

Jörg Jerosch¹, Sherif Sokkar¹

Die Bursitis iliopectinea – arthroskopische Therapieoptionen

The iliopectineal bursitis – arthroscopic treatment

Fragestellung: In der vorliegenden Arbeit werden die Symptome einer iliopectinealen Bursa beschrieben, gleichzeitig wird die Therapiemöglichkeit mithilfe der Hüftarthroskopie dargestellt.

Material und Methodik: Zwischen 1999 und 2017 wurden 25 Patienten mit einer symptomatischen iliopectinealen Bursa arthroskopisch behandelt. Es handelt sich hier um 16 Frauen und 9 Männer mit einem Durchschnittsalter von 57 Jahren. Die Ursache für die symptomatische iliopectineale Bursa war in 18 Fällen eine Coxarthrose im Stadium 1–3, einmal eine Femurkopfnekrose und bei 6 Patienten eine rheumatoide Arthritis. Die Therapie wurde in allen Fällen arthroskopisch durchgeführt.

Ergebnisse: Bei allen Patienten konnte der Ventilmechanismus der iliopectinealen Bursa arthroskopisch geöffnet und eine Entleerung der Bursa herbeigeführt werden. Der Eingriff erfolgte bei den Patienten kurzstationär mit einer mittleren Krankenhausaufenthaltsdauer von 3,8 Tagen. Es ergaben sich keine neurovaskulären Komplikationen oder anderweitige unerwünschte Ereignisse. Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung zeigte sich bei keinem Patienten ein Rezidiv. Die präoperativ bei den Patienten vorhandenen Beschwerden aufgrund der Bursa waren verschwunden. Bei 10 Patienten wurde zwischenzeitlich wegen einer zunehmenden Arthroseproblematik eine Hüft-TEP implantiert.

Fazit und klinische Relevanz: Die Bursa iliopectinea ist eine seltene Differenzialdiagnose bei Leistenschmerzen. Eine arthroskopische Therapie ist reproduzierbar durchführbar.

Schlüsselwörter: Hüfte, Bursitis iliopectinea, arthroskopische Therapie

Zitierweise

Jerosch J, Sokkar S: Die Bursitis iliopectinea – arthroskopische Therapieoptionen. OUP 2017; 12: 624–627 DOI 10.3238/oup2017.0624–0627

Purpose: The purpose of the present study was to describe the symptoms and the arthroscopic treatment option for patients with an iliopectineal cyst.

Material and Methods: Between 1999 and 2017, 25 patients with a symptomatic iliopectineal bursitis were treated arthroscopically. The average age was 57 years and we operated 18 female and 9 male patients. The main reason for symptomatic iliopectineal bursitis was degenerative hip joint disease in 18 cases, rheumatoid arthritis in 6 cases and in one patient an avascular necrosis. All patients were treated by hip arthroscopy.

Results: In all of the patients the iliopectineal cyst could be identified and released arthroscopically. The surgery was performed during a short hospital stay of on average 3.8 days. We did not document any neurovascular complications or any other adverse events. At time of follow-up, no patient showed the prior symptoms. 10 patients were treated with a total hip replacement due to the progress of the osteoarthritis.

Clinical relevance: The iliopectineal cyst is a rare differential diagnosis in patients with inguinal pain. The arthroscopic treatment can be performed reproducibly.

Keywords: hip joint, iliopectineal cyst, arthroscopic treatment

Citation

Jerosch J, Sokkar S: The iliopectineal bursitis – arthroscopic treatment. OUP 2017; 12: 624–627 DOI 10.3238/oup2017.0624–0627

Einleitung

Eine iliopectineale Bursitis ist eine seltene Differenzialdiagnose beim Leistenschmerz [2, 10, 11, 14], welche noch zu

wenig bedacht wird. Die Symptome können stark variieren. Sie reichen von lokalen Schwellungen über Schmerzen, venöse Stauungen des Beines bis hin zu radikulären Symptomen im Verlauf des

Nervus femoralis [17]. Daneben sind jedoch auch bereits venöse und arterielle Zirkulationsstörungen, Dysurien oder gar Beschwerden aus dem gynäkologischen Bereich beschrieben worden [15,

