

Dr. Kiss Csaba György

# Inflammált csípőízületi arthrosis, diagnosztika, differenciáldiagnosztika és kezelés

## Összefoglalás

A csípőtáji fájdalom leggyakoribb oka a csípőízület kopásos megbetegedése. A beteg panaszai és a fizikális státusz alapján a legtöbb esetben nem okoz gondot a diagnózis felállítása. A viszonylag hirtelen fellépő erős csípőfájdalom esetén azonban több kórkép is szóba jöhet. A kivizsgálási stratégia és ez alapján a helyes kezelés eredményezi a panaszok gyors csökkenését. A hosszabb távon történő nyomon követés és gondozás megelőzheti az ízület károsodását, a csípőízület mozgás-funkcióinak romlását.

## Bevezetés

A csípőízületi arthrosis gyakori megbetegedés, az epidemiológiai vizsgálatok adatai megoszlanak, általánosságban elmondható, hogy a népesség 1-4%-át érinti, 55 éves kor alatt 1%, 85 éves kor körül 10%. Nemi különbségek nem mutathatók ki. Kétségtelen, hogy az idősebb korosztály betegsége, de 20-30 éves kor között is elkezdődhet. A primer formában a betegséget kiváltó okot nem lehet kimutatni. A másodlagos arthrosis okai lehetnek a gyermekkori csípőízületi elváltozások (például csípőficam, dysplasia, Perthes kór), gyulladásos reumatológiai kórképek, trauma. Rizikófaktorokat jelent a túlsúly, a láb-hossz különbség, a nehéz fizikai munka. A betegség lényege az ízületi porc degenerációja, azonban az ízületet alkotó egyéb képletek, csontok, ízületi tok, synovialis hártya, környéki szalagok és izmok mind részt vesznek a folyamatban, a klinikai tünetek kialakulásában.

## Klinikai tünetek

A leggyakoribb tünet a fájdalom, amely lassan, fokozatosan jelentkezik. A megjelenés helye változatos le-

het, a glutealis izomzatra, a lágyékhajlatra lokalizálódhat. Gyakran az első tünet a térdfájdalom lehet, ezért térdízületi fájdalommal jelentkező beteg esetén a csípőízület vizsgálata is mindig kötelező. Típusos a pihenés után, indításkor jelentkező mozgás nehezítettség és fájdalom. Pár lépés után az ízület bejáródik, a mozgás könnyebb lesz, a fájdalom is csökken. Terhelésre, vagy azt követően a fájdalom fokozódik, nyugalomban csökken, éjszakai fájdalom ritka, inkább csak mozdulatokra jelentkezik. Ritkább, hogy a fájdalom minimális és a mozgáskorlátozottság alakul ki előbb, ilyenkor az első panaszok inkább a funkciókárosodáshoz kapcsolódnak, a beteg sántítani kezd, vagy például nehezen tudja a zokniját felvenni. A csípőízületi mozgások közül először az extensio, a berotatio és az abductio szűkül be. A beteget vizsgálva mindig össze kell a két oldalt hasonlítani, mivel vannak eleve „kötöttebb” ízülettel rendelkező egyének. Ha a két oldal között különbség van, az mindig kóros.

A hirtelen kialakuló illetve fokozódó erős csípőízületi fájdalmat és mozgáskorlátozottságot mindig komolyan kell venni. Amennyiben a nyugalmi, éjszakai fájdalom is erős, nagy valószínűséggel az ízületben folyadékgyülem található. Az arthrosisos folyamat is indulhat gyulladásos tünetekkel, gyakoribb azonban, hogy ismert csípőízületi arthrosiban szenvedő betegnél jelentkezik akár kisebb túlterhelés kapcsán. Ilyenkor a beteg az érintett ízületét terhelni nem tudja, a mozgások az előzőekhez képest lényegesen romlanak, sokszor akár járásképtelenség is kialakulhat. Viszonylag kevés folyadék megjelenése is nagy fájdalommal jár. Ennek az oka, hogy az ízületi tok feszes, kevés folyadék megjelenése is kifejezetten fokozza az ízületi nyomást. Bármilyen típusú betegségben jelenik is meg a folyadék, az mindig nagyon erős fájdalommal és mozgáskorlátozottsággal jár. Gyulladásos tünetek esetén a mozgáskorlátozottság mindig kifejezett, a mozgások erős fájdalommal járnak,

jelentős az izomvédekezés. Ezek természetesen indirekt jelek. Fizikális vizsgálattal a csípőízületi folyadékgyülem – ellentétben a térdízülettel – nem állapítható meg, tekintettel arra, hogy mélyen fekszik, a környező lágyrészek a folyadékgyülem észlelését lehetetlenné teszik.

