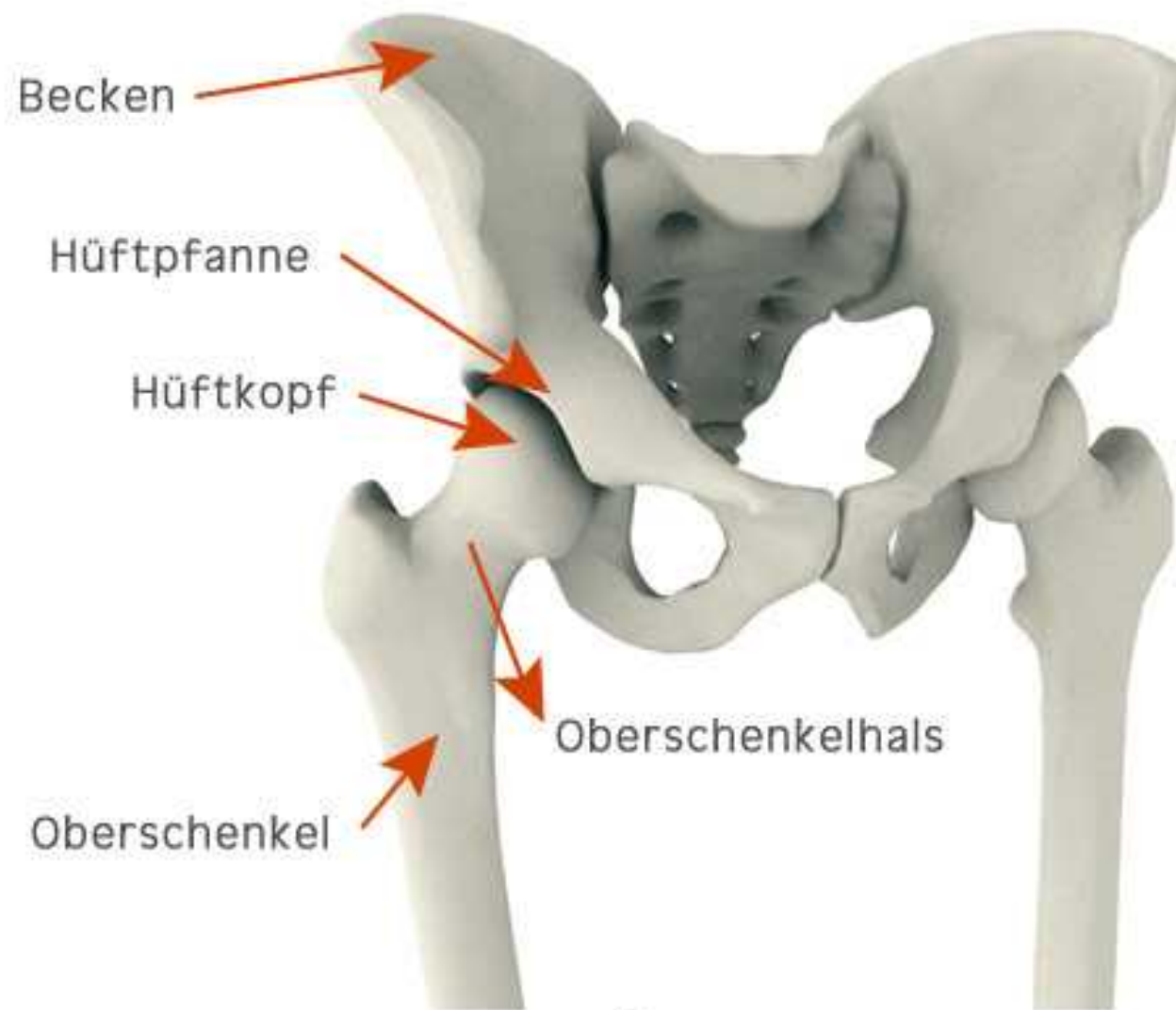


# Diagnostische Möglichkeiten und konservative Therapie bei Hüftschmerz

...

aus der Sicht des Rheumatologen



# Diagnostik

- Anamnese
- körperliche Untersuchung
- Basis-Labor: BSG,CRP, BB
- Sono
- Röntgen, MRT,CT, Szintigramm
- Punktion, Synoviaanalyse

# Entzündung

- Dolor
- Calor
- Rubor
- Tumor

# Der entzündliche Schmerz

- nachts und in Ruhe
- nächtlicher Weckcharakter
- Anlaufschmerz und Besserung durch Bewegung
- Morgensteifigkeit

doch zunächst...

