, entesopathiák (in- vagy szalagtapadási

helyek nyomásérzékenysége) izomspazmusok.

Csípőfájdalom differenciáldiagnózisa:

A) Csípőbe sugárzó fájdalom – Plexus lumbalis vagy lumbosacralis gyökök laesiója:

L5-S1 radiculopathia gluteusba sugárzó fájdalmat okozhat.

– *Sacroileitis:*

gyakori diagnosztikus problémát okoz, mivel csípőtáji fájdalmat okoz.

a csípőfájdalom gyakran az SNSA első tünete lehet. Betekintő sacrum-felvétel során kimutatott sacroileitis adja a diagnózist.

– *Perifériás idegérzékenység:*

– femoralis neuralgia a comb elülső felszínébe sugárzó fájdalommal jár, a csípőízület extensioja a fájdalmat fokozza. n.femoralis nyomásérzékeny, a patella-reflex gyakran renyhe.

– n.obturatorius neuralgia a fájdalom a comb medialis felszínébe sugárzik, az adduktor-izomzat paresisével járhat.

– n.ilioinguinalis alagút-syndroma a spina iliaca anterior superior magasságában a n.ilioinguinalis nyomás alá kerül, melynek következtében lágyékba sugárzó fájdalom jelentkezik. Oka: retroperitoneális folyamatok, tumorok, nephrectomia utáni állapot, coxarthrosis.

– *Piriformis alagút-syndroma*

a n.ischiadicus a foramen infrapiriforme területén kompresszió alá kerül. Oka: leggyakrabban intramusculáris injekció, m.piriformis spazmus, femurficam, myositis ossificans vagy statikai rendellenességek.

Differenciáldiagnózis:

- nincs deréktáji fájdalom
- a n.ischiadicus a gluteusok magasságában nyomásérzékeny
- Laseque-tünet pozitív
- a feszes m.piriformis kitapintható

Az alagút-syndromák terápiája általánosságban lokális szteroid-injekció adása a nyomás alá került ideg köré.

Nephrolithiasis, ureterolithiasis

- a fájdalom időszakosan a lágyékba sugározhat ki.

Lymphadenitis inguinalis - fájdalmasan megnagyobbodott inguinalis nyirokcsomók

Herniák

– hernia inguinalis: kifejezett ágyéki fájdalom és ízületi mozgáskorlátozottság

– hernia femoralis: intermittáló ágyéki fájdalmat, sántítást okoz

B) Lokális csípőfájdalom

- *Dysplasia, subluxatio, luxatio coxae congenita*

Veleszületett fejlődési rendellenesség, az esetek 50%-ában kétoldali, főként lányokat érint. Tünetei: sántítás, mozgásbeszűkülés, csípőfájdalom, izomatropia, Trendelenburg-tünet, röntgen: sekély, meredek vápa, a femurfej a vápában nem koncentrikusan helyezkedik el, illetve a vápán kívül látható.

Praearthrosisos állapot.

– *Epiphyseolysis capitis femoris*

Általában serdülőkorban fordul elő.

Lényege: a combfej epiphysise általában le és medial felé csúszik.

Tünetei: csípő- illetve térdfájdalommal kezdődhet. A diagnózist a rtg. felvétel biztosítja.

Terápia: ortopédiai szakellátás.

– *Perthes-kór*

Lényege: a femurfej csontmagjának csontosodási zavara.

Fiatal /3-12 év/ fiúkon gyakori.

Tünetei: általában egyoldali fájdalom, izomatropiával, berotáció és az extensio korlátozott, jellemző a kímélő sántítás.

Terápia: ortopédiai szakellátás

– *Tranzitorikus coxitis*

Lényege: felső légúti infekciót követő akut csípőfájdalom, fiatal fiúkban gyakoribb.

Tünetek: egyoldali sántítás, mozgáskorlátozottság, abdukción kontraktúra.

Natív rtg. felvételen eltérés nincs, UH-vizsgálattal synovitis igazolható.

Terápia: néhány hét alatt spontán gyógyulhat.

– *Arthrosis coxae*

Az elsődleges coxarthrosis ritka, általában kétoldali betegség, oka nem tisztázható.

A másodlagos csípőízületi arthrosis, praearthrosis talaján kialakult elváltozás.

Praearthrosisos állapotok:

- veleszületett fejlődési rendellenességek (dysplasia, subluxatio, luxatio coxae)
- serdülőkori csont- vagy pa-

rarendellenességek (Perthes-kór)

- veleszületett vagy szerzett statikai deformitások (coxa valga, coxa vara)

Tünetek:

- általában egyoldali, lágyékhajlatba kisugárzó fájdalom, mely terhelésre fokozódik, és pihenésre csökken
- ún. gyulladáshoz fázisban kifejezett éjjeli fájdalom jelentkezhet (synovitis)
- az esetek kb. 20%-ában térdfájdalom lehet az első tünet
- típusosan az ülésből felállás és megindulás (ún. indítási fájdalom) dominál
- indítási merevség nyugalom után követően (5-15 perc)
- a fizikális vizsgálat során először a berotáció szűkül be, majd a mindennapi élettevékenységekhez szükséges csípőflexió és fokozatosan a többi funkció is beszűkül.
- jellemző a sántító, kímélő járás
- későbbiekben izomatropia alakul ki, és az ízületi kontraktura következtében relatív rövidülés jelentkezik

Artg. felvételen: ízületi résszűkülés, subchondralis sclerosis, cysták, osteophyták. Fontos hangsúlyozni, hogy a radiológiai diagnózis nem azonos a klinikai diagnózissal, és a klinikai illetve radiológiai elváltozások nincsenek párhuzamban.

