

I denne spalten ønsker vi å trykke kasuistikker som har gjort spesielt inntrykk og som bidragsyterne har opplevd som spesielt lærerike. For har vi selv lært noe i slike situasjoner, vil det som oftest også være av interesse for andre. Og vi vil gjerne ha en kommentar til slutt om hvilke tanker du har gjort deg rundt denne opplevelsen. Bidrag sendes Karin Frydenberg (red.) frydrein@online.no. Kast dere frampå, folkens!



Differensialdiagnoser ved hoftesmerter

– TRE KASUS FRA VALDRES

Vondt i hoftene er ingen sjelden plage. I førstelinjetjenesten føler jeg det viktig å diagnostisere de som kan ha nytte av kirurgi. Vi ser at pasienter med til dels invalidiserende plager, kan få en svært god livskvalitet etter at de har blitt operert. Selv legger jeg vekt på om pasienten har nattlige smerter og om funksjonsevnen er betydelig nedsatt, ikke minst i forhold til fritidsaktiviteter. Her i Valdres har vi rike muligheter til friluftsliv, noe befolkningen vet å sette pris på. Dersom man ikke lenger klarer å gå i fjellet, på jakt og lignende, er det en betydelig reduksjon av livskvaliteten.

Blant dem som har vært innom med vondt i hoftene, har jeg hatt tre pasienter med liknende symptom-bilde, men hvor det viste seg at det var tre forskjellige årsaker, som krevde tre forskjellige inngrep. Det var en utfordring for meg å finne ut av dette og sørge for at de fikk rett behandling. De kliniske symptomene gir ikke entydig svar på diagnosen, og som alltid er det viktig å ta seg tid til grundig anamnese og systematisk undersøkelse. Røntgen ga svaret i kun et av tilfellene, slik at man må vurdere annen billeddiagnostikk dersom plagene vedvarer uten at man har funnet fornuftig forklaring. Alle tre er operert. To er blitt så bra at de har gjenopptatt fritidsaktiviteter som de tidligere bedrev, men som hofteplagene satte en stopper for. Alle tre er menn mellom 60–76 år. To var pensjonister, en er fortsatt yrkesaktiv.

Pasient 1 oppsøkte meg tidlig i 2004 til rutinekontroll. Jeg kjente han godt, men ikke fra besøk på kontoret da han tidligere stort sett hadde vært frisk. Han hadde smerter inni hofta, spesielt inn mot lysken. Dette hadde kommet gradvis det siste halve året uten foranledning, ikke traume. Han

hadde smerter både når han var i ro og ved aktivitet. Også smerter om natta, samt startvansker fra morgenen, men det gikk seg noe til utover dagen. Ingen familiær belastning med hofteplager. Han brukte ingen faste medikamenter og røykte ikke. Ved us. hadde han noe vaggende gange. Vansker med å bøye seg, klarte med mye besvær og få på seg skoene etter us. Smerter i den ene hofta ved fleksjon og rotasjon, men sidelik og normal ab-og adduksjon. Normal nevrologi, Laseque negativ, god perifer sirkulasjon. Andre hofte var normal. Alle blodprøver var normale med SR 5 og CRP < 8. Revmaserologi også neg. Rtg. av begge hofter viste normale ossøse og artikulære forhold. Da han også hadde hatt murring i ryggen, ble det tatt rtg. lumbalcolumna som viste mulig Mb. Scheuerman, ellers ingen patologi.

Pga. mistanke om hernie ble han så henvist til ultralyd. Man påviste her et inguinalhernie. Radiologen mente det kunne forklare hans smerter og anbefalte operasjon. Denne ble gjennomført to måneder etter at han var hos meg første gang. Man fant et stort preperitonealt lipom som ble fripreparert ned til indre lyskeåpning. Mulig lite lateralt brokk, det ble lagt inn Bard plugg. Ellers ikke påvist andre brokk, spesielt ikke femoralt.

Ved kontroll en måned etter operasjonen, var han fortsatt betydelig plaget av smerter, følte ikke at brokkoperasjonen hadde gjort situasjonen bedre. Pga. langvarig, uavklart smerteproblematikk ble han henvist til MR lumbalcolumna, hofte og lår. MR lumbalcolumna viste kun beskjedne deg. forandringer. MR av hoften viste høysignalforandringer i caput og collum femoris forenlig med avaskulær nekrose. På bakgrunn av dette ble pas. vurdert av ortoped

med tanke på proteseoperasjon. Etter å ha drøftet pas. inngående i ortopedmiljøet, ble man enige om å behandle han konservativt og se det an. Da ny MR etter seks mnd. viste progressjon av nekrosen, samt at han stadig var betydelig plaget med smerter og innskrenket bevegelighet, ble det forsøkt operasjon med oppboring til det patologiske området. Dette bedret situasjonen såpass at han var tilbake på jobb etter et snaut år.