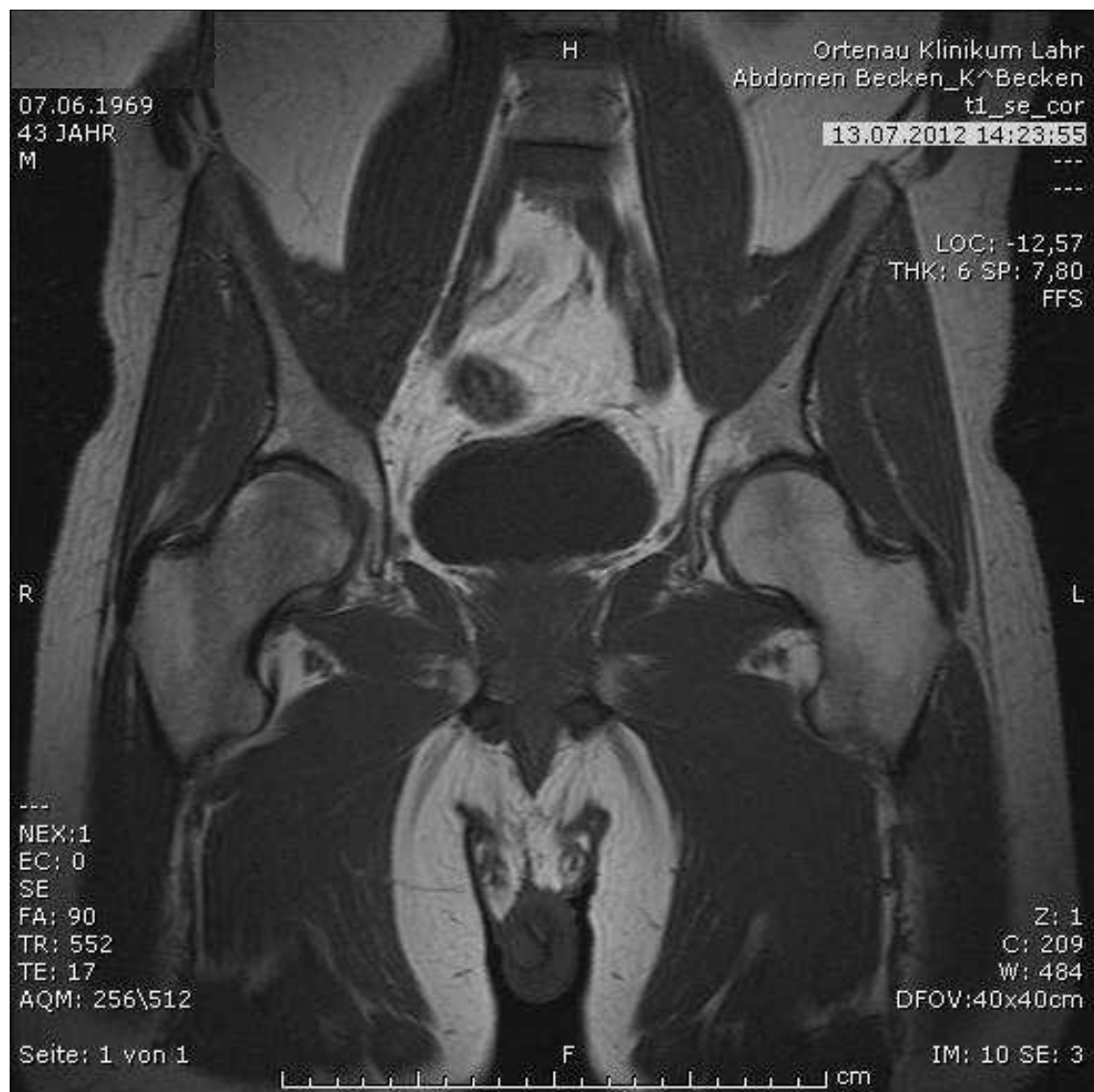
„Was man nicht erklären kann, sieht man gern als Rheuma an“

