

John J. Wilson, MD, MS ■ Masaru Furukawa, MD, MS

A csípőfájdalom kivizsgálása

Kommentár: Dr. Bálint Géza

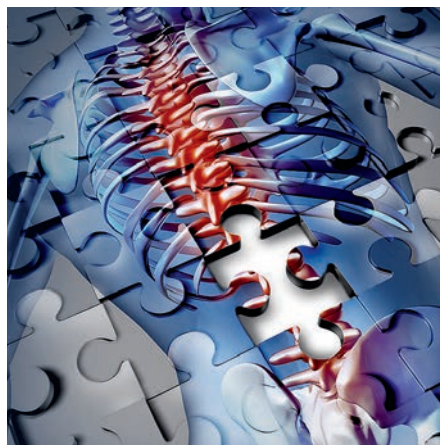
A csípőfájdalom minden életkorban gyakori, sokszor rokkantságot okozó állapot. A csípő elülső részének fájdalmát ízületi elváltozás, pl. oszteoarthritisz vagy a labrum szakadása okozhatja. A hátsó csípőfájdalom piriformis-szindrómához, a szakroiliakális ízület diszfunkciójához, lumbális radikulopátiához, iszkiofemorális elváltozáshoz, vaszkuláris klaudikációhoz kapcsolódhat. Oldalsó csípőfájdalom trochanter major fájdalom szindrómában fordul elő. Ha akut törésre, diszlokációra, fáradásos törésre gyanakszunk, radiológiai vizsgálat végzendő. MR-képkalkotással mutatható ki pl. az okkult traumás törés vagy a combcsont fejének oszteonekrózisa.

Kulcsszavak: ARTRÓZIS (OSZTEOARTRITISZ), ÁTMENETI SZINOVITISZ, FÁRADÁSOS TÖRÉS, FEMUR-ACETABULUM ÜTKÖZÉS, ILIOPSOAS-BURZITISZ, ISZKIOFEMORÁLIS ÜTKÖZÉS, JÁRÁSVIZSGÁLAT, LABRUMSZAKADÁS, LEGG-CALVÉ-PERTHES-BETEGSÉG, OKKULT TÖRÉS, OSZTEONEKRÓZIS, PIRIFORMIS-SZINDRÓMA, SZEPTIKUS ARTRITISZ, TROCHANTER MAJOR FÁJDALOM SZINDRÓMA

A családorvosnál gyakran jelentkeznek csípőfájdalmat panaszoló betegek, fiatalok és idősek egyaránt. Egy vizsgálatban a 60 éves és idősebb felnőttek 14,3%-a számolt be arról, hogy az előző 6 hét legtöbb napján erős csípőfájdalma volt.¹ A csípőfájdalom sokszor nehéz diagnosztikus és terápiás feladatot jelent. Differenciáldiagnózisában számos lehetőségre kell gondolni – mind intra-, mind extraartikuláris elváltozásokra –, s az életkort is tekintetbe kell venni. A csípőfájdalom okának pontos diagnózisához elengedhetetlen a kórtörténet ismerete és a fizikális vizsgálat.

Anatómiai viszonyok

A csípőízület gömbízület, amely lehetővé teszi a combcsont sokirányú mozgását, miközben a felső testfél súlyát az alsóra viszi át. Az acetabulum peremén található rostos porcszövet



ILLUSZTRÁCIÓ: SHUTTERSTOCK

(labrum) kimélyíti az ízvápát, stabilabbá teszi a combcsont és az acetabulum ízesülését. Az ízületi felszíneket borító hialinos porc szétteríti az ízületre nehezedő nyomást és nyíróerőket az ízület megterhelésekor és a csípő mozgásakor. A csípőt beidegző fő idegek a lumboszakrális régióban erednek, ami megnehezíti a primer csípőfájdalom és a lumbális ideggyöki fájdalom elkülönítését.

A csípőízület mozgásterjedelmét csak a vállízületé múlja felül, a nagy mozgásterjedelmet a csípő körüli sok izom teszi lehetővé. A hajlítói-izmok közé tartozik a m. iliopsoas, a m. rectus femoris, a m. pectineus és a m. sartorius. A csípőízület megfeszítéséért a m. gluteus maximus és az extenzor izomcsoportok felelősek. A trochanter major körüli kisebb izmok – m. gluteus medius és minimus, m. piriformis, m. obturator externus és internus, m. quadratus femoris – az abdukcióban, az addukcióban, a kifelé és befelé rotációban játszanak szerepet.

Az éretlen csontvázú személyek medencéje és combcsontja számos olyan növekedési centrumot tartalmaz, amely megsérülhet. A csípőtájékon az apofizeális sérülés potenciális helyei az ischium, a felső csípőtövis (spina iliaca anterior superior), az alsó csípőtövis (spina iliaca anterior inferior), a csípőcsont taréja, valamint a trochanter major és minor. A felső csípőtövis apofízise válik a legkésőbb éretté, egészen 25 éves korig hajlamos a sérülésre.²

A csípőfájdalom kivizsgálása

Kórtörténet

Az életkor önmagában is szűkítheti a csípőfájdalom differenciáldiagnózisát. A prepubertás és a pubertás során a femuroacetabuláris ízület veleszületett deformitásai, avulziós törések, apofízis- vagy epifízissérülések jöhetnek szóba. Az érett csontvázú személyek csípőfájdalmát gyakran az izmok és inak



túleröltetése, az ízületi szalagok rándulása, zúzódás vagy burzitisz okozza. Az idősebbek esetében elsőként degeneratív artrózisra (oszteoarthritis) és törésre kell gondolni.

A csípőfájdalommal jelentkező beteget ki kell kérdezni a megelőző traumáról vagy a fájdalomért felelős tehető tevékenységekről; meg kell kérdezni, hogy milyen tényezők növelik vagy csökkentik a fájdalmat; hogyan történt az esetleges sérülés; és hogy mikor kezdődött a fájdalom. Hasznosak lehetnek a csípőízület funkciójára vonatkozó kérdések, pl. hogy a betegnek nehezebbé esik-e beülni az autóba vagy kiszállni abból, vannak-e nehézségei cipő felhúzásakor vagy lépcsőn járás közben.³

Informatív a fájdalom helye is, mivel a csípőfájdalom gyakran három anatómiai régió valamelyikére lokalizálódik: a csípő elülső részére és az ágyékra, a csípő hátsó részére és a farpofára, vagy a csípő oldalára.

Fizikális vizsgálat

A csípő vizsgálatának ki kell terjednie a csípő, a hát, a has, valamint az ér- és idegrendszer vizsgálatára. Elsőként a járást kell elemezni és az állást megfigyelni (1. ábra), majd meg kell vizsgálni a beteget ülő, hanyatt fekvő, oldalán fekvő és hason fekvő helyzetben is (2–6. ábra). A csípőfájdalom kivizsgálására szolgáló fizikális tesztek az 1. táblázat foglalja össze.