¹Johanna-Etienne-Krankenhaus, Neuss

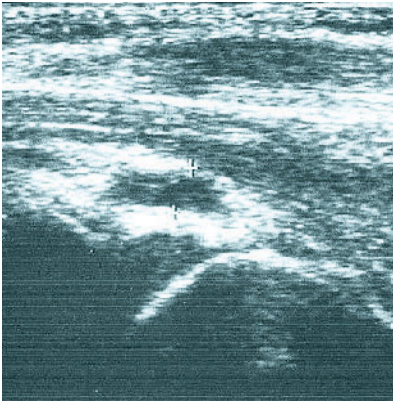


Abbildung 1 Iliopectineale Bursitis ventral der Hüfte im sonografischen Befund

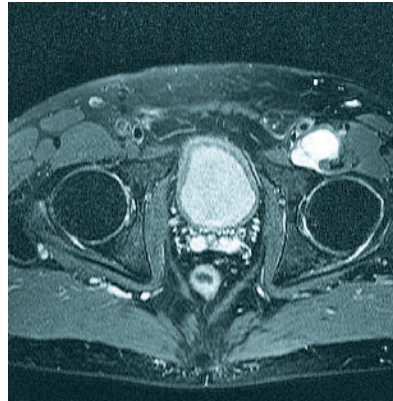


Abbildung 2 Ungekammerte iliopectineale Bursitis ventral der Hüfte im MRT

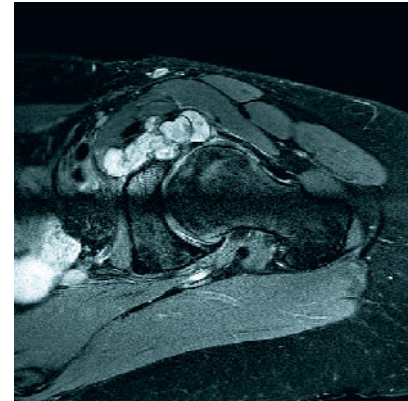


Abbildung 3 Gekammerte iliopectineale Bursitis

17, 5]. Im Röntgenbild zeigen sich außer degenerativen Veränderungen des betroffenen Hüftgelenkes nur selten Veränderungen. Sonografie oder Kernspintomografie belegen diagnostisch dann die zugrunde liegende Pathologie.

Die Therapie ist chirurgisch und besteht in der Regel in der offenen Resektion. Bei einem derartigen konventionellen offenen Vorgehen gilt es jedoch, auf die nahe räumliche Beziehung zu den neurovaskulären Strukturen zu achten [5].

In der vorliegenden Arbeit schildern wir unsere diagnostischen und therapeutischen Erfahrungen mit diesem Krankheitsbild.

Material und Methodik

Zwischen 1999 und 2017 wurden 25 Patienten mit einer symptomatischen iliopectinealen Bursa arthroskopisch von uns behandelt. Es handelte sich um 16 Frauen und 9 Männer. Das Durchschnittsalter betrug 57 Jahre (33–78 Jahre). Es handelte sich 17-mal um eine Veränderung im Bereich der rechten Hüfte und 8-mal im Bereich der linken Hüfte.

Die Patienten rekrutierten sich aus unserer Zuweisungsambulanz. In 9 Fällen war die Diagnose bereits zum Zeitpunkt der Zuweisung gesichert. 8 Patienten wurden zur Hüftarthroskopie zugewiesen und im Rahmen der weiteren Bildgebung ergab sich die Diagnose einer iliopectinealen Zyste. Bei 2 Patienten zeigte sich schon auf den mitgebrachten MRT-Bildern der Befund, ohne dass dieses radiologisch entspre-

chend interpretiert wurde. 5 Patienten wurden mit unklaren Leistenschmerzen zur weiteren Abklärung überwiesen und ein Patient wurde uns von unseren Gefäßchirurgen zugewiesen. Dieser Patient wurde primär auffällig wegen einer Thrombose, welche operativ behandelt wurde. Die weitere Abklärung zeigte bei diesem Patienten als Ursache für die Thrombose eine ausgeprägte iliopectineale Zyste.