# Fallvorstellung

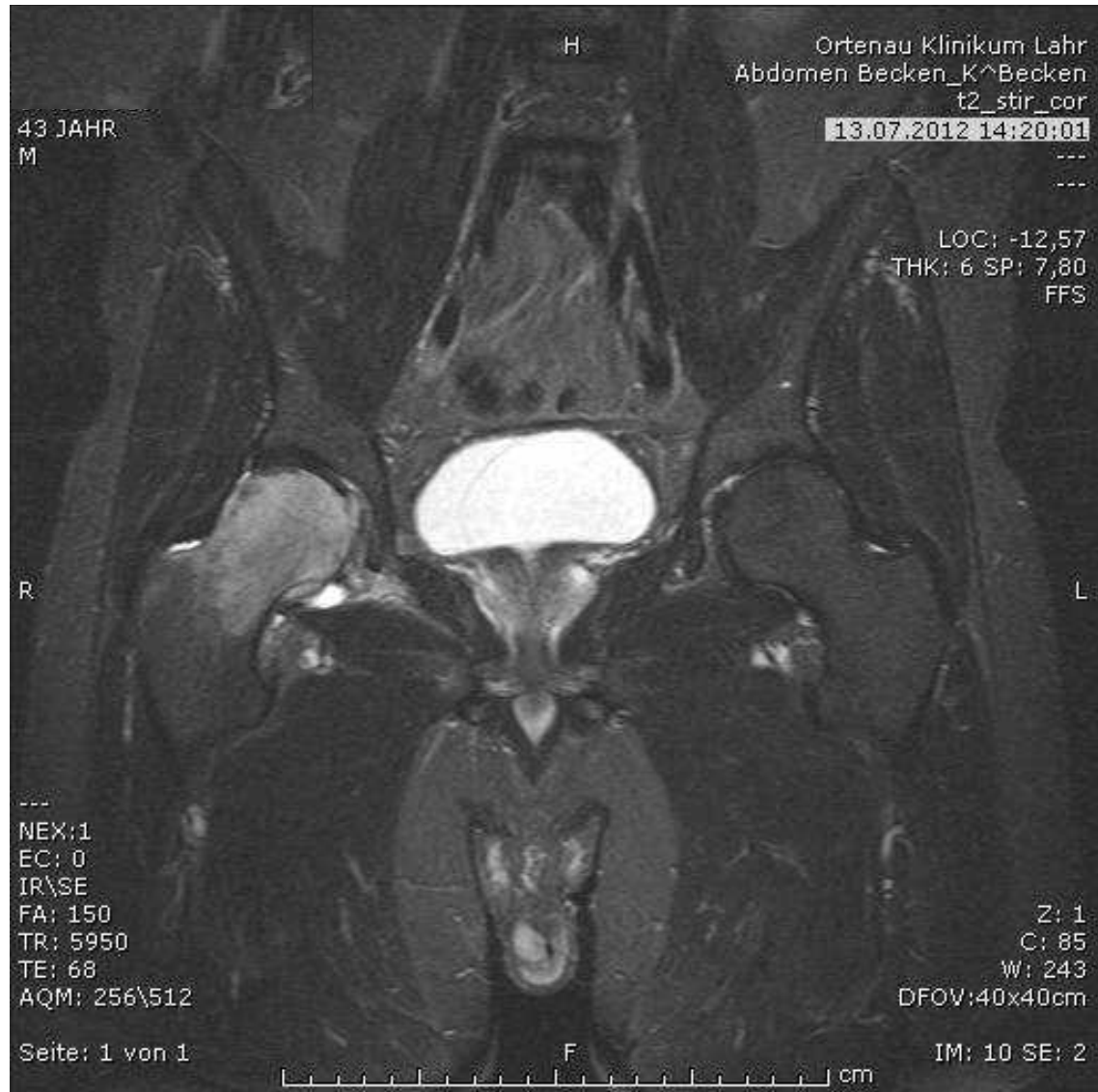
- Mann, 43 Jahre
- akut aufgetretener, invalidisierender Hüftschmerz bei Beugung, Rotation, Belastung
- Vorgeschichte: gesund, gering übergewichtig, Nichtraucher, Alkohol normal, wenig Sport, kein Trauma

- Bewegungsschmerz in jeder Ebene
- Laborwerte: BSG, CRP, BB, BZ, TAA, AP, Krea., TSH normal, Chol. 215...
- Sono: o.B., kein Gelenkerguss
- Röntgen o.p.B., keine Arthrose





