



Fachinformation:

Hüftschnupfen (Coxitis fugax)

Kindliche flüchtige reaktive Arthritis des Hüftgelenks

(von J. Pförtner)

Diese Information ist eine allgemeine Erklärung und Darstellung medizinischer Zusammenhänge unserer Klinik ohne Anspruch auf Vollständigkeit und Richtigkeit, sie spiegelt unsere derzeitige medizinische Auffassung wider.

Auftreten und Risiken

Der Hüftschnupfen ist eine kurzfristige Entzündung des Hüftgelenkes (*Coxitis fugax* = flüchtige Hüftgelenkentzündung), die in der Regel in wenigen Tagen bis Wochen ohne Folgen ausheilt. Er wird meist durch einen Atemwegsinfekt oder eine Magendarmgrippe ausgelöst, die oft schon wieder abgeklungen ist, und fängt häufig mit plötzlichen starken Schmerzen im Leisten- und Oberschenkelbereich bis zum Knie an, sodass die Kinder ohne äußeren Anlass nicht mehr laufen wollen.

Da manchmal hinter einem Hüftschnupfen auch andere schwerere Hüfterkrankungen stecken können (M. Perthes, bakterielle Coxitis), muss der Hüftschnupfen genau beobachtet werden und bei Hinweisen auf andere Ursachen müssen gegebenenfalls weitere Untersuchungen erfolgen.

Typischerweise sind Kinder zwischen dem vierten bis siebten Lebensjahr betroffen (Jungen bis viermal häufiger), jedoch auch jüngere Kinder und Kinder bis zehn Jahre können gelegentlich einen Hüftschnupfen haben. Beide Hüftgelenke sind gleich häufig betroffen, bei weniger als jedem zwanzigsten Kind sind beide Gelenke gleichzeitig betroffen. Der Hüftschnupfen kommt vor allem in den Übergangsmonaten im Frühjahr und im Herbst vor, nur ein Fünftel aller Fälle treten zwischen Mai und August auf.

Familiäre Risiken sind nicht bekannt, auch keine familiäre Häufung. Es besteht ebenfalls keine Verbindung mit anderen Hüfterkrankungen. Weder mit einer Hüftdysplasie noch mit einer Hüftkopfnekrose (M. Perthes) kommt ein Hüftschnupfen häufiger vor. In der Regel lag noch nie ein Hüftleiden vor, war die motorische und sonstige Entwicklung völlig unauffällig.

Die meisten Kinder haben in den zwei Wochen vor Beginn des Hüftschnupfens einen grippalen Infekt durchgemacht, der meist schon wieder abgeklungen ist. Neben Infekten der oberen Atemwege, Mandelentzündungen oder Mittelohrentzündungen sind seltener auch Magendarminfekte beobachtet worden. Allerdings kann auch bei gezielter Suche bei etwa jedem zweiten Kind kein Infekt nachgewiesen werden.

Beschwerden und Untersuchung

Meist beginnt der Hüftschnupfen plötzlich "aus heiterem Himmel", manchmal morgens beim Aufstehen, manchmal im Tagesverlauf. Die Schmerzen sind vor allem



in der Leiste (bei 77 %), da dort auch das Hüftgelenk liegt. Aus der Hüftgelenkkapsel entspringt jedoch einer der Anteile des großen vorderen Oberschenkelmuskels (M. quadriceps), der zur Kniescheibe zieht und zur Kniestreckung nötig ist. Genau entlang dieses Muskelanteils (M. rectus femoris) strahlen die Schmerzen oft am Oberschenkel vorderseitig zum Knie aus. Einige Kinder geben auch nur Schmerzen am Oberschenkel oder Knie an. Die meisten Kinder hinken (74 %), selten sind sie gar nicht gehfähig. Das betroffene Bein wird meist in Streckung, Anspannung und Drehung gehalten (85 %). Dies wird durch die ärztliche Untersuchung bestätigt, bei der sich zudem ein positives "Vierer-Zeichen" findet (das somit eindeutig die Schmerzen in der Hüfte lokalisiert).

Eine Röntgenaufnahme des Hüftgelenkes zeigt selten Auffälligkeiten. Manchmal kann der Gelenkspalt innenseitig als Hinweis auf den Gelenkerguss verbreitert sein, ebenso sind gelegentlich lateral Auswölbungen aufgrund des Ergusses sichtbar. Jedoch ist das Röntgen meist notwendig, um andere Erkrankungen auszuschließen.