Bildgebend wurde die Diagnose 2-mal im Rahmen einer Ultraschalluntersuchung verifiziert (Abb. 1). 23-mal erfolgte eine Diagnosesicherung durch kernspintomografischen Befund. Die Zyste kann ein-, aber auch vielkammerig angelegt sein (Abb. 2, 3).

Als identifizierbare Ursache für die iliopectineale Bursitis lag bei 18 Patienten eine Coxarthrose im Kellgren-Lawrence-Stadium 1–3 vor (Abb. 4). Bei einem Patienten lag eine Femurkopfnekrose vor und bei 6 Patienten fanden sich rheumatoide Arthritiden.

Die arthroskopische Therapie wurde in Rückenlage mit Extensionstisch durchgeführt. Nach entsprechender Vorbereitung, Lagerung mit sorgfältiger Polsterung, sterilem Abwaschen und Traktion erfolgte die intraartikuläre Inspektion des Hüftgelenks in üblicher Weise. Eventuell notwendige chirurgische Maßnahmen im zentralen Kompartiment können jetzt durchgeführt werden. Anschließend wird die Traktion wieder gelöst und mit einem Shaver wurde eine Tasche unter Triangulationstechnik und radiologischer Kontrolle vor der Gelenkkapsel gebildet. Von hier aus erfolgte dann von extra- nach intraartiku-

lär ein sukzessives ventrales Kapselrelease. Bei 2 Patienten fanden sich hierbei Reste eines kristallinen Glucocorticoidpharmakons im ventralen Kapselbereich. Unter endoskopischer und gleichzeitiger radiologischer Kontrolle wurde das Release sukzessive nach medial erweitert bis zu dem Punkt, an dem es zu einer Entleerung der Zyste kam (Abb. 5, 6). Der Ventilmechanismus der Zyste wird hierbei weit eröffnet. Der Zysteninhalt wurde mit einem Shaver entfernt und gleichzeitig erfolgte eine vorsichtige Anfrischung der Zystenwand.

Abgeschlossen wurde der Eingriff durch Instillation von 10 mg Corticosteroid verdünnt mit 10 ml Carbestesin. Auf die Anlage einer Redonsaugdrainage wird routinemäßig bei Hüftarthroskopien in unserem Hause verzichtet. Es wurde ein Kompressionsverband angelegt.

Dem Patienten wurde unmittelbar postoperativ die schmerzadaptierte Vollbelastung erlaubt. Für die Dauer der schmerzabhängigen Teilbelastung erfolgte eine Thromboseprophylaxe. Der stationäre Aufenthalt betrug im Schnitt 3,8 Tage. Prinzipiell ist die hüftgelenkarthroskopische Maßnahme ambulant durchführbar. Da sie jedoch nicht ambulant abrechenbar ist, bleibt in der Regel nur ein kurzer stationärer Aufenthalt.

Ergebnisse

Bei allen Patienten konnte der Ventilmechanismus der iliopectinealen Bursa arthroskopisch eröffnet und eine Entleerung der Bursa herbeigeführt werden. Die gesamte OP-Zeit betrug durch-