T1 SE



T2 STIR



T2 STIR

**Diagnose:**  
**Transientes**  
**Knochenmarködemsyndrom**

# TRANSIENTES KNOCHENMARKÖDEMSYNDROM

- M, mittleres Lebensalter, selten Frauen
- häufig idiopathisch
- Sekundär: Schwangerschaft, 3. Trimenon und Stillperiode, cave LWS  
Kompressionsfrakturen; CRPS;  
traumatisch: bone bruise

# TRANSIENTES KNOCHENMARKÖDEMSYNDROM

- Therapie: Entlastung, NSAR und Analgetika, Physiotherapie (Bewegungseinschränkung, Muskelabbau)
- vielleicht: Bisphosphonate und Rankl, auch off-label: Prostacyclin und-analoga (nur Fallberichte)
- nein: Calcitonin und Steroide, Chirurgie
- Verlauf: spontane Rückbildung 4 Wochen - 6 (selten 18) Monate
- Bruder: Vitamin D substituiert

# Spondyloarthritis

Axiale SpA; periphere SpA

# prädominant periphere SpA

- Arthritis
- Enthesitis
- Daktylitis
- Uveitis 30-40%
- Colitis/CED bis zu 60% asympt., 10% CED
- Psoriasis



# axiale SpA

Deutschland: 0,3-0,5% der Bevölkerung

- nicht-röntgenologische (nr-axSpA) m:f 1:1
- klassische SpA m:f 2:1
- Diagnoseverzögerung m: 5-7 J. f: 14 J.
- Beginn 2.-3. Lebensjahrzehnt, 1/3 schwer (ankylierender Verlauf)

# Diagnostik-klinisch

- chronischer Rückenschmerz  
(12Wochen)
- in der Regel glutaeeal, lumbaler Schmerz
- entzündlicher Schmerzcharakter 75%
- Menell-Test

# Entzündlicher Rückenschmerz

- Morgensteifigkeit >30 Minuten
- Aufwachen in der 2. Nachthälfte
- Besserung durch Bewegung, NICHT durch Ruhe
- schleichender Beginn
- Alter bei Beginn < 45 Jahre

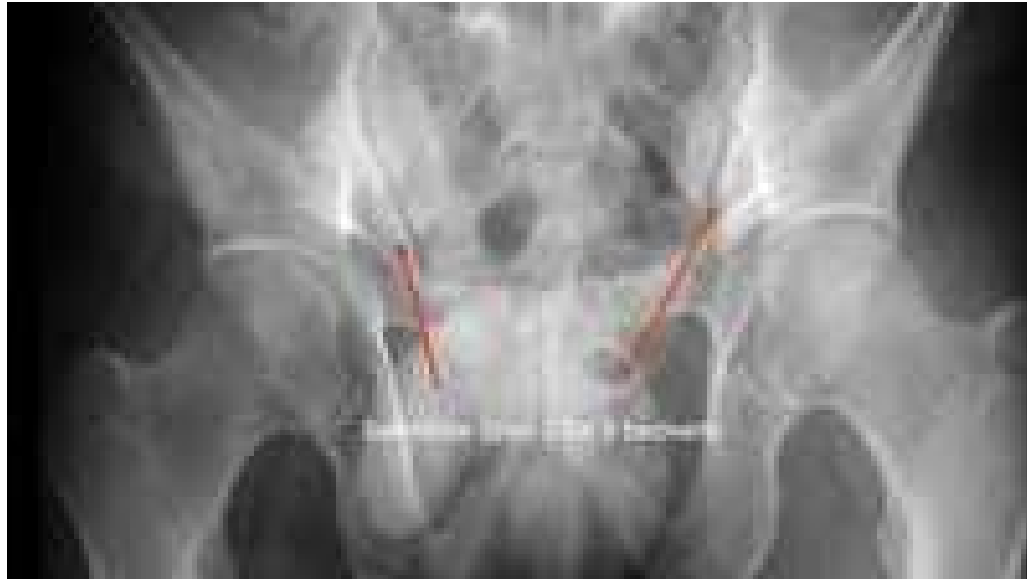
# Diagnostik

- Sono: nein
- Knochenszintigramm: nein  
(Summationseffekte, unspezifisch)
- CT: Erosionen, Ankylose, keine Entzündung