Terápia: ízületvédelem (segédeszközhasználat – a támbotot mindig az ellenoldali kézben kell tartani!)

Életmód-változtatás (testsúlycsökkentés, intenzívtestmozgás, gyógytorna) analgetikumok, NSAID-ok, lokális szteroid, hideg pakolás, (krónikus nem aktív esetben meleg pakolások), „chondroprotektív” gyógyszerek, fizioterápia progresszió esetén ortopéd-sebészeti beavatkozások (korrekció, TEP-behelyezés)

- *Combfejnekroszis*

- aszeptikus combfejhalás lehet elsődleges vagy másodlagos, valamely alapbetegséghez társuló forma (pl. krónikus aethylizmus, obesitas, SLE, diabetes mellitus, tartós szteroid-kezelés)

Tünetei: terhelésre, gyakran éjjel fokozódó fájdalom rtg. felvételen típusos elváltozás, amennyiben az el-

változás korai, izotópvizsgálat vagy csípőízületi MRI vizsgálat segíthet. El kell különíteni az infektiózus arthritistől, tumortól, korai arthrosistól, súlyos arthrosisban kialakuló combfejdeformitás („beroppanás”)

Terápia: tehermentesítés (6-12 hónapig tartó mankózás, extensios készülék alkalmazása) alkohol-abszinentia, később ortopéd-műtét.

- Csípőízületi endoprothesis kizárása

- mozgásra fokozódó fájdalom az implantációt követően hónapokkal, sőt évekkel.

Rtg. felvételen: a prothesis szára vagy a vápa mellett felritkult terület látható. A jelzett fehérvérsejttel végzett izotópvizsgálat segít elkülöníteni az aszeptikus és szepikus kilazulást. A diagnózis felállítását követően reoperációra kerül sor (protézis-kivétel illetve csere).

- *Algoneurodystrophia coxae*

Oka: ismeretlen.

Rtg. felvételen: foltos mésztartalom csökkenés látható a combnyaknak és combfejnek megfelelően. A csontszcintigraphiás vizsgálat igazolhatja a diagnózist.

Terápia: fájdalomcsillapítás, gyógytorna, stádiumtól függően szteroid-lökésterápia, calcitonin-terápia.

- *Fractura colli femoris*

- idős korban gyakrabban fordul elő, traumás vagy patológiás lehet (tumoros vagy osteoporotikus eredetű)

- *Osteomalacia*

- erős lágyékhajlati fájdalom, adduktor izomspazmus, os pubis nyomásérzékenység, sántítás, a csípő abdukciója beszűkül.

- *Csonttumorok* – (primer jóindulatú, rosszindulatú csontdaganatok, tumorszerű csontelváltozások, illetve metasztázisok)

A jóindulatú csonttumorok meglehetősen gyakoriak. Közülük néhány (enchondroma, osteochondroma) az esetek 0,5 százalékában malignizálódhat. A rosszindulatú tumorok rendszerint szegényes tünetekkel jelentkeznek: duzzanat, hyperaemia, terheléstől független fájdalom, környező ízületekben kontraktura. A tumorszerű csontelváltozások (csontcysta, fibrosis dysplasia)

jelentősége, hogy rosszindulatú csontdaganatot utánozhat, ezáltal differenciáldiagnosztikai problémát jelentenek, és sokkal gyakoribbak, mint a valódi tumorok. A csontok áttéti daganatai, a csontmetasztázisok kb. 40-szer gyakoribbak, mint a primer rosszindulatú csonttumorok. Leggyakrabban a tüdő,- emlő,- vese,- és prosztatarák ad a csontokba áttétet. A tüdő és veserák áttétei lytikusak, a pajzsmirigy-, és a prosztataáttétek osteoplastikusak, az emlőrák áttétei kevert típusúak. Metasztázis leggyakoribb: hosszú csöves csontok (femur, tibia) metaphysisei, medence.

- *Coxitisek*

Rendszerint valamely polyarticularis gyulladáshoz betegség része (SNSA, RA), monarthritisként rendszerint fertőzés következménye (tbc, gennykeltők, stb.)

C) Csípő körüli lágyrész elváltozások

- *Periarthritis coxae*

Nem ritka kórkép, túlerőltetés, trauma okozza, csatlakozhat radiculopathiához. A csípőízületi abdukció, kirottáció fájdalmas, a trochanter major nyomásérzékeny.

- *Bursitisek*

A leggyakoribb a bursitis trochanterica, ekkor a csípő aktív kirottációja fájdalmas.

Terápia: akut esetben jegelés, lokális szteroid infiltráció, krónikus esetben meleg pakolás.

- *Tendinitisek, entesopathiák* in, illetve izom-in átmenet érintettsége

- *Polymyalgia rheumatica*

A váll és csípő körüli izmok fájdalmasak, fokozott vérszéjszüllyedés mellett, időskorú nők betegsége.

Irodalomjegyzék:

1. Bálint G, Földes K, Bálint P: *Gyakorlati reumatológia*, Springer Hungária, Budapest, 1992.
2. Genti Gy: *Csípőarthrosis* in: Gömör B.: *Reumatológia*, Medicina, Budapest, 2001.
3. Gömör B: *Reumatológia*, Medicina, Budapest, 2001.