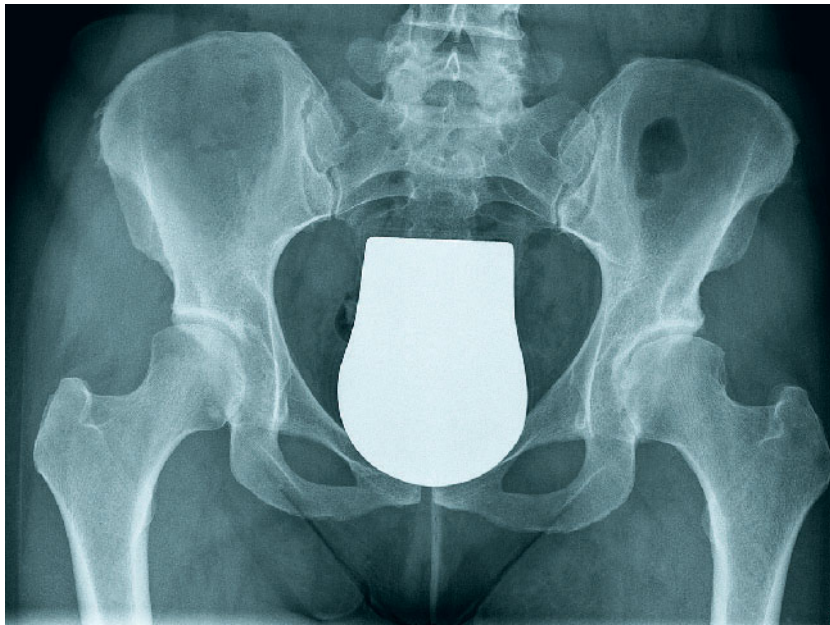


Abbildung 4 Röntgenbild bei linksseitig vorliegender iliopectinealer Zyste

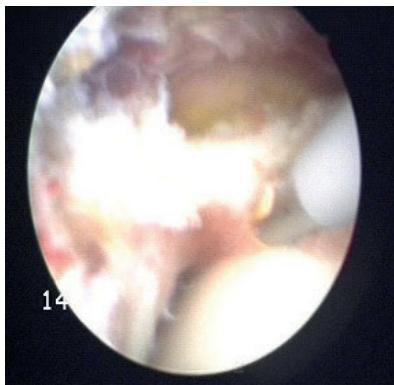


Abbildung 5 Eröffnung der Zyste



Abbildung 6 Ausräumung der Zyste

schnittlich 35 Minuten (20–47 Minuten). Die Extensionszeit betrug nur 22 Minuten (12–34 Minuten).

Bei keinem der Patienten kam es zu neurovaskulären Komplikationen oder zu anderweitigen unerwünschten Effekten oder Komplikationen.

Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung (7,7 Jahre postoperativ) ergaben sich keine klinischen Hinweise auf ein Rezidiv. Bei allen Patienten waren die präoperativ vorhandenen klinischen Symptome, die durch die Bursa bedingt waren, innerhalb von 3–6 Wochen nach der arthroskopischen Intervention verschwunden.

Bei 10 Patienten wurde zwischenzeitlich aufgrund der zunehmenden Arthroseprobleme eine Hüftprothese im-

plantiert. Die Implantation der Hüftprothese erfolgte 4–8 Jahre nach der arthroskopischen Intervention.

Hiervon betroffen war der eine Patient mit einer Hüftkopfnekrose, ein Patient mit einer rheumatoiden Arthritis und 8 Patienten mit Coxarthrosen, die einen deutlichen Progress zeigten. Soweit die Patienten bei uns versorgt wurden, erhielten diese eine Kurzschafften-doprothese (Abb. 7).

Diskussion

Die symptomatische Bursa iliopectinea ist eine seltene Differenzialdiagnose bei Leistenschmerzen. Wie oftmals ist auch hier das Hauptproblem, dass nur selten

an eine solche Differenzialdiagnose gedacht wird, da diese weitestgehend unbekannt ist. Dieses Phänomen hat sich auch sehr deutlich in unserem Patientengut gezeigt. In weniger als der Hälfte unserer Patienten wurde die Diagnose schon im Rahmen der Zuweisung gestellt. Wird diese in die differenzialdiagnostischen Überlegungen mit einbezogen, so ist die Diagnosestellung mittels Ultraschall oder Kernspintomografie rasch möglich. Auch Kollegen in anderen Fachbereichen außerhalb von Orthopädie und Unfallchirurgie (Gefäßchirurgie, Gynäkologie, Viszeralchirurgie, Neurologie, Radiologie) sollten mit dieser Differenzialdiagnose vertraut sein.

Auch in der Literatur finden sich bisher nur relativ wenige Hinweise auf diese seltene Differenzialdiagnose. Wenn Publikationen vorliegen, finden sich diese in der Regel in der radiologischen oder rheumatologischen Literatur [16, 4, 1]; ganz wenige Literaturstellen finden sich im orthopädischen Bereich [9].