1. ábra. A járás vizsgálata. (a) C-jel: a betegek gyakran úgy mutatják meg a fájdalom helyét, hogy csípőjük anterolaterális részét hüvelyk- és mutatóujjuk közé fogják, két ujjukkal C alakot formálva. (b) Járáselemzés: megfigyeljük, hogyan sétál a beteg, figyelmet fordítva a sántításra vagy az antalgias tartásra. (c) Módosított Trendelenburg-teszt (egyláb-fázis teszt): a beteg úgy áll, hogy lábai a vállakkal egyvonalon vannak, és egyik lábát fölemeli – a vizsgáló megfigyeli, hogy a megemelt láb oldalán lejjebb ereszkedik-e a csípőtaréj

Képkeltetés

Radiológiai vizsgálat. El kell végezni a csípő radiológiai vizsgálatát, ha fennáll az akut törés, a diszlokáció vagy a fáradásos törés gyanúja. A kezdeti egyszerű röntgenvizsgá-

1. táblázat. Fizikális vizsgálati tesztek csípőfájdalom esetén

Teszt (másik neve)	Testhelyzet	Pozitív tünetek	Differenciáldiagnózis
Járásvizsgálat (C-jel, 1.a ábra; járáselemzés, 1.b ábra)	Álló	Antalgias járás, Trendelenburg-járás, „pelvic wink” (több mint 40 fokos rotáció az axiális síkban az érintett medence irányába a csípő maximális extenziójakor), a bokák nagyfokú pronációja vagy szupinációja, sántítás a lábszárak eltérő hossza miatt	Labrumszakadás, átmeneti szinovitisz, Legg–Calvé–Perthes-betegség, SCFE
Módosított Trendelenburg-teszt, 1.c ábra (egyláb-fázis teszt)	Álló	A csípőtaréj 2 cm-es süllyedése, ami az ellenoldali gyengeség jele	Labrumszakadás, átmeneti szinovitisz, Legg–Calvé–Perthes-betegség, SCFE
Mozgásterjedelem vizsgálata (2. ábra)	Hanyatt fekvő, oldalt fekvő vagy ülő	Passzív mozgásterjedelem-vizsgálatban fájdalom, korlátozott mozgásterjedelem	Passzív mozgásterjedelem-vizsgálatban fájdalom: átmeneti szinovitisz, szzeptikus artritisz Korlátozott mozgásterjedelem: szabadtestek az ízületben, porcléziók, artrózis (oszteoarthritisz), Legg–Calvé–Perthes-betegség, oszteonekrózis
FABER teszt, 3. ábra (Patrick-teszt)	Hanyatt fekvő	Hátsó fájdalom, amely a szakroiliakális ízületre, a lumbális gerincre vagy a csípő hátsó részére lokalizálódik; a lágyéki fájdalom intraartikuláris elváltozásra utal	Labrumszakadás, szabadtestek az ízületben, femur-acetabulum ütközés, artrózis (oszteoarthritisz), szakroiliakális ízületi diszfunkció, iliopsoas-burzitisz
FADIR teszt, 4. ábra (impingement teszt)	Hanyatt fekvő	Fájdalom	Labrumszakadás, szabadtestek az ízületben, porclézió, femur-acetabulum ütközés
Log roll teszt, 5. ábra (passzív rotáció hanyatt fekvésben, Freiberg-teszt)	Hanyatt fekvő	Korlátozott mozgás, fájdalom	Piriformis-szindróma, SCFE
Kinyújtott láb felemelése ellenállással szemben, 6. ábra (Stinchfield-teszt)	Hanyatt fekvő	Gyengeség ellenállással szemben, fájdalom	Sportolók pubalgiaja (sportsérv), SCFE
Ober-teszt (passzív addukció)	Oldalfekvés	Középvonalon túli passzív addukció nem lehetséges	Külső roppanó csípő, trochanter major fájdalom szindróma

FABER: flexió, abdukció, kifelé rotáció; FADIR: flexió, addukció, befelé rotáció; SCFE (slipped capital femoral epiphysis): epiphyseolysis capitis femoris

lat során anterolaterális irányú képet kell készíteni a medencéről, és „békaláb” tartásban oldalirányú felvételt az érintett csípőről.⁴

MR-képkeltés, MR-artrográfia.

A hagyományos MRI kimutathatja a csípő sokféle lágyrész-rendellenességét, és ezt a módszert kell választani akkor, ha az egyszerű röntgenvizsgálat a tartós fájdalom ellenére nem jelez elváltozást.⁵ A hagyományos MRI 30%-os szenzitivitással és 36%-os pontossággal mutatja ki a labrum szakadásait, míg az MR-artrográfia

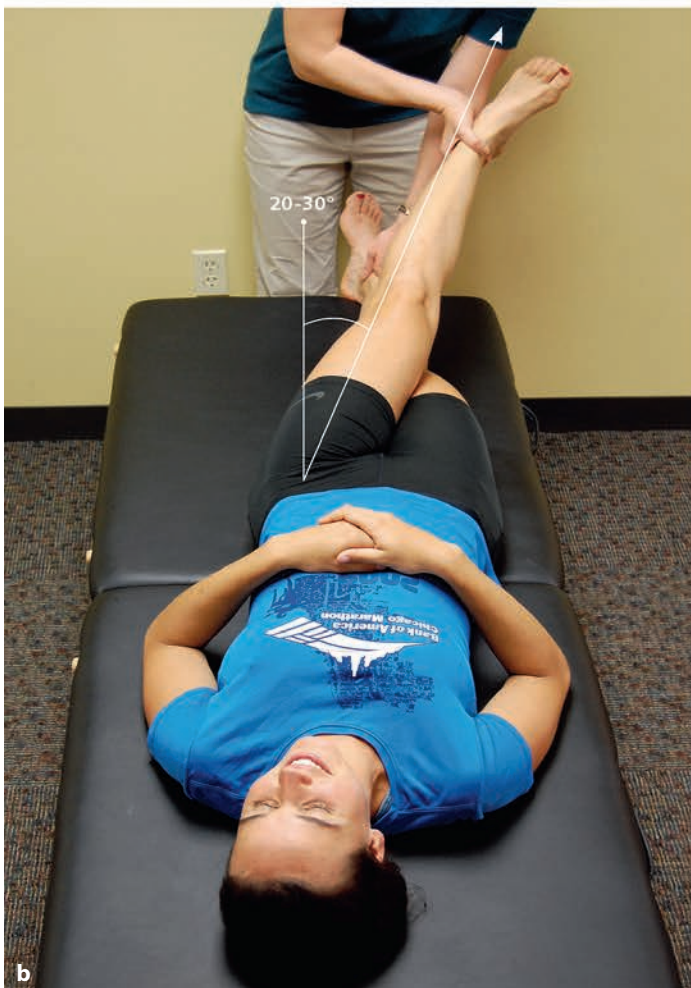
ezen a téren sokkal megbízhatóbb: 90%-os szenzitivitást és 91%-os pontosságot biztosít.^{6,7}

Ultrahangvizsgálat. Ultrahanggal jól vizsgálhatók az inak, igazolható a gyanított burzitisz, azonosíthatók az ízületi folyadékgyülemek és a csípőfájdalom funkcionális okai.⁸ Különösen hasznos segédeszköz az ultrahang a csípő körüli injekciózások és aspirációk képkeltéssel segített végrehajtásában.⁹ Legjobb, ha a diagnosztikus vizsgálatot tapasztalt ultrahangos orvos végzi el, de megfelelő

képzés után kevésbé tapasztalt szakember is hasonló megbízhatósággal állítja fel a diagnózist.^{10,11}

Az elülső csípőfájdalom differenciáldiagnózisa

A csípő elülső részének és az ágyéknak a fájdalma a csípőízület érintettségére utal. A betegek úgy mutatják meg a fájdalom helyét, hogy csípőjük anterolaterális részét a hüvelykujjuk és a mutatóujjuk közé fogják, két ujjukkal C betűt formálva (C-jel, 1.a ábra).