Pasienten er siden fulgt av ortoped. Ved siste kontroll sept. 06 var tilstanden i hofta nærmest uendret, men det var tilkommet en viss artroseutvikling, som nok kan indikere at det trolig ender med protese i hofta en eller annen gang. Han er selv godt fornøyd og i jobb slik at man har klart å opprettholde god livskvalitet, til tross for et langtrukket og komplisert sykdomsforløp.

Pasient 2 oppsøkte meg høsten 04. Han hadde kjent hjerte-karsykdom, hadde hjerteinfarkt for snaut ti år siden. Bruker fast ASA, ACE-hemmer, betablokker og statin, har på dette vært velregulert og i fin form. Tidligere storøyker, men hadde sluttet for noen måneder siden. Før det aktuelle var han ivrig til å gå turer, ikke minst i skog og mark. Pga. hans hjerteplager fulgte jeg han regelmessig opp og kjente han derfor godt. Han er en traust kar, og som mange andre her i Valdres, forsnakker han seg ikke.

Han beskrev for meg at han hadde fått økende plager med hofta siste tre måneder. Dette hadde kommet gradvis uten foranledning, ikke traume. Han beskrev smertene mer lateralt i hofta, også noe utstråling ned lateralt og på baksiden av låret. Han hadde ikke smerter når han var i ro, ikke plaget om natta. Smertene kom raskt når han skulle gå, spesielt i motbakke. Han benektet krampetendens, men beskrev at han ble fort sliten i beinet når han skulle gå. Ingen startvansker.

Ved us hadde han noe vaggende gange. Klarte greit å bøye seg for å ta på seg skoene etter us. Han var ikke palp. øm i hofta, spes. ikke øm over trochanter. Normal og sidelik beveg. i begge hofter, men angir smerter ved bevegelse i ytterstillingene i affisert hofte. Normal nevrologi, Laseque negativ. Perifer vaskulær status ble ikke tatt. Blodprøver tatt samme dag viste forhøyet SR (62), men norm CRP (< 8). Blodsukker 5,5. Øvrige prøver inkl. urinsyre var normal.

Pas. ble henv. rtg (enklest for ham, da vi har digitalisert rtg-apparat her på Fagernes) for å avklare artrose/artritt. Rtg. viste ingen patologi.

Ved kontroll etter en mnd tok jeg en grundigere anamnese. Det kom frem at han fikk smerter når han gikk > 50–100

meter, spesielt ille når han gikk i motbakke. Smertene begynte i leggen og bredde seg opp i hofta, ikke som han ga uttrykk for ved første konsultasjon, at det startet i hofta. Dersom han hvilte avtok smerten, slik at han igjen kunne gå 100 meter.

Ved us var det smertefulle beinet kaldt fra midt på leggen. Det var norm. og sidelik hudfarge, men tydelig nedsatt kapillær fylning. Svakere puls i a. femoralis på affisert side, ikke palp. puls distalt for lysken.

Han ble på bakgrunn av dette henvist karkirurg. Ankelindex affisert side var 0,64, mens den var 1,05 på det andre beinet. MR angio viste en svært trang stenose, evt. totalokklusjon i iliaca communis på affisert side, samt noe stenose i iliaca externa samme side. Relativt bra kar distalt, med kun beskjedne forandringer.

Fire måneder etter at han var hos meg, ble det gjort PTA med innsetting av stent x 2 i hø. bekkenstamme, samt PTA i hø. femoralis superficialis og poplitea. Angiografisk vellykket, ankelindex etter operasjonen var 1,0 begge bein.

Pasienten har siden vært fulgt opp hos karkirurg, og ved kontroll feb. 06 var han godt fornøyd. Gangdistansen var tilfredsstillende, og han følte selv at han kunne gå og være i aktivitet det han ønsket.

Pasient 3 er også en aktiv pensjonist, som er glad i gå i skog og mark. Meget god fysisk form, hadde gått både Birkebeineren og syklet Trondheim–Oslo. Han brukte ingen medikamenter og røykte ikke. Han oppsøkte meg for et drøyt år siden, etter at han hadde vært hos fysioterapeut. «Bestillingen» var egentlig en kortisonsprøyte, da han selv mistenkte at han hadde senebetennelse. Han fortalte meg at han hadde fått økende smerter i begge hofter, spesielt høyre. Dette hadde kommet gradvis uten foranledning, ikke-traume. Han lokaliserte smertene mest til lysken, men også på lateral siden av låret, derfor av fysioterapeuten tolket som trochantertendinit. Smerter både i aktivitet og i ro. Han hadde startvansker og måtte hjelpe til med armene når han skulle reise seg. Det var ingen familiær belastning med hofteplager.

Ved us. hadde han vaggende gange med halting. Betydelig nedsatt bevegelighet, både ved rotasjon samt ab- og adduksjon, klarer ikke å krysse hø. bein over ve. Det var betydelige smerter ved bevegelse i ytterstillinger. Ingen atrofi og normal perifer nevrologi.

Han ble henvist røntgen, som viste bilateral artrose med nedsatt brusk, subchondral sclerose og randpåleiringer hø.