## Diagnosztika

A csípőízületi arthrosis diagnosztikájában a klinikai tünetek és a fizikális vizsgálat a fő szerep. Általában medence a-p röntgenfelvételt kérünk az ízület állapotának megítélésére. Az ízületi rés 2,5 mm-re való csökkenése már kifejezettebb porckárosodást jelez, gyakran látunk osteophytákat, subchondralis sclerosist vagy subchondralis cystákat. A klinikai tünetek és a radiológiai kép nem mindig van összhangban egymással, általános szabály, hogy mindig a beteg állapota, a klinikai tünetek és fizikális vizsgálat eredménye a mérvadó. A diagnózist csak a radiológiai kép alapján felállítani nem lehet.

Gyulladás gyanúja esetén a röntgenfelvétel elkészítése kötelező, az érintett oldalról ún. Lauenstein felvételt is kérni kell. Természetesen a folyadékgyülem a röntgenfelvételen nem látszik, de jelentősebb mennyiségű folyadékgyülem esetén az érintett oldalon az ízületi rés nagyobb lehet az ellenoldalihoz képest. Egyszerű, jól reprodukálható és sugárterheléssel nem járó vizsgálat az ultrahang, segítségével az ízületi folyadékgyülem gyorsan, biztonságosan kimutatható. Amennyiben más betegség lehetősége nem merül fel, további vizsgálatok elvégzése nem szükséges.

## Differenciáldiagnosztika

A csípőízületben megjelenő folyadékgyülemmel számos más betegségben is találkozhatunk. A helyes diagnózis felállítása alapvető fontosságú, mivel számos esetben a megfelelő időben alkalmazott terápia teljes gyógyuláshoz vezethet, ennek elmulasztása esetén azonban az ízület károsodásával számolhatunk.

Dr. Kiss Csaba György  
Misszió Egészségügyi Központ  
2112 Veregyház, Gyermekliget u. 30.

Az egyik legsúlyosabb kórkép az ízület infekciózus gyulladása. Ilyenkor a fájdalom gyorsan alakul ki, nagyon erős, a legkisebb mozdulat is igen heves fájdalommal jár, a beteg jársképtelen. A kórképet az infekcióhoz társuló egyéb általános tünetek kísérik, a beteg lázas, elesett, a vérképben leukocytosis észlelhető, a vvt süllyedés emelkedett, CRP szint megemelkedik, thrombocytosis észlelhető. Kezdetben a röntgenfelvételen kóros nem észlelhető. Ultrahangvizsgálat azonban már korán jelentős folyadékgyülemet mutat az ízületben belül. Infekció gyanúja esetén a beteget minél hamarabb a megfelelő intézetbe kell juttatni. A korán felismert és céltoltan kezelt betegeknél teljes gyógyulás is bekövetkezhet, sok esetben azonban a műtéti kezelés elkerülhetetlen.

Másodlagos synovitis alakulhat ki a környező csontokat érintő primer vagy metastatikus daganatos kórképekben. Ilyenkor a röntgenfelvételen a csontfolyamat általában már kimutatható, az ultrahangvizsgálat az ízületben folyadékgyülemet mutat, amelynek mennyisége jelentős is lehet. Elsősorban az alapbetegség kezelése az elsődleges, de a folyadékkal járó erős fájdalom is kezelést igényel.

A szeronegatív spondarthritisek csoportjába tartozó betegségekben a csípőízületi gyulladás gyakori. Ezen belül a reaktív arthritisekben kialakult gyulladás a helyes kezelés esetén nem fenyeget az ízület károsodásával. Spondylitis ankylopoeticában (Bechterew kór), arthritis psoriaticában és az enteropathiás spondarthritisekben (colitis ulcerosa, Crohn betegség) a csípőízületi érintettség destruktív lehet, ezért ezekben az esetekben agresszívebb kezelésre van szükség, mind az alapbetegséget, mind a csípőízületi érintettséget tekintve.