2. ábra. A csípő mozgásterjedelmének vizsgálata (a képeken a normális mozgásterjedelem látható): (a) abdukció; (b) addukció; (c) extenzió; (d) befelé és kifelé rotáció

Artrózis

Ha egy idősebb személy mozgása korlátozott, és a tünetek fokozatosan alakultak ki, az artrózis (oszteoarthritis) a legvalószínűbb diagnózis. A betegek állandó, mély fájdalmat és ízületi merevséget éreznek, ez állaskor és megterheléskor romlik. A vizsgálat kimutatja a mozgásterjedelem csökkenését és azt, hogy a csípő mozgathatóságának határait elérve gyakran fájdalom jelentkezik. Az egyszerű röntgenfelvételen látszik az ízületi rés aszimmetrikus beszűkülése, az oszteofitózis, a szubkondrális szklerózis és cisztaképződés.¹²

Femur-acetabulum ütközés

A femur-acetabulum ütközés gyakran fiatal és fizikailag aktív személyeket érint. A beteg alattomosán kezdődő fájdalomról számol be, amely ülés, ülésből való felállás, kocsiból ki- és kocsiba beszállás, előrehajlás hatására fokozódik.¹³ A fájdalom elsősorban az ágyékra lokalizálódik, de időnként kisugározhat a csípő oldala és a comb elülső része felé.¹⁴ Az állapot kimutatására a FABER teszt (flexió, abdukció, kifelé rotáció; 3. ábra) szenzitivitása 96–99%. Szintén jól használható a FADIR teszt (flexió, addukció,

befelé rotáció; 4. ábra), a log roll teszt (5. ábra) és a kinyújtott láb felemelése ellenállással szemben (6. ábra), amelyek szenzitivitása rendre 88%, 56% és 30%.^{14,15} Az anteroposterior és az oldalirányú röntgenfelvétel mellett Dunn-nézetből is röntgenfelvételt kell készíteni az enyhébb elváltozások kimutatására.¹⁶

Labrumszakadás

A csípő labrumszakadása tompa vagy éles ágyéki fájdalmat okoz, amely az esetek felében kisugárzik a csípő oldalra, a comb elülső része és a farpofa felé. A fájdalom rendszerint alattomosan kezdődik, de traumát követően akut kezdetű lehet. A betegek mintegy felének mechanikus tünetei is vannak, pl. aktivitás során fájdalmas kattánás.¹⁷ A FADIR és a FABER tesztek hatékonyan, bár nem nagy specificitással mutatják ki az intraartikuláris elváltozást (a FADIR szenzitivitása 75–96%, a FABER-é 88%).^{14,15,18} Labrumszakadás gyanúja esetén az MR-artrográfia

a választandó diagnosztikus teszt.^{6,19} Ha nem áll fenn ilyen gyanú, elsőként kevésbé invazív képalkotó vizsgálat mellett döntünk; ez lehet egyszerű röntgenvizsgálat vagy hagyományos MRI, amelyekkel kizárhatók az ágyék- és csípőfájdalom egyéb okai.

Iliopsoas-burzitisz

A betegek elülső csípőfájdalmat éreznek, amikor behajlított csípőízületüket kinyújtják, s ezt gyakran kíséri a csípő intermittáló roppanása, patogása.²⁰ A dinamikus, valós idejű ultrahangvizsgálat különösen hasznos a roppanó csípő különböző formáinak kivizsgálásában.⁸

Okkult vagy fáradásos törés

A csípő okkult vagy fáradásos törésére kell gondolni, ha trauma érte a beteget vagy ismételten megterhelte a csípőjét, még akkor is, ha az egyszerű röntgenfelvétel negatív.²¹ Klinikailag ezek a hatások a csípő elülső részén vagy lágyéktájon mozgásra

3. ábra. A FABER teszt (flexió, abdukció, kifelé rotáció; Patrick-teszt): a vizsgáló a lábat 45 fokban flektálja, majd (a) kifelé rotálja és (b) abdukálja úgy, hogy a boka az ellenoldali térd fölé kerül



4. ábra. A FADIR teszt (flexió, addukció, befelé rotáció; impingement teszt): a vizsgáló a lábat passzívan (a) teljesen flektálja, majd (b) addukálja és befelé rotálja

súlyosbodó fájdalmat okoznak.²¹ Fájdalmat kelthet, ha a beteg az ízület mozgásterjedelmének határához ér, ha aktívan fölemeli kinyújtott lábát, s fájdalommal járhat a log roll teszt és az ugrálás is.²² MRI-vel jól kimutathatók azok az okkult traumás és fáradásos törések, amelyek az egyszerű röntgenfelvételen nem látszanak.²³

Átmeneti szinovitisz és szeptikus artritisz

Az akutan kezdődő atraumatikus elülső csípőfájdalom csökkenti a teherviselési képességet, s felveti az átmeneti szinovitisz és a szeptikus artritisz gyanúját. A felnőttek szeptikus artritizének kockázati tényezői a 80 évesnél idősebb kor, a diabetes mellitus, a reumatoid artritisz, a nemrég elvégzett ízületi műtét és a csípő- vagy térdízületi protézis.²⁴ A szeptikus artritisz kockázatának felmérésére lázat kell mérni, teljes vérképet kell készíttetni, meg kell határozni a vörösvérsejt-sülyyedést és a C-reaktív protein szintjét.^{25,26} Az MRI jól alkalmazható a szeptikus artritisz és az átmeneti szinovitisz



elkülönítésére.^{27,28} Ha szeptikus ízületre gyanakszunk, ajánlatos képalkotás (fluoroszkópia, CT vagy ultrahang) mellett csípőaspirációt végezni.²⁹

Oszteonekrózis

A Legg–Calvé–Perthes-betegség a combcsont fejének idiopátiás oszteonekrózisa, amely 2–12 éves korban alakul ki, az érintett férfiak és nők aránya 4:1.⁴ Felnőttkorban az oszteonekrózis kockázati tényezői

a szisztémás lupus erythematosus, a sarlósejtes anémia, a HIV-fertőzés, a dohányzás, az alkoholbetegség és a kortikoszteroidhasználat.^{30,31} A jellegzetes tünet a fájdalom, amely rendszerint alattomosan kezdődik. A mozgásterjedelem kezdetben megtartott, de a betegség előrehaladásával korlátozottá válhat.³² A combcsontfej oszteonekrózisa esetén mind a diagnózisban, mind a prognózisban jó szolgálatot tesz az MRI.^{30,33}

Főbb gyakorlati ajánlások és evidenciaszintjük

Ajánlás	Szint	Hivatkozás
A csípő kezdeti egyszerű röntgenvizsgálata során egyrészt a medencéről kell anteroposterior irányú képet készíteni, másrészt az érintett csípőről laterális nézetből, „békacomb” tartásban	C	4
Az okkult csípőtöréseket, a fáradásos töréseket és a combcsont fejének oszteonekrózisát MRI-vel igazoljuk	C	23, 30, 33
A labrumszakadás választandó diagnosztikus tesztje az MR-artrográfia	C	6, 19
Az ultrahangvizsgálat hasznos diagnosztikus eszköz, ha burzitisz, ízületi folyadékgyülem vagy funkcionális okú csípőfájdalom (pl. ropogó ízület) gyanítható; jó szolgálatot tesz a képalkotás melletti injekciózásban és aspirációban is	C	8, 9

A: kifogástalan minőségű betegközpontú vizsgálatok egybehangzó eredményei; B: nem kifogástalan minőségű vagy nem egybehangzó betegközpontú vizsgálatok eredményei; C: szakmai konszenzus, betegségközpontú vizsgálatok eredményei, általános gyakorlat vagy esetsorozat

5. ábra. A log roll teszt (hanyatt fekvésben passzív rotáció; Freiberg-teszt): a vizsgálatkor a beteg kinyújtott, relaxált lábszárát a vizsgáló befelé és kifelé rotálja (log roll)

A csípő hátsó része és a farpofa fájdalmának differenciáldiagnózisa

Piriformis-szindróma és iszkiofemorális ütközés

A piriformis-szindróma a farpofa fájdalmát okozza, amely üléskor és járáskor fokozódik; a n. ischiadicus kompressziója miatt a fájdalom az esetek egy részében kisugározhat a comb hátsó részére.^{34,35} A log roll tesztben fellépő fájdalom az állapot legszenzitívbb mutatója, de segítheti a diagnózis felállítását az is, ha az incisura ischiadica megtapintására érzékenységet jelez a beteg.³⁵

Az iszkiofemorális ütközés nehezebben érhető állapot. Nem specifikus farpofafájdalommal járhat, ami kisugárzik a comb hátsó részére.^{36,37} Ezt vélhetően az okozza, hogy a m. quadratus femoris beszorul a trochanter minor és az ischium közé.

