

Adduktorenzerrung? Ewing-Sarkom? Infektion?

## Massiver Hüftschmerz bei Zwölfjährigem

### Vorgeschichte

Am 24. April 2017 stellen die Eltern ihren zwölfjährigen Sohn in einer Klinik vor. Plötzlich und ohne direktes Trauma seien beim Fußballspielen starke Schmerzen in der linken Hüftregion aufgetreten. Bei der klinischen Untersuchung projizieren sich die Schmerzen auf die linksseitigen Adduktoren am Ansatz des *Tuber ischiadicum*. Der erstbetreuende Arzt diagnostiziert eine Adduktorenzerrung links und verordnet eine vierwöchige Sportpause. Am 30.

April 2017 suchen die Eltern mit ihrem Sohn wegen Persistenz der Schmerzen eine andere Klinik auf. Nun berichtet der Junge, die Beschwerden hätten vor zehn Tagen nach einem Sprung beim Fußballspielen eingesetzt. Er habe starke Schmerzen vom Gesäß in den linken Oberschenkel ziehend. Belastung und Adduktion, Flexion sowie Außenrotation der Hüfte waren schmerzhaft, erhebliche Druckschmerzen im Bereich der *Spina iliaca anterior inferior*; humpelndes Gangbild. Es wird die Diagnose Oberschenkelzerrung links gestellt.

Am 1. Juni 2017 kommt der Zwölfjährige wegen unverändert heftiger Beschwerden erstmals in meine Praxis. Der Junge erzählt, dass er beim „Annehmen“ des Fußballs plötzlich Schmerzen in Hüfte und Oberschenkel links verspürt habe.

### Therapie

Am 14. Juni 2017 erfolgte in einer Klinik in Saarlouis die Anbohrung des Pfannendachs mit Probeentnahme und Abstrich. Die histologische Abschlussuntersuchung wurde im Knochen-Referenzzentrum des Universitätsspitals Basel durchgeführt. Als Ursache der Beschwerden und des MRT-Befunds fand sich ein primär entzündliches Geschehen infolge einer Infektion mit *Staphylococcus lugdunensis*, ein Keim, der erstmals 1988 beschrieben wurde. Postoperativ erfolgte für sechs Wochen eine Kontaktbelastung an Unterarmgehstützen, sowie eine Thromboseprophylaxe mit wöchentlicher Thrombozytenkontrolle. Die antibiotische Therapie wurde mit Levofloxacin ( $2 \times 250$  mg/d) durchgeführt.

### Verlauf

Die MRT-Kontrolle am 29. September 2017 zeigte keine pathologischen Signalveränderungen des Acetabulums und des Femurs mehr (**Abb. 2**). Der Junge kann das Bein schmerzfrei belasten. Die linke Hüfte ist in alle Richtungen wieder frei beweglich.

### Fazit

Wenn heftige Schmerzen bei einem jungen Patienten nicht durch ein adäquates Trauma erklärt werden können, ist es vertretbar, bereits zu einem frühen Zeitpunkt der Abklärung eine MRT zu veranlassen. Hilfreich war in diesem Fall die Beratung mit mehreren Klinikkollegen bezüglich des weiteren diagnostischen und therapeutischen Vorgehens. Obwohl die eigentliche Ursache der Hüftschmerzen bei dem jungen Patienten erst sehr verspätet erkannt wurde, kam es glücklicherweise zu einer kompletten Ausheilung.



**Abb. 1:** MRT linke Hüfte vom 7.6.2017: vorwiegend acetabuläres Knochenmarködem, deutlicher Gelenkerguss



**Abb. 2:** MRT linke Hüfte vom 29.9.2017: Die vorbestehenden Veränderungen sind nicht mehr nachweisbar.

### Diagnostik

Druckschmerzhafte linke Hüfte. Die Beweglichkeit war schmerzhaft weitgehend aufgehoben. Laborwerte: Blutsenkung beschleunigt (47 mm), C-reaktives Protein mit 4,5 mg/l und Leukozyten mit  $6.100/\text{mm}^3$  im Normbereich. Die am 7. Juni 2017 durchgeführte Magnetresonanztomografie (MRT) offenbart eine deutliche Pathologie des linken Hüftgelenks mit einem Knochenmarködem, das vorwiegend acetabulär, geringer auch am epiphysären Femurkopf lokalisiert ist; zudem liegt ein deutlicher Gelenkerguss vor (**Abb. 1**).

### Beratung mit Fachkollegen

In Kenntnis des MRT-Befundes habe ich mit Kollegen in mehreren Kliniken Kontakt aufgenommen. Die Verdachtsdiagnosen waren sehr unterschiedlich; sie reichten von einem eitrigen Infekt hin zu einem Ewing-Sarkom. Einigkeit bestand darüber, dass eine invasive Klärung der Art der Pathologie unumgänglich sei. Sogar die Gefahr einer prothetischen Versorgung stand im Raum.

**Dr. med. Peter Krapf**  
Orthopädische Gemeinschaftspraxis Trier