

Druckschmerz in Hüfte und Oberschenkel

62-jähriger geht zum „falschen“ Facharzt

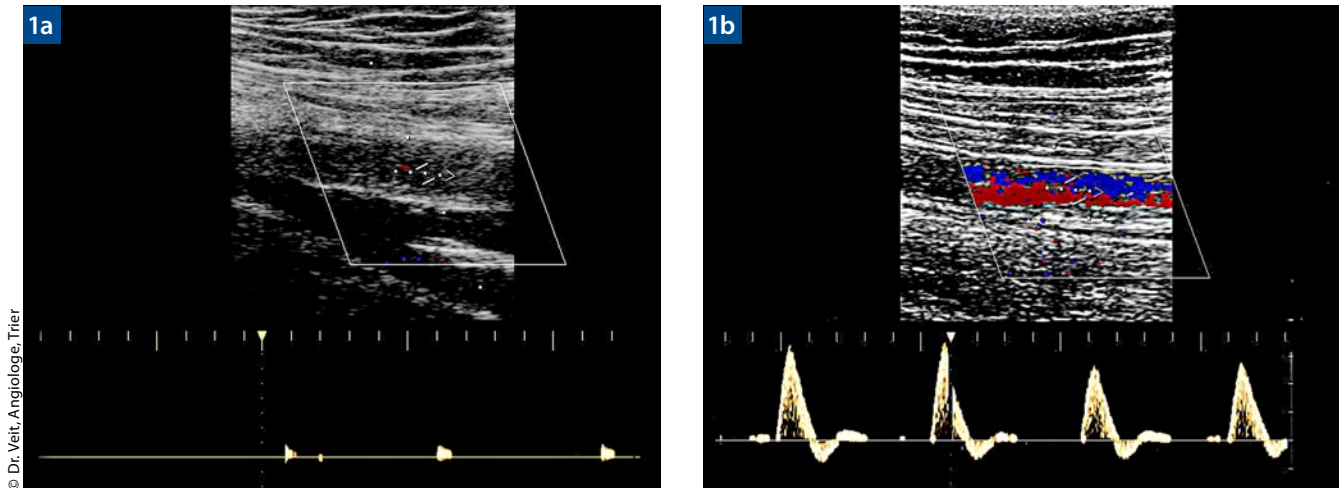


Abb. 1: Duplex-Sonografie der linken Arteria femoralis superficialis mit langstreckigem Verschluss (a). Rechts (b) unauffälliger Befund.

Anamnese

Am 23. Januar 2014 stellte sich der damals 62-jährige Patient mit Beschwerden im linken Bein vor. Er berichtete, dass die Symptome seit dem 12. Januar 2014 bestünden. Sie seien plötzlich beim Spazierengehen aufgetreten. Die Gehstrecke sei seitdem verkürzt. Er leide jetzt auch unter Ruheschmerzen. Ein Unfall habe nicht stattgefunden. Anfangs seien die Schmerzen im Unterschenkelbereich lokalisiert gewesen, inzwischen besonders im Oberschenkel.

Körperliche Untersuchung

Hüfte: eingeschränkte Beweglichkeit der Hüftgelenke. Die Innenrotation war links wie rechts um rund 75 % gemindert. Die Außenrotation war beidseits um ein Drittel eingeschränkt. Sehr massive Druckdolenzen im Bereich des linken Oberschenkels.

LWS: Druckschmerz über den Dornfortsätzen der unteren LWS, nicht aber über den Iliosakralgelenken. Keine Blockierung. Zeichen nach Lasègue und Bragard beidseits negativ. Keine dermatomspezifischen Sensibilitätsstörungen. Vegetativum o.B.

Röntgenbefunde

LWS in zwei Ebenen: a.p. Geradstellung, seitlich leichte Steilstellung der LWS. Verkalkungsstrukturen in Projektion auf die Bauchorta. Osteochondrose der beiden unteren LWS-Segmente. Spondylarthrose. Kein Anhalt für frische Wirbelfraktur.

Beckenübersicht: Beckengeradstand; beidseits drei Viertel Hüftkopfüberdachung. Gelenkspalte betont im Pfannendachbereich verschmälert, rechts ausgeprägter als links.

Weiteres Vorgehen

Aufgrund der heftigen Schmerzsymptomatik im Bereich des linken Oberschenkels, die orthopädischerseits nicht ausreichend erklärt werden konnte, und wegen der im Röntgenbild erkannten Gefäßverkalkung wurde eine umgehende angiologische Abklärung veranlasst. Hierbei zeigte sich bei der Duplex-Sonografie der Bauchorta und der Becken-Bein-Arterien ein langstreckiger Verschluss der Arteria femoralis superficialis (AFS) mit deutlichen weichen und harten Plaques (Abb. 1a) Unter der Diagnose schwere pAVK Stadium III links

bei akutem AFS-Verschluss wurde der Patient stationär eingewiesen.

Im Krankenhaus wurde eine intraarterielle Lysetherapie mit perkutaner transluminaler Angioplastie einer Stenose der AFS links durchgeführt. Bei einer abschließenden angiologischen Kontrolluntersuchung im Dezember 2014 fand sich keine hämodynamisch signifikante AFS-Restenose. In der Belastungsoszillografie zeigte sich ein normaler Pulsanstieg nach Zehenständen.

Fazit

Auch bei kurzfristig aufgetretenen Rücken-/Beinschmerzen sollte an eine mögliche vaskuläre Ursache gedacht und bei klinischem Verdacht eine angiologische Abklärung veranlasst werden. An dieser Stelle möchte ich auf die Bedeutung einer zeitnahen interdisziplinären Zusammenarbeit hinweisen. Unser Patient konnte durch die rasche Kooperation von Orthopäde und Angiologe vor bleibenden Schäden bewahrt werden.

Dr. med. Peter Krapf
Orthopädische Gemeinschaftspraxis Trier