Szemben a porckorongsérvt okozta isiásszal, a piriformis-szindrómát és az iszkiofemorális ütközést a csípő ak-



tív rotációja súlyosbítja. Az MRI igen hasznos ezeknek az állapotoknak a felismerésében.³⁸

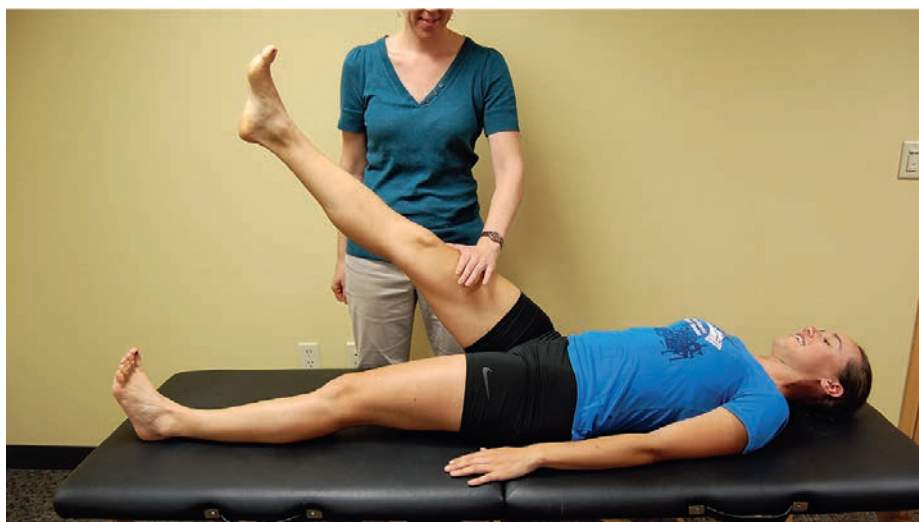
Egyéb

A hátsó csípőfájdalmat okozhatja a szakroiliakális diszfunkció³⁹ lumbális radikulopátia⁴⁰ és vaszkuláris klaudikáció.⁴¹ A sántítás, az ágyéki fájdalom és a csípő korlátozott befelé rotációja a csípő (nem a derék) rendellenességére utal.⁴²

Az oldalsó csípőfájdalom differenciáldiagnózisa

Trochanter major fájdalom szindróma

Az oldalsó csípőfájdalom az általános népesség 10–25%-át érinti.⁴³ A trochanter major fájdalom szindróma elnevezés arra utal, hogy a beteg a trochanter major felett érzi a fájdalmat. A csípő oldalsó részének számos rendellenessége okozhatja ezt, pl. az iliotibiális köteg megvastagodása, burzitisz vagy a m. gluteus medius és minimus tapadásánál keletkező szakadások.^{43–45} A betegek reggel enyhe merevséget érezhetnek, esetleg nem tudnak az érintett oldalukon aludni. A m. gluteus minimus és medius sérülései – részleges vagy teljes szakadásai – a csípő oldalsó-hátulsó részén



6. ábra. Kinyújtott láb felemelése ellenállással szemben (Stinchfield-teszt): a beteg kinyújtott lábát 45 fokig fölemeli, miközben a vizsgáló lefelé nyomja a combját

okoznak fájdalmat. A tünetek legtöbbször alattomosan kezdődnek az ismétlődő használat miatt.^{43,45,46}

Az adatok forrása. A szerzők a csípő patológiájával foglalkozó közleményeket kerestek az American Family Physician közleményeiben és azok irodalomjegyzékében. Keresést folytattak az Agency for Healthcare Research and Quality Evidence Reports, a Clinical Evidence, az Institute for Clinical Systems Improvement, a U.S. Preventive Services Task Force irányelvei, a National Guideline Clearinghouse és az UpToDate adatbázisokban, valamint a PubMed-ben; ez utóbbiban a következő keresőkifejezésekkel: greater trochanteric pain syndrome, hip pain physical examination, imaging femoral hip stress fractures, imaging hip labral tear, imaging osteomyelitis, ischiofemoral impingement syndrome, meralgia paresthetica review, MRI arthrogram hip labrum, septic arthritis systematic review, ultrasound hip pain. A keresések időpontja: 2011. március és április, 2013. augusztus 15.

Köszönetnyilvánítás. A szerzők köszönetet mondanak az ábrákon látható vizsgálónak és betegnek: Kristen Prewittnek, illetve Grace Trabulsinak.

EVALUATION OF THE PATIENT WITH HIP PAIN

• VOL 89 / NO 1 / JANUARY 1, 2014 / AMERICAN FAMILY PHYSICIAN

Levelezési cím: Wilson@Ortho.wisc.edu.
Különlenyomatot a szerzők nem küldenek.

Irodalom:

