

# Hüftschmerz wegen Trochanter-Reizsyndrom Wann spritzen, wann operieren?

■ KONGRESSBERICHT

**BADEN-BADEN – Schmerzen im seitlichen Hüftbereich, aber keine typischen Gelenksbeschwerden – dieses Bild spricht für ein Trochanter-Reizsyndrom. Oft helfen schon ein paar Injektionen in den Schmerzpunkt.**

Wenn auch das Röntgenbild keine Zeichen einer Hüfterkrankung zeigt, ist die Diagnose Trochanter-Reizsyndrom (TRS) fast sicher, sagte Professor Dr. CHRISTOF RADER von der Praxisklinik Orthopädie des Franziskus-Hospitals Aachen. Die Ursachen reichen von Bursitis trochanterica, Trochanterdeformitäten, -ossifikationen oder anderen knöchernen Unregelmäßigkeiten, Enthesiopathien im Rahmen rheumatischer Erkrankungen bis zu Fascia-lata-Besonderheiten oder Glutealsehnproblemen.

**Infiltrationen erfolglos? Befund im MRT klären!**

Bei den meisten Patienten mit Trochanter-Reizsyndrom sind lokale Injektionen, bestehend aus Kortison und einem Lokalanästhetikum, erfolgreich. Dieser Mix wird mindestens viermal im Abstand von einer bis mehreren Wochen in die Bursa trochanterica oder an den angegebenen Schmerzpunkt gespritzt. Tritt auch nach fünf bis sieben Injektio-

nen keine Besserung ein, ist außer dem Röntgenbild eine weitere Bildgebung, vorzugsweise eine Kernspintomographie, erforderlich. Veränderungen wie Sehnenteilrupturen, Bone Bruisement am Trochanter und Signalerhöhungen von Muskeln und Sehnen sind darin gut erkennbar.

Für einige Fälle empfahl Prof. Rader auf der 59. Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen e.V. eine Ope-

ration. Gerade bei Patienten, die mit einer Hüft-Endoprothese versorgt sind und ein hartnäckiges Trochanter-Reizsyndrom entwickeln, kann eine operative Revision erfolgreich sein, weil Verwachsungen, Ossifikationen oder Glutealteillabrisse die Beschwerden aufrechterhalten.

In einer eigenen Untersuchung hat der Kollege 32 TRS-Patienten ausgewertet: 22 von ihnen zeigten nach der konservativen Therapie

eine gute, vier eine mäßige Besserung. Nur sechs Patienten mussten operiert werden. Bei ihnen wurden Verwachsungen gelöst oder eine Bursektomie bzw. eine Knochenentfernung vorgenommen. AW



Foto: Prof. Dr. Christof Rader, Praxisklinik Orthopädie, Aachen

Wochenlang Hüftschmerzen trotz NSAR. Das Röntgenbild zeigt eine Kalzifizierung am Ansatz der Glutealsehne. Nach sechsmaliger Infiltration bessern sich die Beschwerden.

**BG★STAR**  
UND  
**iBG★STAR**  
INNOVATION DURCH INSPIRATION.

**NEU!**

TYP-1 UND TYP-2 DIABETES

**Das ideale Team.**

**1fach lang. Und richtig schnell.**

**Lantus®: 1fach & effektiv!**

- ▶ Mehr Sicherheit: Weniger Hypoglykämien vs. NPH-Insulin<sup>1)</sup>
- ▶ Mehr Betazellschutz – weniger Betazellstress vs. NPH-Insulin<sup>2)</sup>

**Apidra®: schnell & effektiv!**

- ▶ Schnellerer Wirkeintritt als Insulin lispro<sup>3)</sup>
- ▶ Reduziert oxidativen Stress am Gefäß (vs. Humaninsulin)<sup>4)</sup>