Rheumatoid arthritisben a csípőízületi érintettség viszonylag ritkább, ha előfordul, akkor destruktív, ezért ebben az esetben is erőteljesebb kezelésre van szükség.

Polymyalgia rheumaticában – amely az időskorúak, általában mindkét váll és csípőtájéka heveny fájdalomával és magasabb vvt süllyedés értékkel járó megbetegedése – gyakran kimutatható ultrahangvizsgálattal kevés folyadék. Külön teendőt nem igényel. A betegség alacsony dózisu szteroid kezelésével a tünetek megszűnnek.

Az aszeptikus combfej necrosis fő-

leg a 30-50 éves férfiak betegsége. A csípőfájdalom hirtelen jelentkezik, főleg terhelésre, járáskor. A nyugalmi, éjszakai fájdalom nem jellemző, bár előfordulhat. Első lépésként röntgenfelvétel készítése szükséges (a-p, és Lauenstein). Ha ez negatív, akkor ultrahang vizsgálatot érdemes készíteni, mivel a combfej necrosis kezdeti stádiumában nagyon gyakran kimutatható folyadék, ennek mennyisége kevés, és nem jár az ízületi tok, illetve a synovialis hártya megvastagodásával. Ha folyadék kimutatható, akkor MR vizsgálat elkészítése szükséges a necrosis nagyságának megállapítására, a további gyógykezelés (a műtéti megoldás módja) ennek függvényében tervezhető. Konzervatív kezelés – amely teljes, több hónapon keresztül tartó tehermentesítést, fájdalomcsillapítást jelent – is eredményre vezethet, egyes adatok szerint az esetek kb. 30%-ában. A tapasztalat azonban az, hogy a betegek a teljes tehermentesítést nagyon rosszul tolerálják, így a konzervatív kezelés sokszor eredménytelen.

A csípőízület algodystrophiájában (tranzienste osteoporosis) a panaszok viszonylag hirtelen jelentkeznek, erős fájdalommal. A röntgenfelvétel az érintett oldal mészszegénységét mutatja. Ultrahangvizsgálattal az ízületben kevés folyadék mutatható ki. Izotóp és/vagy MR vizsgálat erősíti meg egyértelműen a diagnózist. Az esetek döntő többségében tehermentesítésre, a megfelelő gyógyszeres kezelésre destruktív nélkül gyógyul.

DISH szindrómában (diffúz idiopathiás sceletalis hyperostosis, spondylosis hyperostotica, m. Forestier) is jelentkezhet csípőízületi fájdalom, amely viszonylag enyhe, nyugalmi fájdalommal, folyadékgyülemmel nem jár. A vezető panasz a mozgásbeszűkülés. Ilyenkor a röntgenfelvételen az osteophyták dominálnak, az ízületi rés szűkülete nem jellemző.

Felnőtt korban is jelentkezhet a gyermekkorban jól ismert csípőízületi tranzitorikus arthritis, amely általában infekciók után alakul ki hirtelen. Nagy fájdalommal és a csípőízület mozgáskorlátozottságával jár. Tehermentesítésre, nem-szteroid gyulladáscsökkentőkhöz fordulni, a már sok helyen tárgyalt mellékhatások miatt a lehető legrövidebb ideig. A prognózis nem jósolható meg, vannak gyorsan progrediáló esetek, amelyek rövid idő alatt komoly destruktívokhoz vezethetnek, és vannak csak nagyon lassú progressziót mutató esetek is. Mint minden más betegségben, az individuális terápia elengedhetetlen.

nisolon a magzat veszélyeztetése nélkül adható, a többi szteroid készítmény nem.

A csípő körüli bursák gyulladása inflammált csípőízületi arthrosist utánozhatnak. Leggyakrabban a bursitis trochanterica fordul elő. Ilyenkor a trochanter majornak megfelelően jelez a beteg fájdalmat, fizikális vizsgálattal lényeges mozgáskorlátozottság nincs, a bursa nyomásérzékeny. A kezelést lokális szteroid adása jelenti. A bursa iliopectinea gyulladása erős lágyéktáji fájdalmat okozhat, ilyenkor a csípőízület mozgáskorlátozottsága is észlelhető, ultrahang vizsgálat a bursában lévő folyadékot kimutatja, helyi szteroid adásával és tehermentesítéssel gyors gyógyulás érhető el.