- Christmas C, Crespo CJ, Franckowiak SC, et al. How common is hip pain among older adults? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *J Fam Pract* 2002;51(4):345–348
- Rossi F, Dragoni S. Acute avulsion fractures of the pelvis in adolescent competitive athletes. *Skeletal Radiol* 2001;30(3):127–131
- Martin HD, Shears SA, Palmer IJ. Evaluation of the hip. *Sports Med Arthrosc* 2010;18(2):63–75
- Gough-Palmer A, McHugh K. Investigating hip pain in a well child. *BMJ* 2007;334(7605):1216–1217
- Bencardino JT, Palmer WE. Imaging of hip disorders in athletes. *Radiol Clin North Am* 2002;40(2):267–287
- Czerny C, Hofmann S, Neuhold A, et al. Lesions of the acetabular labrum: accuracy of MR imaging and MR arthrography in detection and staging. *Radiology* 1996;200(1):225–230
- Czerny C, Hofmann S, Urban M, et al. MR arthrography of the adult acetabular capsular-labral complex. *AJR Am J Roentgenol* 1999;173(2):345–349
- Deslandes M, Guillin R, Cardinal E, et al. The snapping iliopsoas tendon: new mechanisms using dynamic sonography. *AJR Am J Roentgenol* 2008;190(3):576–581
- Blankenbaker DG, De Smet AA. Hip injuries in athletes. *Radiol Clin North Am* 2010;48(6):1155–1178
- Balint PV, Sturrock RD. Intraobserver repeatability and interobserver reproducibility in musculoskeletal ultrasound imaging measurements. *Clin Exp Rheumatol* 2001;19(1):89–92
- Ramwadhoebe S, Sackers RJ, Uiterwaal CS, et al. Evaluation of a training program for general ultrasound screening for developmental dysplasia of the hip in preventive child health care. *Pediatr Radiol* 2010;40(10):1634–1639
- Altman R, Alarcón G, Appelrouth D, et al. The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hip. *Arthritis Rheum* 1991;34(5):505–514
- Banerjee P, McLean CR. Femoroacetabular impingement. *Curr Rev Musculoskelet Med* 2011;4(1):23–32
- Clohisey JC, Knaus ER, Hunt DM, et al. Clinical presentation of patients with symptomatic anterior hip impingement. *Clin Orthop Relat Res* 2009;467(3):638–644
- Ito K, Leunig M, Ganz R. Histopathologic features of the acetabular labrum in femoroacetabular impingement. *Clin Orthop Relat Res* 2004;429:262–271
- Beall DP, Sweet CF, Martin HD, et al. Imaging findings of femoroacetabular impingement syndrome. *Skeletal Radiol* 2005;34(11):691–701
- Burnett RS, Della Rocca GJ, Prather H, et al. Clinical presentation of patients with tears of the acetabular labrum. *J Bone Joint Surg Am* 2006;88(7):1448–1457
- Leunig M, Werlen S, Ungersböck A, et al. Evaluation of the acetabular labrum by MR arthrography [published correction appears in *J Bone Joint Surg Br* 1997;79(4):693]. *J Bone Joint Surg Br* 1997;79(2):230–234
- Groh MM, Herrera J. A comprehensive review of hip labral tears. *Curr Rev Musculoskelet Med* 2009;2(2):105–117
- Blankenbaker DG, De Smet AA, Keene JS. Sonography of the iliopsoas tendon and injection of the iliopsoas bursa for diagnosis and management of the painful snapping hip. *Skeletal Radiol* 2006;35(8):565–571
- Egol KA, Koval KJ, Kummer F, et al. Stress fractures of the femoral neck. *Clin Orthop Relat Res* 1998;(348):72–78
- Fullerton LR Jr, Snowdy HA. Femoral neck stress fractures. *Am J Sports Med* 1988;16(4):365–377
- Newberg AH, Newman JS. Imaging the painful hip. *Clin Orthop Relat Res* 2003;406:19–28
- Margaretten ME, Kohlwe J, Moore D, et al. Does this adult patient have septic arthritis? *JAMA* 2007;297(13):1478–1488
- Eich GF, Superti-Furga A, Umbricht FS, et al. The painful hip: evaluation of criteria for clinical decision-making. *Eur J Pediatr* 1999;158(11):923–928
- Kocher MS, Zurakowski D, Kasser JR. Differentiating between septic arthritis and transient synovitis of the hip in children. *J Bone Joint Surg Am* 1999;81(12):1662–1670
- Learch TJ, Farooki S. Magnetic resonance imaging of septic arthritis. *Clin Imaging* 2000;24(4):236–242
- Lee SK, Suh KJ, Kim YW, et al. Septic arthritis versus transient synovitis at MR imaging. *Radiology* 1999;211(2):459–465
- Leopold SS, Battista V, Oliverio JA. Safety and efficacy of intraarticular hip injection using anatomic landmarks. *Clin Orthop Relat Res* 2001;(391):192–197
- Mitchell DG, Rao VM, Dalinka MK, et al. Femoral head avascular necrosis: correlation of MR imaging, radiographic staging, radionuclide imaging, and clinical findings. *Radiology* 1987;162(3):709–715
- Mont MA, Zywiell MG, Marker DR, et al. The natural history of untreated asymptomatic osteonecrosis of the femoral head. *J Bone Joint Surg Am* 2010;92(12):2165–2170
- Assouline-Dayana Y, Chang C, Greenspan A, et al. Pathogenesis and natural history of osteonecrosis. *Semin Arthritis Rheum* 2002;32(2):94–124
- Totty WG, Murphy WA, Ganz WI, et al. Magnetic resonance imaging of the normal and ischemic femoral head. *AJR Am J Roentgenol* 1984;143(6):1273–1280
- Kirschner JS, Foye PM, Cole JL. Piriformis syndrome, diagnosis and treatment. *Muscle Nerve* 2009;40(1):10–18
- Hopayian K, Song F, Riera R, et al. The clinical features of the piriformis syndrome. *Eur Spine J* 2010;19(12):2095–2109
- Torriani M, Souto SC, Thomas BJ, et al. Ischiofemoral impingement syndrome. *AJR Am J Roentgenol* 2009;193(1):186–190
- Ali AM, Whitwell D, Ostlere SJ. Case report: imaging and surgical treatment of a snapping hip due to ischiofemoral impingement. *Skeletal Radiol* 2011;40(5):653–656
- Lee EY, Margherita AJ, Gierada DS, et al. MRI of piriformis syndrome. *AJR Am J Roentgenol* 2004;183(1):63–64
- Slipman CW, Jackson HB, Lipetz JS, et al. Sacroiliac joint pain referral zones. *Arch Phys Med Rehabil* 2000;81(3):334–338
- Moore KL, Dalley AF, Agur AM. Clinically Oriented Anatomy. 6th ed. Philadelphia, Pa.: Lippincott Williams & Wilkins; 2010
- Adlakha S, Burket M, Cooper C. Percutaneous intervention for chronic total occlusion of the internal iliac artery for unrelenting buttock claudication. *Catheter Cardiovasc Interv* 2009;74(2):257–259
- Brown MD, Gomez-Marin O, Brookfield KF, et al. Differential diagnosis of hip disease versus spine disease. *Clin Orthop Relat Res* 2004;(419):280–284
- Segal NA, Felson DT, Torner JC, et al.; Multicenter Osteoarthritis Study Group. Greater trochanteric pain syndrome. *Arch Phys Med Rehabil* 2007;88(8):988–992
- Strauss EJ, Nho SJ, Kelly BT. Greater trochanteric pain syndrome. *Sports Med Arthrosc* 2010;18(2):113–119
- Williams BS, Cohen SP. Greater trochanteric pain syndrome. *Anesth Analg* 2009;108(5):1662–1670
- Tibor LM, Sekiya JK. Differential diagnosis of pain around the hip joint. *Arthroscopy* 2008;24(12):1407–1421

Kommentár

A csípőfájdalom kivizsgálása

Reumatológusként nagyon örülök, hogy a jubiláló *Orvostovábbképző Szemle* a csípőfájdalom kivizsgálásáról amerikai családorvosoknak szóló cikket választotta közlésre. Örülök, mert – hazánkon kívül mindenütt – alapfokon a családorvos feladata a csípőfájdalom kivizsgálása, más mozgásszer- vi panaszok kivizsgálásával együtt. Fel kell készítenünk családorvosainkat, hogy ez az ő feladatuk lesz hazánkban is, ha modern és költséghatékony egészségügyet akarunk. Egy friss adat szerint Ausztráliában a családorvos- beteg találkozások 26,4%-a artrózis miatt történik.¹

Különösen örülök annak, hogy a cikk kiemeli az anamnézis és a fizikális vizsgálat fontosságát. Ez sokszor önmagában is elegendő a csípőfájdalmat okozó kórkép diagnózisának megállapításához. A mozgásszer- vi betegségek anamnézisének és fizikális vizsgálatát elemi szinten sem ismeri gyakorló orvosaink túlnyomó része, pedig a betegek több mint 20%-a nálunk is – akár a többi fejlett ipari országban – mozgásszer- vi panasszal fordul családorvosához.²

Legjobban azonban annak örülök, hogy a cikk pontosan leírja: a fizikális vizsgálattal valószínűsíthető kórképeket milyen képalkotó vizsgálatokkal különböztethetjük meg egymástól, illetve milyen vizsgálatokkal erősíthetjük meg a gyanított kórismét. A családorvos ugyanis nemcsak az USA-ban, hanem a polgárainak teljes körű egészségbiztosítást nyújtó Kanadában is rendelhet pl. MR-vizsgálatot is, mégis sokkal kevesebb a fölösleges vizsgálat, mint hazánkban. Ennek oka az orvosképzés és -továbbképzés ma-

gas színvonal mellett, hogy a biztosító nem tilt, nem adminisztratív eszközöket alkalmaz, hanem szakszerűen, szigorúan és igazságosan ellenőriz, és csak azokat szankcionálja, akik nem a szakma szabályai szerint rendelnek vizsgálatokat.

A csípőízület mélyen fekvő ízület – duzzanata, melegsége, nyomásérzé-



Dr. Bálint Géza

Az MTA doktora. Egyetemi tanár, reumatológus főorvos, ny. főigazgató, Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet, Budapest

kenysége, fájdalma nem vizsgálható olyan közvetlenül és egyszerűen, mint más perifériás ízületeké. Ugyanakkor csípőfájdalmat számos, sürgősségi ellátást igénylő kórkép okozhat: artritisz, artériás érelzáródás, cauda-szindróma, csípőtáji törés, antikoaguláns okozta bevérzés, szep- tikus artritisz, epifizeolízis tartozhat még e kórképek közé.³

Anamnézis

A cikk helyesen emeli ki, hogy már a beteg kora is diagnosztikus és differenciáldiagnosztikus tényező. A csípőfájdalom kor szerint leggyakoribb okait táblázatban tüntetjük fel, néhány, a cikkben nem szereplő kórképpel kiegészítve (1. táblázat).