Ergiebiger ist eine Ultraschall-Untersuchung des Hüftgelenkes, bei der in nahezu allen Fällen ein kräftiger Gelenkerguss zu sehen ist. Wenn der Ultraschallkopf diagonal in der Hüfte aufgesetzt wird, läßt sich die Umschlagfalte der Gelenkkapsel am Schenkelhals sehen, die sich diesem meist konkav anlegt und einen Abstand von etwa 4 - 5 mm aufweist. Bei einem Erguss ist die Umschlagfalte jedoch abgehoben und wölbt sich konvex

vor. Zwar kann ein Erguss sehr genau erkannt und im Ausmaß bestimmt werden (als Abstand der Umschlagfalte vom Schenkelhals), jedoch kann nicht zwischen einem "normalen" Erguss und einer bakteriellen Gelenkentzündung unterschieden werden.

Eine bakterielle Gelenkentzündung muss jedoch sicher erkannt werden, da sie ganz anders behandelt werden muss. Allerdings ist sie sehr, sehr selten. Als Hinweise gelten Fieber, Lymphknotenschwellungen und stark erhöhte Entzündungswerte. Daher sollte bei einer Coxitis fugax auch eine Laboruntersuchung erfolgen. Allerdings sind die Entzündungswerte auch bei einer Coxitis fugax gelegentlich leicht erhöht. In 70 - 80 % ist die Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG) leicht erhöht, in 10 - 30 % auch das CRP (ein weiterer Entzündungswert). Bei etwa 15 % sind die weißen Blutkörperchen erhöht (Leukozytose). Und etwa 30 % der Kinder haben subfebrile Temperaturen.

Behandlung

Da der Hüftschnupfen eine vorübergehende Erkrankung ist, die keine bleibenden Schäden hinterläßt, richtet sich die Behandlung nach den Beschwerden. Also wird meist ein Schmerzmittel empfohlen, etwa Paracetamol, oder bei stärkeren Beschwerden ein entzündungshemmendes (*antiphlogistisches*) Präparat wie Naproxen oder Indomethacin. In einer klinischen Untersuchung zur Wirksamkeit von Indomethacin betrug die durchschnittliche



Beschwerdedauer zwei Tage, ohne Indomethacin 4,5 Tage.

Viel wichtiger als die medikamentöse Therapie ist aber die Entlastung. Kinder können erst ab etwa fünf bis sechs Jahren sicher mit Gehstützen umgehen, ab diesem Alter sollen sie diese auch benutzen und das betroffene Bein abrollen, aber nicht belasten. Vorher kann eine Entlastung in der Regel nur durch Bettruhe erfolgen.

Umstritten ist die Verwendung einer Extension, bei der im Bett über einen Verband am Bein ein leichter Zug an der betroffenen Hüfte ausgeübt wird und diese so entlastet wird. In unserer Klinik bestehen hiermit gute Erfahrungen, eine wissenschaftliche Evidenz gibt es allerdings nicht.

Bei Einhalten der Behandlung sind 50 – 60 % der Kinder nach einer Woche beschwerdefrei, sonographisch ist auch kein Erguss mehr nachweisbar. Bei weiteren 20 – 30 % dauert es bis zu zwei Wochen, nur weniger Kinder haben darüber hinaus Beschwerden. Meist stellen sich zuerst wieder die freie Bewegung und die Schmerzfreiheit ein, der Erguss bildet sich oft langsamer zurück.

Allerdings haben zwischen 5 – 20 % der Kinder in ihrem Leben nochmals einen Hüftschnupfen. Langfristige Beschwerden oder Hüftveränderungen konnten bisher nicht gezeigt werden. Allerdings wird meist eine Nachkontrolle nach 3 – 6 Monaten empfohlen, um eine Hüftkopfnekrose sicher und endgültig als Beschwerdeursache auszuschließen, andere Kinderorthopäden halten diese Untersuchung aber auch nur bei weiter bestehenden Beschwerden für erforderlich.

Wichtig ist in jedem Fall, frühzeitig auszuschließen, dass sich hinter dem gutartigen Hüftschnupfen doch eine schwerwiegende Erkrankung versteckt. Dies ist vor allem die bakterielle Arthritis, die aber meist mit Fieber und reduziertem Allgemeinzustand kombiniert ist. Im Zweifel wird der Gelenkerguss punktiert, um einen Erregerausschluss mikrobiologisch abzusichern. Gelegentlich kann auch eine rheumatische Form hinter einem Hüftschnupfen stecken. In Süddeutschland ergab sich bei einer Untersuchung, dass eines von etwa 1300 Kindern im Jahr einen Hüftschnupfen hat. Von diesen erwiesen sich 90 % als gutartiger Hüftschnupfen, und nur 9 % als Rheumaform.