

# Plötzlich einsetzender Hüftschmerz



Abbildung 1: Beckenübersichtsröntgen.



Abbildungen 2 bis 4: Bildausschnitte der Hernie aus dem CT.



Abbildung 3

## Anamnese

Eine 76-jährige, etwas demente, aber rüstige Patientin stellt sich in der chirurgischen Notfallambulanz mit Schmerz im Bereich der rechten Hüfte vor. Sie habe am Vortag husten müssen, sei daraufhin gestolpert, aber nicht gestürzt. Dabei habe sie einen plötzlich einsetzenden Schmerz verspürt, der sich jetzt immobilisierend auswirke.

## Aufnahmebefund

Schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit der rechten Hüfte, Anheben des rechten Beines nicht möglich, keine Beinlängendifferenz, sonstige Untersuchung inklusive Labor, Pulmo und Abdomen unauffällig.

## Röntgen

Beckenübersicht und rechte Hüfte axial: keine Fraktur, gering ausgeprägte Coxarthrose beidseitig.

## Verlauf

Aufnahme zur Schmerztherapie, Abklärung und Mobilisierung – im weiteren Verlauf fällt der Tochter eine etwas verwaschene Sprache auf, daher craniale Computertomografie (CCT) und neurologisches Konsil. Im CCT frontotemporales

Hygrom links mit leichter Mittellinienvlagerung ohne Einklemmung oder Druckzeichen bei Hirnvolumenminderung, neurologisch zusätzlich rechtsseitige periphere Iliopsoasparese. Elektro-neurografie (ENG) und Elektromyografie (EMG) zeigen Polyneuropathie mit chronischen Schädigungszeichen und frischer Denervierungsaktivität Musculus rectus femoris rechts.

Somit weiterhin keine Erklärung für die Schmerzen an der rechten Hüfte und der peripheren Neurologie, keine Verbesserung der Mobilität.

Im weiteren Verlauf entwickelt die Patientin dann diffuse Bauchschmerzen. Sonografisch erweiterte Dünndarmschlingen und Pendelperistaltik. Radiologisch Ileuszeichen.

In der Computertomografie (CT) des Abdomens ergab sich dann die Lösung des Rätsels: Eine im rechten Foramen obturatorium inkarzerierte Dünndarmschlinge erklärte den Ileus und eine kleinere Schenkelhernie hatte die Hüftbeschwerden, die akute neurologische Symptomatik und die Schmerzen ausgelöst. Auslöser war wohl der Hustenanfall.

Es wurde eine Laparotomie mit Ileumsegmentresektion und Verschluss der Hernie mit resorbierbarem Patch und Naht durchgeführt. Die Schmerzen an der rechten Hüfte und das periphere neurologische Defizit waren zügig rückläufig. Die Patientin konnte zwölf Tage nach der Operation die Klinik verlassen.



Abbildung 4

## Fazit

Nicht jede Hüftproblematik ist unfallchirurgisch-orthopädisch verursacht. Die Darstellung von Schenkel- oder Obturatorhernien ist sonografisch standardmäßig nicht möglich.

## Autor

Dr. Bernd Kottenhahn,  
Oberarzt der Abteilung für Chirurgie,  
Klinikum Landsberg am Lech,  
Bgm.-Dr.-Hartmann-Straße 50,  
86899 Landsberg am Lech