Ahogy a cikk kiemeli, informatív, hogy elöl (a lágyékban), hátul (a glu-

teális tájékon) vagy oldalt (a tompor- tájon) jelentkezik-e a fájdalom. Hozzátenném: csípőízületből kisugárzó fájdalom gyakran csak a térdben jelentkezik. Gyakori, hogy a térdet kezelik, amikor a fájdalom forrása a csípő. Néha a térdből kiinduló fájdalom is jelentkezhet a csípőben. Ezért térdfájdalom esetén meg kell vizsgálni a csípőt, a derekat is, és megfordítva.⁴

A cikk nem említi, de kiemel- ném: fontos, hogy csak az egyik vagy mindkét csípő fájdalmas-e. A primer artrózis, a szisztémás ízületi betegség, a polymyalgia rheumatica, a D-vita- min-hiány okozta oszteomalácia, de legtöbbször a diszplázia is kétoldali, s az idiopátiás combfejnekrozis – bár néhány hónapos vagy hetes eltolódással – mindkét csípőízületet érintheti.

Fontos, hogy a fájdalom nyugalom- ban is jelentkezik-e: ez gyulladáson, tumoros fájdalomra, kompressziós idegfájdalomra vagy érelzáródásra utal, különösen ha éjjel is felébreszti a beteget. A mechanikus eredetű csípőfájdalom (artrózis, diszplázia, sérülés miatt) terhelésre, mozgás- ra jelentkezik, nyugalomban szű- nik. Köhögésre, tüszentésre, hasprés fokozódására jelentkező fájdalom radikuláris, alagútszindróma okozta neuralgiás fájdalomra (n. ilioingu- nalis, n. cutaneus femoris lateralis) jel- lemző.⁵

Fontos tudnunk, hogy a tünetek nem akut kezdete nem zárja ki, hogy a fájdalmat sérülés okozza, és hátte- rében akár fáradásos, akár patológiás törés, vagy beékelt combnyaktörés is állhat. Fiatalok, elsősorban nők, különösen terhesség alatt, szülés után je- lentkező csípőfájdalma esetén mindig rá kell kérdezni: tud-e arról, hogy cse- csemőkorában volt-e probléma a csi- pőjével, használtak-e Freyka-párnát stb. A válasz sokszor ez: „igen, de

1. táblázat. A csípőfájdalom leggyakoribb okai egyes életkorokban

Gyermekek és fiatalok	Középkorúak	Idősek
Kongenitális és örökletes diszpláziák	Elsősorban sérülések (izomsérülés, szalagsérülés, izom- és íntapadási helyek, labrum sérülése)	Artrózis
Epifizeolízis	Burzitiszek, entezopátiák, reaktív artritisz, spondylitis ankylopoetica	Csípőtáji törés
Legg–Perthes–Calvé-kór	Aszeptikus combfejnekrozis	Malignus elváltozás
Hemofília miatt vagy egyéb okból történő ízületi vagy izombevérzés	Korai, diszplázia talaján kifejlődő artrózis	D-vitamin-hiány
Sportsérülés okozta pubialgia, izomhúzódás	Piriformis-szindróma, sportsérülések, pubialgia	Aszeptikus combfejnekrozis
Labrumsérülés	Derékből kisugárzó csípőfájdalom	Derékből kisugárzó fájdalom
Avulziós törés	Malignus elváltozás	Antikoaguláns okozta bevérzés
Tranziens koxitisz	Antikoaguláns okozta bevérzés	Érelzáródás
Juvenilis idiopátiás artritisz	Lágyék- és combsérv	Szűk lumbális csatorna
Spondylitis ankylopoetica (spa)	Adnexitisz, mióma, parametritisz	Polymyalgia rheumatica
Szeptikus artritisz	Alagútszindróma	Szeptikus artritisz
Malignus elváltozás (szarkóma, leukémia, fibrózis diszplázia), benignus tumorok, osteogenesis imperfecta	Csípőízület tranziens oszteoporózis	Paget-kór
Anyagcsere-betegségek, D-vitamin-hiány	Oszteoporózis, oszteomalácia, D-vitamin-hiány	Oszteoporózis, oszteomalácia, D-vitamin-hiány

a csípőm teljesen rendbejött”. Sajnos a diszpláziás csípő nem jön mindig „teljesen rendbe”, s a sekély csípőízületi vápa nem mélyül ki tökéletesen; sérülékenyebb marad, hajlamosabb a korai artrózisra.⁶ Sajnos ezt gyakran nem mondjuk meg a szülőknek.

A serdülőkorú, diszpláziás csípőjű lányok olykor nem megfelelő sportágot választanak: műkorcsolyát, művészi tornát, szertornát – vagy más, ugrásokkal járó tevékenységet (magasugrás, kézilabda, balett), s kiderül, hogy a csípőjük nem bírja. Gyakran terhesség alatt, szülés után jelentkezik a diszpláziás csípőjű nők csípőfájdalma⁶ (1. ábra).

Fizikális vizsgálat

Rendkívül fontos és informatív része a diagnosztikának. Természetesen a fizikális vizsgálatához nagyon alaposan

kell ismernünk a csípőtájéknak és környezetének anatómiáját. A cikk anatómiai alfejezete megadja a legfontosabb tudnivalókat.

A fizikális vizsgálattal foglalkozó alfejezet igen jó. A cikk állításait itt sem ismételjük: néhányat kommentálunk, s főleg olyan fizikális diagnosztikai tudnivalókat tárgyalunk, amelyeket a cikk nem említ.

A járásanalízis valóban igen fontos, hisz már a beteg belépésekor elemezhetjük a járás kóros voltát, még mielőtt egy szót is szólt volna. Néhány kiegészítés a cikkben szereplő járás-

típusokhoz. Trendelenburgos vagy abdukciós járást a m. gluteus medius(ok) gyengesége (radikulopátia, miopátia,



1. ábra. Diszpláziás csípőízület a röntgenfelvételen. Jól látszik, hogy a combfej külső harmada a vápán kívül helyezkedik el. Így a vápában elhelyezkedő porcot nagyobb terhelés éri

D-vitamin-hiány stb.) is okozhat. Gyakori, hogy a beteg előrehajló felsőtesttel jár, akár járókerettel is. Ennek fő okai:

- mindkét vagy esetleg csak az egyik csípő flexiós kontraktúrája artrózis, artritisz, m. psoas fájdalma, kontraktúrája (bevérzés, tályog) miatt;

- szűk lumbális csatorna: előrehajlaskor a gerinccsatorna tágabb, előrehajlaskor elkerüli a beteg az ideggyök irritációját, azaz a combba, alsó végtagokba sugárzó fájdalmat;

- hasi fájdalom vagy térszűkítő folyamat kényszeríti előrehajlásra a beteget;

- a spina iliaca anterior superior táján két ideg: a n. ilioinguinalis és a n. cutaneus femoris lateralis is kompressziót szenvedhet: az első a lágyékba, a másik a comb laterális felszínébe sugárzó fájdalmat okozhat; az idegkompresszió előrehajlaskor csökken;

- kamptokornia (hiszteroid tartási rendellenesség): a beteg előrehajolva jár, de ennek patológiai oka nincs.

A beteg hátrahajló felsőtesttel jár a m. gluteus maximusok gyengesége esetén (S₁-gyöki sérülés).

Cirkumdukciós a járás a csípő abdukciós tartásban való rögzítettsége esetében, mert a végtag funkcionálisan hosszabb.