**LANTUS**  
Insulin glargin

**APIDRA**  
Insulinglulisin

1) Mullins P et al. Clin Ther 2007; 29: 1607–19 (Metaanalyse von 11 RCTs; n=5074; p < 0,05 für symptomatische und schwere Hypoglykämien vs. NPH-Insulin); 2) Forst T et al. Diabetes Obes Metab 2010; 12: 437–41 (Einzelcenter, offene, zweiarmlige Parallelgruppen-Bestimmung des intakten Proinsulins bei 28 Typ-2-Diabetikern, Vortherapie: Metformin ± SH in stabiler Dosierung seit mind. 3 Monaten. Start einer Insulintherapie mit Lantus® (n=14) oder NPH-Insulin (n=14)); 3) Heise T et al. Diabetes Obes Metab 2007; 9: 746–753 (Randomisierte doppelblinde, cross-over euglykämische Glukose-Clamp-Studie mit 80 gesunden Probanden aus 4 BMI-Klassen à 20 Probanden); 4) Hohberg C et al. Diabetes Care 2008; 31: 1021–25 (Randomisierte Cross-over-Studie bei Patienten mit Typ-2-Diabetes (n = 15) mit OAD-Therapie. Dosierung von Insulinglulisin bzw. Humaninsulin 0,1 E/kg KG vor einer standardisierten Testmahlzeit).

**Lantus® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einer Patrone · Lantus® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einer Patrone für OptiClik® · Lantus® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einem Fertigpen. SoloStar® · Lantus® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einem Fertigpen. OptiSet® · Lantus® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einer Durchstechflasche. Wirkstoff: Insulin glargin. Verschreibungspflichtig. Zusammensetzung: 1 ml enthält 100 Einheiten Insulin glargin (entsprechend 3,64 mg). Sonstige Bestandteile: Zinkchlorid, m-Cresol, Glycerol, Salzsäure, Natriumhydroxid, Wasser für Injektionszwecke, (Durchstechflasche 10 ml: Polysorbat 20). Anwendungsgebiete: Zur Behandlung von Diabetes mellitus bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab 6 Jahren, sofern die Behandlung mit Insulin erforderlich ist. Dosierung, Art und Dauer der Anwendung: Lantus enthält Insulin glargin, ein Insulinanalogon mit einer lang anhaltenden Wirkdauer. Lantus sollte einmal täglich zu einer beliebigen Zeit, jedoch jeden Tag zur gleichen Zeit, verabreicht werden. Dosierung und Zeitpunkt der Verabreichung von Lantus sollten individuell festgelegt werden. Bei Patienten mit Typ-2-Diabetes kann Lantus auch zusammen mit oralen Antidiabetika gegeben werden. Lantus wird subkutan verabreicht. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff oder einem der sonstigen Bestandteile. Warnhinweise/Vorsichtsmaßnahmen: Nicht das Insulin der Wahl bei diabetischer Ketoazidose. Umstellung auf anderen Insulintyp/-marke/-ursprung nur unter strenger ärztlicher Überwachung. Bei Kombination mit Pioglitazon Herzinsuffizienz möglich, besonders bei Patienten mit Risikofaktoren. Bei Verschlechterung der kardialen Symptomatik Pioglitazon absetzen. Nebenwirkungen: Sehr häufig: Hypoglykämie. Häufig: Reaktionen an der Einstichstelle, Lipohypertrophie. Gelegentlich: Lipomatrophie. Selten: Allergische Reaktionen, Ödeme, Sehstörungen, Retinopathie. Sehr selten: Myalgie, Geschmacksstörung. Im Allgemeinen ist das Sicherheitsprofil bei Kindern und Jugendlichen (<18 Jahre) ähnlich dem bei Erwachsenen. Gekürzte Angaben, vollständige Information siehe Fachinformation, die wir Ihnen auf Wunsch gern zur Verfügung stellen. Pharmazeutischer Unternehmer: Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, D-65926 Frankfurt am Main, Postanschrift: Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, Potsdamer Straße 8, 10785 Berlin. Stand: Januar 2011 (020728).**