Die klinischen Symptome können von lokalen Schwellungen über lokale Schmerzen, radikuläre Schmerzen im Verlauf des Nervus femoralis, venöse oder arterielle Zirkulationsstörungen, Lymphödeme [13, 6], Dysurien bis hin zu dysmenorrhöischen Beschwerden reichen. Es sind Ausdehnungen der Bursa bis in den retroperitonealen Raum beschrieben worden [5].

Im Rahmen der bildgebenden Diagnostik wird man in der Regel zunächst ein Röntgenbild durchführen. Dieses zeigt dann unterschiedliche Grade der Arthrose, ist aber in der Regel nicht konklusiv. Die sonografische Untersuchung zeigt üblicherweise eine echoarme Raumforderung lateral der femoralen Gefäße. Führt man eine Punktion durch, so erhält man klare Flüssigkeit, eventuell mit einigen wenigen synovialen Zellanteilen. Verschiedentlich wurden auch Kontrastmitteldarstellungen der Bursa durchgeführt. Diese zeigen dann regelhaft eine Verbindung zwischen der Bursa iliopectinea und dem Hüftgelenk [5]. Heutzutage ist die aussagekräftigste Bildgebung die Kernspintomografie, die es auch erlaubt, das Ausmaß der Zyste in allen 3 Ebenen zu beurteilen. Ein Angio-CT oder Angio-MR, wie es von manchen Autoren gefordert wird, ist unseres Er-

achtens nur in Ausnahmefällen gerechtfertigt [11].

Verschiedene Literaturstellen geben auch einen Hüftinfekt als Erstmanifestation einer Bursitis iliopectinea an [11, 3]. Andere seltene Ursachen, die in die differenzialdiagnostischen Überlegungen mit einbezogen werden sollten, sind ein Polyethylenabrieb mit sukzessiver Synovitis [12] und eine villonoduläre Synovitis [15]. Eventuell ist zu erwarten, dass auch Patienten mit einer ALVAL-Reaktion eine ähnliche Symptomatik zeigen.

Das bisherige Therapiemanagement ist das der chirurgischen Exstirpation. Aufgrund der nahegelegenen Gefäß-Nerven-Strukturen birgt dieses ein gewisses Risikopotenzial. Der ventrale Zugang birgt auch immer eine Gefahr für den N. cutaneus femoris lateralis. Die Einsehbarkeit des Hüftgelenks ist über diesen Zugang nur sehr begrenzt möglich; Gleiches gilt für die Möglichkeit, im Hüftgelenk bei Bedarf chirurgisch tätig zu werden.

Von uns wird aus diesen Gründen schon seit 1999 zur chirurgischen Therapie der iliopectinealen Zyste die arthroskopische Technik verwendet. Diese bietet naturgemäß eine deutlich bessere Einsicht in das Hüftgelenk. Bei Bedarf können auch Probeentnahmen



Abbildung 7 Versorgung mit Kurzschafthoprothese nach zunehmender Arthrose 5 Jahre nach arthroskopischer Resektion einer iliopectinealen Zyste

zur Mikrobiologie oder zur histologischen Untersuchung durchgeführt werden. Selbst nach endoprothetischer Versorgung sind arthroskopische Hüfteingriffe, insbesondere am ventralen vorderen Pfannenerker, sehr gut möglich [7, 8].

Wie unsere Ergebnisse zeigen, ist eine komplette Resektion der Bursa an sich nicht notwendig. Es reicht offensichtlich, wie unsere Erfahrung zeigt, dass man den Ventilmechanismus zum Hüftgelenk weiträumig eröffnet,

den Zysteninhalt entleert und die Zystenwand vorsichtig anfrischt. Allerdings gibt es sicher auch Grenzen für dieses Vorgehen, insbesondere bei septischen Prozessen oder weit nach retroperitoneal reichenden zystischen Strukturen.