Nyugalmi csípőízületi fájdalommal járhat a sacroileitis, az L5 gyök érintettsége, a tájékon előforduló alagút szindrómák. A beteg gondos kikérdezésével és a fizikális vizsgálattal az esetek döntő többségében a diagnózis felállítható.

## Kezelés

A csípőízületi arthrosis kezelésének a célja a fájdalom csökkentése, a mozgáshatárok megőrzése, javítása. Első lépésben a csípőízületi gyógytorna megtanulása a legfontosabb. Ennek célja részben a mozgáshatárok lehetőség szerinti növelése, a környéki izmok erősítése. Fontos a beteggel megértetni a folyamat lényegét, ha szükséges, testsúlyt csökkenteni, a megfelelő segédeszközökkel ellátni. Amennyiben ez nem elégséges, kiegészítő terápiaként fájdalomcsillapítókat adunk. Csak ha ezek nem használnak, érdemes a nem-szteroid gyulladáscsökkentőkhöz fordulni, a már sok helyen tárgyalt mellékhatások miatt a lehető legrövidebb ideig. A prognózis nem jósolható meg, vannak gyorsan progrediáló esetek, amelyek rövid idő alatt komoly destruktívokhoz vezethetnek, és vannak csak nagyon lassú progressziót mutató esetek is. Mint minden más betegségben, az individuális terápia elengedhetetlen.

Gyulladásos tünetek esetén a kezelés kissé módosul. Ilyenkor az átmeneti, akár teljes tehermentesítés nagyon fontos. Enyhébb esetekben támbot rendelése hasznos lehet, ezzel 20-30%-os tehermentesítést lehet elérni, amely sokszor elégséges a tünetek csökkentéséhez. Fontos, hogy a

támbotot a beteg mindig az ellenoldalon használja, a magasság akkor jó, ha a csípőlapát felső széléig ér a fogantyú. Enyhébb esetekben elég lehet tüneti fájdalomcsillapítók adása (metamizol, paracetamol, tramadol). Ha rövid idő alatt a panaszok nem csökkennek, akkor nem-szteroid gyulladáscsökkentőt kell alkalmaznunk, a megfelelő adagban. Tekintetbe kell venni az egyéb betegségeket is, gastro-intestinalis szempontból veszélyeztetett beteg esetén vagy a korszerűbb, szelektívebb cox-2 gátlókat kell adnunk, vagy megfelelő gastro-protectioról gondoskodnunk. Beszűkült vesefunkciók, egyidejű anticoaguláns kezelés, kardiális dekompenzáció esetén különös gonddal kell eljárni, az adagolást individuálisan kell beállítani. Ha a fenti terápia mellett a panaszok nem csökkennek és az ízületben a folyadékgyülem továbbra is kimutatható, akkor drasztikusabb eszközt kell választanunk. Ez néhány kivételtől eltekintve érvényes minden csípőízületi folyadékgyülemmel járó kórkép esetén is. Alkalmazhatunk per os rövid szteroid lökésterápiát, főleg a gyulladásos reumatológiai betegségekben. Ha csak egy ízület érintettségéről van szó – így inflammált arthrosisban is – akkor nagyon jó és gyors hatású lehet az intraartikuláris szteroid adása. Ennek kivitelezéséhez megfelelő gyakorlattal kell rendelkezni, jó, ha ultrahang vagy képerősítő ellenőrzés mellett történik. Intraartikuláris szteroid adása kontraindikált infekciózus gyulladás és aszeptikus combfej necrosis esetén. Polymyalgia rheumaticában intraartikuláris szteroid adása felesleges. Kontraindikációt jelent a destruált ízület, legyen az arthrosis vagy más

gyulladásos betegség következménye. A heveny tünetek lezajlása után a rehabilitációs jellegű kezelést minél hamarabb meg kell kezdeni, a megfelelő mozgásjavító és izomerősítő gyógtornával az eredeti mozgásfunkciókat minél hamarabb vissza kell nyerni. A támbottal történő tehermentesítést és a gyógyszeres kezelés időtartamát a panaszok határozzák meg.