A rövidebb végtag sántításhoz vezet. Nem írják azonban a szerzők, hogy a végtagrövidülés legtöbbször nem valószínű, hanem látszólagos: szkoliózis, csípő- vagy térdflexiós kontraktúra vagy a csípő ab- vagy addukciós kontraktúrája okozhatja. Mindig meg kell néznünk álló helyzetben, hogy a spina iliaca anterior superiorok, illetve hátul a Vénusz-gödröcskék (bőrbehúzódnak a spina iliaca posterior superiorától kissé proximálisan) egy szintben vannak-e.

Álló helyzetben meg kell tekintenünk a lumbális gerincet és moz-

gását. A szkoliózist már említettük. Fokozott lumbális lordózis lehet kétoldali veleszületett csípőficam, diszplázia, de csípőízületi flexiós kontraktúra következménye is, melyet a beteg fokozott lordózással kompenzál. A lumbális gerinc azonos vagy ellenoldalra hajlása csípőbe vagy alsó végtagba sugárzó radikuláris vagy pszeudoradikuláris fájdalmat válthat ki.

A hátrahajlás L₃-radikulopátia esetén okoz lágyékba sugárzó fájdalmat. Gyakran a szűk lumbális csatorna okozta alsóvégtag-fájdalmat is hátrahajlással lehet provokálni.

Nem írják a szerzők, mi a teendő ágyban fekvő, felkelni nem tudó vagy nem akaró beteg vizsgálatakor, ami a családorvosi gyakorlatban nem nagyon ritka probléma. Sok beteg fél a mozgás kiváltotta fájdalomtól, melynek kiindulási helyét, okát szeretnénk kideríteni. Először a panaszmentes oldal aktív mozgásait vizsgáljuk meg; felkérjük a beteget, hogy nyújtva emelje fel alsó végtagját, húzza hátsához a combját, talpra húzott lábbal abdukálja, addukálja csípőjét, majd elvégezzük ezen oldal passzív mozgásainak vizsgálatát is. Ezzel általában nem okozunk fájdalmat, megnyerjük a beteg bizalmát, s legalább részben eloszlatjuk félelmét.

Ezután megkérjük, hogy a fájdalom oldalán emelje föl nyújtva a végtagját. Combnyaktörés esetén ez nem megy, vagy fájdalmat okoz. Traumás vagy patológiás törés, repedés esetén előfordul, hogy a beteg járóképes marad, csak később fokozódik a fájdalom. A törvégek gyakran nem mozdulnak el, és egyszerű röntgenfelvételen a törés sokszor nem látszik, csak MRI-vel mutatható ki. Combnyaktörés esetén a végtag gyakran kirohadt helyzetben van, de korántsem mindig.

A nyújtott alsó végtag aktív emelése kiválthat radikuláris vagy ízületi fájdalmat. A m. psoas maior antikoaguláns kezelés során spontán bevérzhet, és nagy fájdalmat okozhat, főleg aktív vagy ellenállással szemben végzett csípőflexió esetén. Az ellenállást a térdre helyezett kezünk fejti ki. Előfordulhat psoas-tályog, de tbc-s hidegtályogot az utóbbi évtizedben nem láttunk.

Ha törés nem valószínű, szeptikus artritisz vagy kiterjedt parézis lehet a beteg járóképtelenségének oka. Mindenképpen próbáljuk felállítani a beteget asszisztensünk vagy egy családtag segítségével. Ez nagyon sokszor sikerül, s bebizonyosodik a beteg részére is, hogy fel tud állni, sőt segítséggel egy-két lépés megtételére is képes. Ha törésre, parézisre, cauda-szindrómára, szeptikus artritiszre van gyanúnk, haladéktalanul olyan intézménybe kell küldeni a beteget, ahol a szükséges diagnosztikus vizsgálatokat el tudják végezni, a megfelelő konzervatív vagy műtéti kezelést biztosítani tudják.

Az ízület mozgástartományát, a mozgások vizsgálatát, a különböző műfogásokat korrekten leírták a szerzők. Mi nem használjuk a FABER (flexió, abdukció, kifelé rotáció) és FADIR (flexió, addukció, befelé rotáció) betűszavakat, de érdemes lenne meghonosítanunk, mert nagyon jól memorizálható, hogy az egyik vagy a másik milyen kórképpel függ össze.

Nem írják le a szerzők a Thomas-tesztet, mely a csípőízület rejtett flexiós kontraktúrájának kimutatására szolgál (2. ábra). A hátán fekvő beteg ép oldali csípőjét maximálisan flektáljuk, elsimítva a beteg fokozott lumbális lordózist, mellyel a csípő flexiós kontraktúráját kompenzálta. Éppen ezért a flexiós kontraktúrában

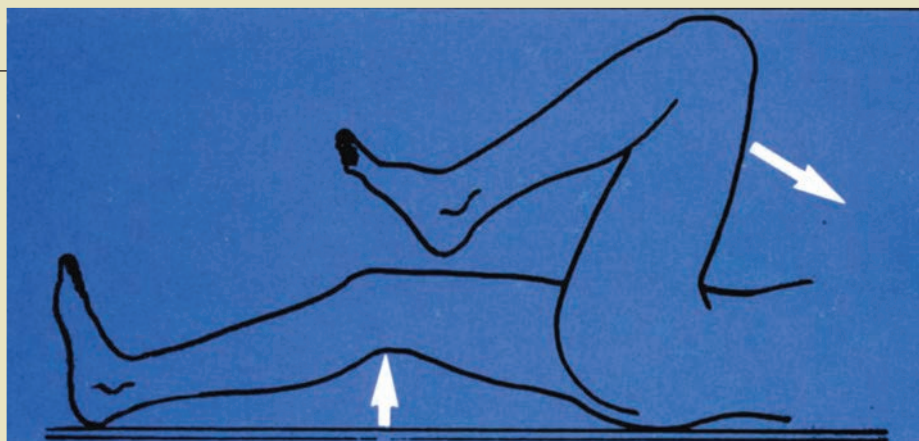
2. ábra. Thomas-teszt a csípőízület rejtett flexiós kontraktúrájának kimutatására

lévő csípő oldalán a comb fölemelkedik a vizsgálópadról.

Egyébként a szerzők táblázatokba foglalva adják meg az elülső (lágycsípő), a laterális (tomporthíj) és a hátul (gluteus) jelentkező csípőfájdalmak differenciáldiagnosztikáját, feltüntetve a képkalkoló eljárások várható eredményét is. Kár, hogy számos kórkép nem szerepel ezekben a táblázatokban. A kimaradtakat a 2. táblázatban soroljuk fel.

Ezek közül a családvorvosi gyakorlatban elsősorban a derékból a csípőbe sugárzó fájdalmak és az alagútszindrómák fordulnak elő, s persze azt is fel kell ismernie a családvorvosnak, ha valamilyen koxitiszról lehet szó.