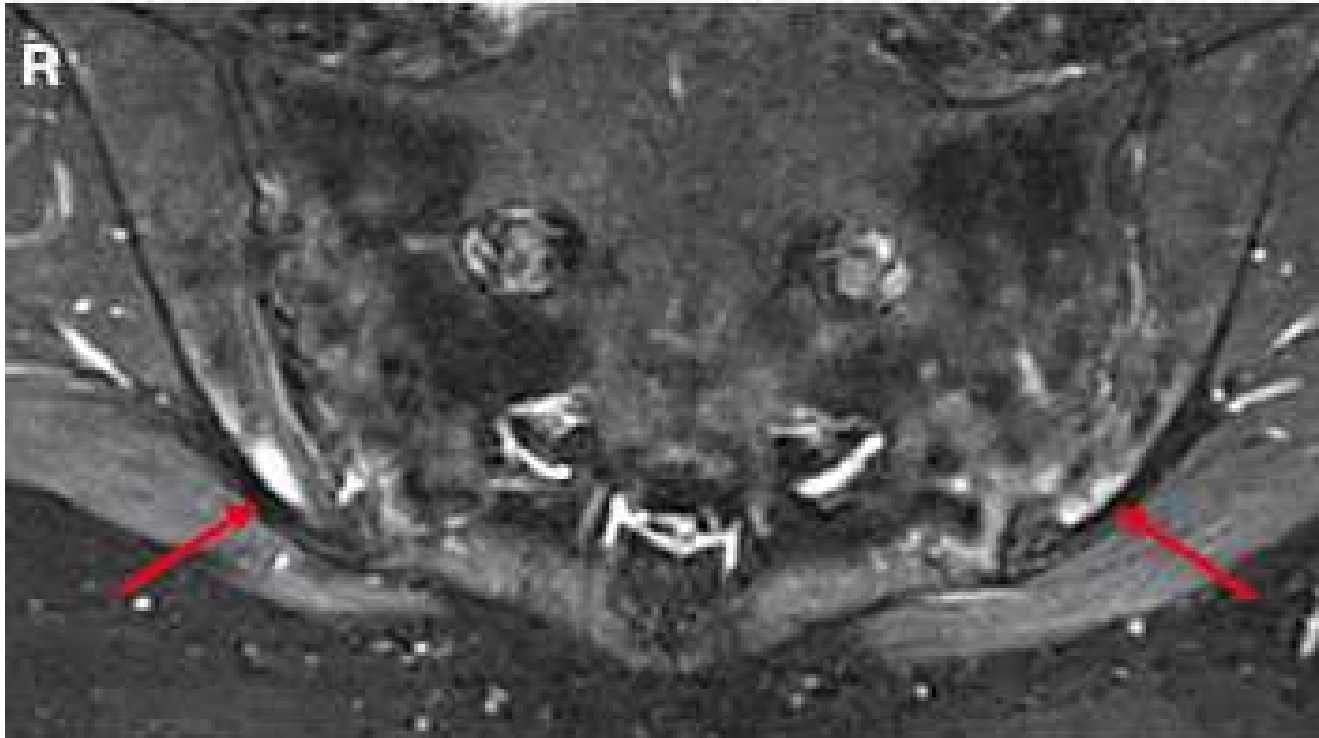
# Diagnostik

- Labor BSG, CRP, HLA B27
- Rö: Subchondrale Sklerose, Usur, Gelenkspaltverschmälerung, Knochenbrücken, Ankylose,
- MRT: T2 fett-supprimiert, mit short tau inversion recovery (STIR) oder T1 fettsupprimiert mit Gadulium; koron. SF
- subchondr. Knochenmarködem, Synovitis Enthesitis, Kapsulitis, Fettablagerung