**Apidra®, 100 E/ml Injektionslösung in einer Patrone · Apidra®, 100 E/ml Injektionslösung in einer Patrone für OptiClik® · Apidra®, 100 E/ml Injektionslösung im Fertigpen SoloStar® · Apidra®, 100 E/ml Injektionslösung im Fertigpen OptiSet® · Apidra®, 100 E/ml Injektionslösung in der Durchstechflasche. Wirkstoff: Insulinglulisin. Zusammens.: 1 ml Injektionslsg enth.: Arzneil. wirks. Bestand.: 3,49 mg Insulinglulisin, entspr. 100 E. Sonst. Bestand.: Metacresol, NaCl, Trometamol, Polysorbat 20, Salzsäure 36%, NaOH, Wasser f. Injekt.zwecke. Anw.-geb.: Zur Behandl. v. Erw., Jgdl. u. Kdm. ab 6 J. mit Diabetes mellitus, sofern die Behandl. m. Insulin erforderlich ist. Gegenanz.: Überempfindl. gg. d. Wirkstoff od. e. d. sonst. Bestandteile, Hypoglykämie. Warnhinw. u. Vorsichtsmaßn.: Umstellg. auf anderen Insulintyp/-marke/-ursprung nur unter strenger ärztl. Überwachung. Gleichzeit. Behandl. mit oralen Antidiabetika ev. anpassen. Bei unzureich. Dos. od. Abbruch der Behandl. Hyperglykämie u. diabet. Ketoacidose mögl. Lange Diabetesdauer, intensivierte Insulinther., diabet. Neuropathie, Betablocker od. Wechsel von Insulin tierischen Ursprungs zu Humaninsulin können Warnsympt. einer Hypoglykämie verschleiern. Bei verstärk. körperl. Aktivität od. Ernährungs-umstellg., Krankheit od. seelischer Belastung kann Dos.-Anpassung erforderl. sein. Unbehandelte hypoglykäm. od. hyperglykäm. Reaktionen können zu Bewusstlosigkeit, Koma od. zum Tod führen. Bei Kombi. m. Pioglitazon Herzinsuff. mögl., bes. b. Pat. m. Risikofaktoren. B. Verschlechterung d. kardialen Symptom. Pioglitazon absetzen. Metacresol kann allerg. Reakt. hervorrufen. Nebenw.: Stoffwechsel, Ernähr.: Sehr häufig Glykämie. Haut, Unterhautzellgew.: Häufig Reakt. an der Injekt.stelle, lokale Überempfindl.reakt., Selten Lipodystrophie. Allgemein: Systemische Überempfindl.reakt. Verschreibungspflichtig. Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, D-65926 Frankfurt am Main. Stand: Januar 2011 (020767). AVS 213 11 011a-020839**

## Zeitpunkt unbekannt Schlaganfall im Schlaf vereitelt Lyse

CINCINNATI – Rund 14 % aller ischämischen Schlaganfälle ereignen sich im Schlaf, wie eine amerikanische Studie ergab. Die Betroffenen haben besonders schlechte Karten, weil sie in der Regel keine Lyse-Therapie erhalten.

US-Kollegen schlossen in ihre populationsbasierte Studie 1854 Patienten mit ischämischen Hirninfarkt ein, 273 dieser Insulte, also etwa 14 %, hatten sich während der Nachtruhe ereignet. Hochgerechnet auf die USA heißt das, dass ungefähr 58 000 Menschen jährlich mit einem Aufwach-Schlaganfall in die Klinik kommen, schreiben die Studienautoren in „Neurology“.

Da der Beginn der Symptome kaum zu ermitteln ist, verzichtet man bisher fast immer auf eine Lyse. Aber in der aktuellen Untersuchung z.B. wären rückblickend 98 Betroffene (36 %) dafür infrage gekommen. Studien zu bildgebenden Verfahren sollen nun dabei helfen, Patienten zu identifizieren, die noch von einer Lyse profitieren können. abr