Fazit und klinische Relevanz

Die Bursitis iliopectinea ist eine seltene Differenzialdiagnose bei Leistenschmerzen, insbesondere bei Patienten mit Affektionen des Hüftgelenks. Bei klinischem Verdacht bringt die Sonografie oder die Kernspintomografie die Bestätigung der Diagnose. Als therapeutische Option ist die arthroskopische Technik als minimal-invasives Verfahren eine komplikationsarme und sichere Therapie. Langfristig wird das zugrunde liegende Leiden die Prognose des Hüftgelenks determinieren. OUP

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jörg Jerosch
Johanna-Etienne-Krankenhaus
Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie
und Sportmedizin
Am Hasenberg 46, 41462 Neuss
j.jerosch@ak-neuss.de

Literatur

1. Bianchi S, Martinoli C, Keller A, Bianchi-Zamorani MP: Giant iliopsoas bursitis: sonographic findings with magnetic resonance correlations. *J Clin Ultrasound* 2002; 30: 437–441
2. Brunot S, Dubeau S, Laumonier H, et al.: Acute inguinal pain associated with iliopectineal bursitis in four professional soccer players. *Diagn Interv Imaging* 2013; 94: 91–94
3. Ginesty E, Dromer C, Galy-Fourcade D, et al.: Iliopsoas bursopathies. A review of twelve cases. *Rev Rhum Engl Ed* 1998; 65: 181–186
4. Gomes EA, Cerqueira LM: Iliopectineal bursitis: case report. *Rev Bras Reumatol* 2010; 50: 590–595
5. Gresser J, Bitz K, Binswanger R, Hegglin J: Bursitis iliopectinea – a rare differential diagnosis of painful inguinal swelling. *Helv Chir Acta* 1992; 59: 383–388
6. Iwata T, Nozawa S, Ohashi M, Sakai H, Shimizu K: Giant iliopectineal bursitis presenting as neuropathy and severe edema of the lower limb: case illustration and review of the literature. *Clin Rheumatol* 2013; 32: 721–725
7. Jerosch J: Das femoracetabuläre Impingement am Hüftgelenk. *Diagnostik – Therapiemanagement. Chirurgische Praxis* 2010; 71: 609–623
8. Jerosch J, Grasselli C, Neuhäuser C: Arthroskopische Therapie von Patienten mit Iliopsoas-Impingement (IPI) nach alloarthroplastischem Hüftgelenkersatz. *Orthopädische Praxis* 2009; 45: 127–133
9. Jerosch J, Neuhäuser C: Arthroskopische Therapie der Bursitis iliopectinea. *Orthopädische Praxis* 2010; 46: 506–509
10. Johnston CA, Wiley JP, Lindsay DM, Wiseman DA: Iliopsoas bursitis and tendinitis. A review. *Sports Med* 1998; 25: 271–283
11. Koudela K Jr, Koudelová J, Koudela K Sr, Kunesová M: Bursitis iliopectinea. *Acta Chir Orthop Traumatol Cech* 2008; 75: 347–354
12. Kuiken DS, ten Have BL, van Raay JJ: A swollen leg after total hip arthroplasty. *Ned Tijdschr Geneesk* 2008; 152: 1634–1639
13. Kuroyanagi G, Yamada K, Imaizumi T, et al.: Leg lymphedema caused by iliopectineal bursitis associated with destruction of a rheumatoid hip joint: A case report. *Exp Ther Med* 2013; 6: 887–890
14. Orozco Merino MY, Lasca L: Iliopectineal bursitis. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba* 2016; 73: 306
15. Stadelmann A, Waldis M, von Hochstetter A, Schreiber A: Nerve compression syndrome caused by synovial cyst of the hip joint. *Z Orthop Ihre Grenzgeb* 1992; 130: 125–128
16. Tateiwa T, Shinmura K, Ko M, Mibe J, Yamamoto K: Iliopectineal bursitis associated with rapid destruction of a rheumatoid hip joint. *J Orthop Sci* 2009; 14: 455–458
17. Tatsumura M, Mishima H, Shiina I, et al.: Femoral nerve palsy caused by a huge iliopectineal synovitis extending to the iliac fossa in a rheumatoid arthritis case. *Mod Rheumatol* 2008; 18: 81–85