# Diagnostik-radiologisch



# Diagnostik-radiologisch

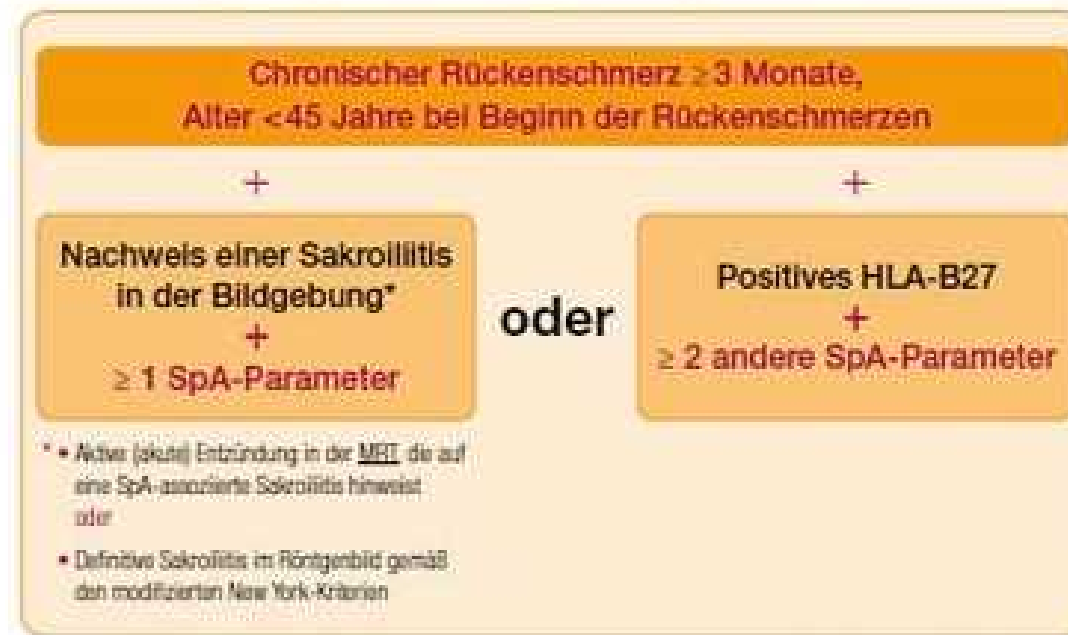




Linksseitige Sacroiliitis; T1 post Gadolinium mit Fatsat



## ASAS-Klassifikationskriterien für die axiale Spondyloarthritis (2009)

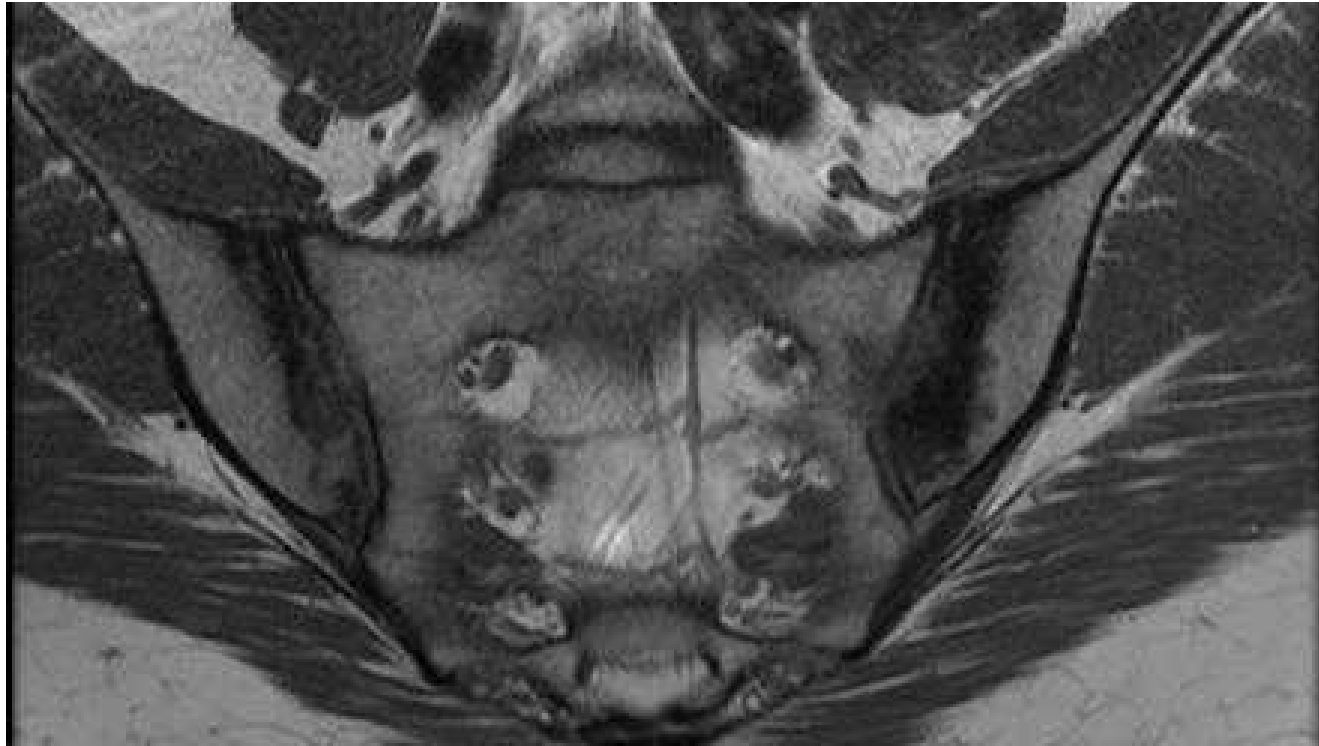


### SpA-Parameter

- Entzündlicher Rückenschmerz
- Periphere Arthritis
- Enthesitis (Ferse)
- Uveitis
- Psoriasis
- M. Crohn/Colitis ulcerosa
- Daktylitis
- Gutes Ansprechen auf NSAR
- Positive Familienanamnese für SpA
- Positives HLA-B27
- CRP-Erhöhung

# Differentialdiagnose

- degenerative Veränderungen Osteitis condensans ilii, Arthrose
- septische, tuberkulöse Sacroileitis
- DISH (diffuse idiopathische Skeletthyperostose)
- SAPHO, M. Paget, M. Behcet, PsA



**Osteitis condensans**



**Osteitis condensans**

# Therapie der SpA

- Physio (in der Gruppe), Schulung, Reha
- Ansprechen auf konv. NSAR/Coxibe, krankheitsmodifizierend, Reduktion der radiologischen Progression, NNT 2-3
- TNF-alpha blockierende DMARDs, pathophysiologisch, Reduktion Schmerz, Steifigkeit, Verbesserung Knochendichte, aber: Progression
- lokale Injektionen, keine Steroide, SSA bei periph.

# Polymyalgia rheumatica

- häufige Erkrankung des höheren Alters  
Ü50
- 2-3 F/M; Gipfel 70-80
- weiß, nördliche Halbkugel
- genetische Faktoren, infektiöse Trigger  
?
- Vaskulitis/Arteriitis; assoziiert RZA

# PMR-Klinik

- Akut - subakuter Beginn
- bilaterale Schu-Nacken **und/oder Hüftschmerzen**