### Összefoglalás

A csípőízületi arthrosis a viszonylag „jóindulatú” mozgásszervi megbetegedések csoportjába tartozik. Az időben elkezdett kezeléssel sokáig jó állapot tartható fenn. Gyulladásos tünetek esetén azonban fokozott odafigyelés szükséges, mert az ízületi folyadékgyülem, azon túlmenően, hogy a betegnek komoly fájdalmat okoz, nem adekvát kezelés esetén az arthrosis folyamat progresszióját gyorsíthatja. Az ízületben megnövekedő nyomás az ízületi porcot tovább károsítja, hamarabb alakulnak ki subchondralis cysták, az ízület destrukciója hamarabb következik be, végül, amikor már más megoldás nincs, hamarabb kerül sor csípőízületi endoprotézis beültetésére. Gyulladásos tünetek esetén a betegek szorosabb nyomon követése indokolt, nem elég a fájdalomcsillapítás, meg kell győződni arról, hogy a kezelés eredményeként sikerült megszüntetni a synovitist is.

### Irodalomjegyzék:

1. Gömör B: *Reumatológia Medicina*, Budapest, 2001.
2. Dieppe P: *Fortnightly Review: Management of hip osteoarthritis* BMJ 1995; 311. 853-57

3. Ravaud P, Ayral X, Dougados M: *Radiologic progression of hip and knee osteoarthritis* Osteoarthritis and Cartilage 1999; 7. 222-29
4. Felson DT: *The epidemiology of hip and knee osteoarthritis* Epidemiol Rev 1988; 10. 1-28
5. Lawrence RC, Helmick CG, Arnett FC, et al: *Estimates of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorders in the United States* Arthritis Rheum 1998; 41. 778-99
6. Hochberg MC, Altman RD, Brandt KD, et al: *Guidelines for the medical management of osteoarthritis. Part 1. Osteoarthritis of the hip* Arthritis Rheum 1995; 38. 1535-40
7. Towheed TE, Hochberg MC: *A systematic review of randomized controlled trials of pharmacological therapy in patients with osteoarthritis of the hip* J Rheumatol 1997; 24. 349-57
8. Kirwan JR, Rankin E: *Intra-articular therapy in osteoarthritis* Baillieres Clin Rheumatol 1997; 11. 769-94
9. Moore RA, Tramer MR, Carroll D, et al: *Quantitative systematic review of topically applied non-steroidal anti-inflammatory drugs* BMJ 1998; 316. 333-8
10. Van Baar ME, Dekker J, Oostendorp RAB, et al: *The effectiveness of exercise therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee: a randomized clinical trial* J Rheumatol 1998; 25. 2432-9
11. Gotzsche PC: *Non-steroidal anti-inflammatory drugs* BMJ 2000; 320. 1058-61
12. Rosenberg ZS, Shankman S, Steiner GC, et al: *Rapid destructive osteoarthritis: clinical, radiographic, and pathologic features* Radiology 1992; 182. 213-6
13. Dougados M, Gueguen A, Nguyen M, et al: *Radiological progression of hip osteoarthritis: Definition, risk factors and correlation with clinical status* Ann Rheum Dis 1996; 55. 356-62

Dr. Szabó Gábor

## Csípőízületi arthrosis terápiája

Csípőtáji fájdalmak jelentős részét az ízület degeneratív és gyulladásos eredetű elváltozásai okozzák.

Természetesen a szövetkárosodásból származó nociceptív fájdalom csillapításának elsőrendű szükségessége mellett a pontos diagnózis felállítása alapvető fontosságú.

Dr. Szabó Gábor  
Dunakeszi Szakorvosi Rendelőintézet  
2120 Dunakeszi, Fő út 75-81.

Amennyiben igazolást nyert, hogy a panaszokat coxarthrosis okozza, komplex terápia javasolható.

### 1. A beteg pszichés vezetése

Tájékoztatni kell betegünket betegségéről, az esetleges nem kívánt mellékhatásairól, várható eredményeiről, a beteg feladatairól, az orvosával való együttműködés fontosságáról.

Többnyire a hosszú távú terápiát és gondozást szükségessé tevő elváltozások sokszor nem kevés erőfeszítést igényelnek a betegtől. Eredmény csak akkor várható, ha sikerül biztosítanunk a beteg pozitív gondolkodását és a jó együttműködést.

### 2. Gyógyszeres kezelés

Az Amerikai Reumatológiai Kollégium csípő- és térdarthrosis 2000. évi