A cikk legnagyobb hiányossága, hogy alig egy-két kórképnél írja le a ta-



pintási leletet, illetve a jellemző nyomásérzékenységet.⁷ Pedig igen fontos és meggyőző, hogy tapintással kiváltjuk azt a fájdalmat, amire a beteg rámondja: „igen, ez az a fájdalom, amit érzek!” Az identikus ellenoldali pont megnyomása ugyanakkor nem vált ki fájdalmat. Így nyomásérzékenyek lehetnek a kompressziót szenvedő idegek, pl. a n. femoralis az ágyékhajlatban a jól tapintható a femoralistól laterálisan, a n. ilioinguinalis, illetve n. cutaneus femoris lateralis a spina iliaca anterior superior környékén, a n. obturatorius az adduktor izmok között. Nyomásra az ideg lefutásának megfelelően jelentkező, kisugárzó, esetleg zsibbadással kísért neuralgiás fájdalom jellemző ezekre az alagútszindrómákra. Ezek közül a piriformis-szindrómát írja csak le a cikk – kétségtelenül ez a leggyakoribb. Gyakori a trochanter maior és a tuber ischii, az os pubis, illetve a szakroiliakális ízületek nyomásérzékenysége. A szakroiliakális ízület nyomásérzékenységét szakroileitisz, a szakroiliakális szalagok entézise vagy az ízület instabilitása okozhatja. A többi nyomáspont is leggyakrabban az ott eredő vagy tapadó inak, izmok entézise miatt érzékeny. Entézisnek nevezzük az inak, izmok, szalagok perioszteális tapadásának

fájdalommal járó gyulladását, mely lehet egyszeri vagy krónikus túlterhelés következménye, illetve általános ízületi betegség, pl. spondylarthritis ankylopoetica, arthritis psoriatica részjelensége. Ultrahanggal jól diagnosztizálható. Gyakran a tapadási helyeknek megfelelő bursa (pl. bursa trochanterica: az ülőgumó nyáktömölője) is duzzadt, fájdalmas. Lokálisan adott Lidocain + szteroid injekcióval *ex juvantibus* terápiát is alkalmazhatunk.

Tapinthatók még fájdalmas, mio-gelózisos csomók, triggerpontok a gluteális és adduktor izomzatban, zsírcsomók, zsírherniák a deréktájon, a szakroiliakális ízületek környékén, nyirokcsomók a lágycsípőhajlatban, ritkán csont-, illetve lágycsípőtumorok, gyakrabban lágycsípői és femorális hernia. Természetesen meg kell tapintanunk az a. femoralist a lágycsípőszalag alatt. Előfordul, hogy érelzáródás csípő- és alsóvégtag-fájdalmat, klaudikációt okoz, amit nem is mindig könnyű elkülöníteni a szűk lumbális csatorna okozta neurogén klaudikációtól.

Képkalkoló diagnosztika

A képkalkoló vizsgálatok várható eredményét korrekten írja le a cikk. Az első elvégzendő képkalkoló eljárás ma

2. táblázat. Csípőfájdalommal járó, a cikkben nem szereplő kórképek

Derékból farba sugárzó fájdalmak

Diszkopátia
Csigolyakompresszió
Szakroileitisz
Copeman-herniák

Egyéb szinovitiszek és koxitiszek

Juvenilis idiopátiás artritisz
Spondylartritiszek
Reaktív artritisz
Polymyalgia rheumatica
Tranziens csípőízületi oszteoporózis

Csontbetegségek

Fibrózus diszplázia
Osteogenesis imperfecta
Oszteomalácia
Paget-kór
Csonttumrok

Alagútszindrómák

(a piriformis-szindróma kivételével)

Inguinális alagútszindróma
N. ilioinguinalis alagútszindróma
N. cutaneus femoris lateralis alagútszindróma

is legtöbbször a röntgenvizsgálat. Mi összehasonlító csípőfelvétel helyett inkább medencefelvételt kérünk, melyen a szakroiliakális ízületek, a symphysis, az ileumok is megítélhetők. Oldalirányú csípőfelvételt „békálábtartásban” nem kérünk rendszeresen, csak esetenként, pl. combfejnekrozis vagy stresszfraktúra gyanújakor. Ezt a felvételt mi Lauenstein-felvételnek hívjuk.

Kétségtelen, hogy labrumsérülést az MRI létezése előtt nemigen diagnosztizáltunk, de az MRI az aszeptikus combfejnekrozis, illetve más kórképek diagnosztikájában is fontos. Az ultrahangvizsgálat elsősorban ízületi, illetve a nyáktömlőkben megjelenő folyadékgyülemek, entézisek, lágyrésztumorok megjelenítésére alkalmas.

Az ultrahangvizsgálat ma gyakran a klinikus kezében lévő diagnosztikus eszköz, melyet a fizikális vizsgálat során alkalmaz első képpalkotó vizsgálatként, de segíti a klinikust a célzott ízületi

leti vagy bursa-punkció kivitelezésében és a kórfolyamat követésében is. Kár, hogy a radioizotópos csontszcintigráfia kimaradt a képpalkotó eljárások közül: a csípőízületi endoprotézis kilazulásának, illetve csonttumorok, csontvelői áttétek diagnosztikájában ma is elsőrendű fontosságú.

Összegzés

A cikk kitűnően foglalja össze, hogy a családorvos hogyan vizsgálhatja ki a hozzá forduló beteg csípőfájdalmának eredetét. Kár, hogy néhány nem ritka kórkép, fontos anamnesztikus kérdés és fizikális vizsgálati módszer, illetve a radioizotópos csontszcintigráfia kimaradt a cikkből. A kommentátor ezeket a hiányosságokat igyekezett pótolni. Jó lenne azonban, ha a magyar családorvos legalább annyira el tudna igazodni a csípőtáji fájdalom diagnosztikájában, amennyit a cikk felölel. A jövőben a csípőfájdalommal

jelentkező betegeket az alapellátás szintjén a családorvosnak kell ellátania, s ehhez a szükséges képpalkotó diagnosztikát a családorvos részére hozzáférhetővé kell tennünk, ha lépést akarunk tartani a világgal.



Levelezési cím: balint.geza@mail.orfi.hu

Irodalom:

1. Brand CA, Harrison C, Tropes J, et al. Management of Osteoarthritis in General Practice in Australia. *Arthr Care Res* 2014;66:551–558
2. Hittner Gy, Balogh Z, Koó E, et al. Budapesti körzeti orvosi rendelőkben végzett reumatológiai prevalencia vizsgálatok. *Magyar Reumatológia* 1991;32:93–101
3. Bálint G, Szekanecz Z. A háziorvos szerepe a reumatológiai betegek fájdalomának csillapításában. *Háziorvosi Továbbképző Szemle* 2013;18:390–398
4. Bálint G. Térdfájdalom és ami mögötte van. A kezelés dilemmái. *LAM* 2007;17:217–221
5. Poór Gy, szerk. A reumatológia tankönyve. *Medicina, Bp.*, 2008
6. Bálint G, Földes K, Szebenyi B, Bálint P. *Gyakorlati reumatológia, 2. kiadás. Springer Hungarica, Bp.*, 1995
7. Hoppenfeld S. A gerinc és a végtagok fizikális vizsgálata. *Medicina, Bp.*, 2009

Orvosi Rehabilitáció és Fizikális Medicina Magyarországi Társasága XXXIII. Vándorgyűlése

Szolnoki Főiskola, Campus, 2014. szeptember 4–6.

Tudományos témák: Rehabilitációs team • Járásproblémák, járáslemezés. A járást szolgáló korszerű segédeszközök (beleértve a computer technika lehetőségeit) • Amputáltak (amputációhoz vezető okok, amputáltak ellátása), alsó végtagi művégtag ellátás • Minőségügy – irányelvek; új típusú akkreditáció • Rehabilitációs ellátási programok, profilok a gyakorlatban • Időskor és rehabilitáció • Szociális rehabilitáció

A szervezőbizottság címe: Helyi szervezőbizottság elnöke: Dr. Angyal Gyöngyi, MÁV Kórház és Rendelőintézet, Szolnok, Mozgásszervi Rehabilitáció, 1. részleg: 5000 Szolnok, Verseghy F. út 6–8. Tel./fax: 56/524-633, e-mail: angyalgyongyi@gmail.com

A szervező iroda címe: (bejelentkezés, levelezés, összefoglalók, szállásügyek, szakmai kiállítás)
Congress & Hobby Service Kft. Kongresszus- és Rendezvényszervező Iroda, 6701 Szeged, Pf.: 1022. Tel.: 62/484-531, 484-532. Fax: 62/450-014
E-mail: info@congress-service.hu • Web: http://congress-service.hu