- ausgeprägte Morgensteifigkeit >45 Min.
- Bewegungseinschränkung
- CTS, periphere Arthritis (Hand, Knie), RS3PE
- B-Symptome: AZ, Fieber, Appetit, Gewichtsverlust

# PMR-Diagnostik

- BSG, CRP, keine CCP-AK, keine anca, RF und ANA unspezifisch, IL 6
- Sono: bilaterale Bursitis subacromialis-deltaidea, Tenosynovitis bicipitis, Synovitis
- MRT: HWS- Bursitis zw. Processi spinosi
- PET: Schultern, Hüften, Vasculitis Aae subcl.



# PMR-DD

- LORA/EORA: AK, Erosionen, Verlauf
- RZA: temporale Kopfschmerzen, Claudikatio Kaufmuskulatur, Ulcera, Amaurosis fugax
- Chondrocalcinose
- Polymyositis: Leitsymptom Schwäche, CK, EMG
- Malignome, chronische Infektionen

# PMR-Therapie

- 15-25mg Prednisolon, mindestens 1-(2)Jahre; evt. 0.2mg/kg/KG
- langsame Reduktion, Monitoring CRP, BSG
- keine Steroidstöße bei relapse
- low dose MTX bei hohem Steroidbedarf
- Osteoporoseprophylaxe, BZ, RR

# Coxarthrits

- Kinder: Coxitis fugax (Hüftschnupfen), Juvenile Idiopathische Arthritis, enthesitis-oligoartikulär (meist Knie- o. SG)
- septische Arthritis (Immunsuppression), TB bei BCG
- Rheumatoide Arthritis, PsoArthritis
- reaktive Arthritis (HWI/Gastrointestinal)
- Borrelien: i.d.R. Gonarthrits, cave LTT, Pkt./PCR

# Coxarthrits-DD

- Coxarthrose
- Chondrocalcinose: Ca-PyroPh-Dihydrat-Kristalle, basisches Ca-Phosphat
- Villonoduläre Synovitis, Hämatome



und zum Schluss...

...wer morgens ohne Schmerzen  
aufwacht und nicht steif ist, hat  
vermutlich kein „Rheuma“