

Trochanterbursiitti – onko sitä?

Matti Seppänen

Turun yliopistollinen keskussairaala

Lateral hip pain has been called with many names from hip peri-arthritis to trochanteric bursitis. Lateral hip pain may be due to partial or complete ruptures of gluteus medius and minimus muscles, external snapping hip or enthesopathies without any bursal involvement. Usually pain is resolved with conservative treatment. This should include pelvic and hip muscle balance exercises to optimise gait rhythm. With operative treatment gluteal tendon ruptures of the hip should be excluded or treated in the same operation. Isolated trochanteric bursitis may be reason for lateral hip pain only in rheumatoid patients or because of bacterial infection.

Lateraalin lonkkakipu on yleinen ortopedinen ongelma, jonka esiintyvyys on arvioitu olevan jopa 10–25% väestössä. Lateraalinen lonkkakipu vaivaa tyypillisimmin 40–60 v naisia (M:N=4:1) (1–3).

Lateralisen lonkkakivun nimitykset ovat vaihdelleet vuosien saatossa kuvantamismenetelmien kehityksen mukaan lonkan periartriittista trochanterbursiittiin (4).

Anatomiasta ja toiminnasta

Isoon sarvennoiseen kiinnittyy viisi lihasta. Mediaaliset lihakset ovat m. obturator eksternus ja internus, sekä piriformis. Lateraalisesti trochanteriin kiinnittävät gluteus minimus- ja medius lihakset. Näiden lihasten yhteinen tehtävä on lonkan sisärotaatio ja tämän vuoksi nimitys ”lonkan kiertäjäkalvosin” on varsin osuva. Gluteus mediuksen tärkein itsenäinen tehtävä on estää lantion painuminen yhden jalan seisonnan aikana. Suurimman osan tästä tehtävästä hoitaa mediuksen posteriorinen lihasosa joka kiinnittyy pääjänniteellä ison sarvennoisen kärkeen posteriorisesti (5). Gluteuslihasten insertioista vastus lateralisen insertioon kulkee conjoined tendon. Näiden päällä sijaitsee monilokeroinen ison sarvennoisen limapussi (greater trochanteric bursa) joka vähentää tractus iliotibialiksen aiheuttamaa hankausta isoon sarvennoiseen.

Greater Trochanteric Pain Syndrome - GTPS

Karpinski ja Piggot esittivät 1985 lateraaliseen lonkkakivulle uuden, paremmin tautikokonaisuutta kuvaavan termin Greater Trochanteric Pain Syndrome, (GTPS). Tämän määritelmä on palpaatioarkuus ison sarvennoisen päällä potilaan maataessa kyljellään (6). Aikaisemmin vastaavaa tilaa nimettiin trochanterbursiitiksi.

GTPS:n vuoksi tehdyn MRI-kuvauksen yleisin löydös on tendinoosimuutokset gluteus medius (GMe) ja / tai gluteus minimus (GMi) jänneissä ja mahdollisesti pieni nestelisiä trochanter bursan alueella, eli trochanterinen tendinobursiitti. Näinollen varsinaista isoitua trochanterbursiittia ei käytännössä koskaan esiinny muilla kuin reumaatikoilla (5). Isoitettu trochanterbursiitti voi olla mahdollinen myös bakteri-infektion aiheuttamana.

Sukupuolen ja iän lisäksi useiden tekijöiden on todettu altistavan lateraaliseen lonkkakivulle. Potilailta joilla on alaraajojen pituusero ja aikaisempaa alaselkääkipua, jopa 35% on kärsinyt myös lateraaliseen lonkkakivusta (1–3). Naisten leveämpää lantiota on pidetty altistavana syynä. Myös ylipainon, polviartroosin ja tiettyjen urheilulajien kuten pitkänmatkan juoksun on todettu lisäävän lateraalisen lonkkakivun esiintyvyyttä (1). Usein tilanteeseen liittyy kävely- tai



Kuva 1. Vastustettu sisärotaatiokoe (forced external rotation test): lonkka on koukistettuna 90° ja kierrettynä kivuttomaan ulkorotaatioon. Tästä asennosta tutkittava alkaa kiertämään lonkkaa sisäkiertoon tutkijan kättä vastaan. Testin aikana havainnoidaan tutkittavan ilmoittama kipu lateraalisesti mahdollisena merkinä GMe ja/ tai GMi repeämästä sekä tutkittavan voima sisäkierrassa merkinä GMe ja GMi lihasten kunnosta.

juoksurytmin ongelma jossa yhden jalan seisontavaiheessa vastakkainen lantionpuolisko painuu aiheuttan venytyksen ITB:n alueelle. Tästä aiheutuu lisääntynyt hankaus ITB:n (iliotibial band) ja GT:n (greater trochanter) välille ja tulehdusmuutokset GMe ja GMi insertioihin.

Harvinaisempi lateraalisen kivun aiheuttaja on eksterni napsulonkka. Tämä on tyypillisin napsulonkan aiheuttaja. Napsahdus syntyy ileotibiaalijänteen liukuessa lonkan fleksio-ekstensio liikkeen aikana trochanter majorin yli. Napsahdus on yleensä kädelä tunnettavissa tai jopa nähtävissä, mutta ääneltään kohtalaisen vaimea. Potilaat pystyvät yleensä provo-soimaan napsahduksen pyydetessä (7). Potilaiden suurin huolenaihe liittyy yleensä kivuttomaan, mutta voimakkaaseen muljahduksen tunteeseen ja pelkoon sijoiltaanmenosta. Kivuliaaksi napsahdus muuttuu hankauksen ärsyttäessä alla olevaa bursaalista kudosta ja gluteuslihasten jänteitä aiheuttaen tendinobursiitti-muutokset.

Gluteusjänteen repeämät ovat usein konservatiiviseen hoitoon reagoimattoman lonkan ulkosivun taustalla. Repeämiä on todettu jopa 22%:lla vanhemmista potilaista (8). Degeneratiivisena muutoksena repeämä alkaa anteriorisesti Gluteus minimus jänteen alapin-nalta edeten dorsaalisuuntaan ja vähitellen muuttuen täydelliseksi repeämäksi. Trendelenburg muuttuu po-

sitiiviseksi yleensä vasta kun repeämä käsittää myös GMe pääjänteen (5). Osittaisen repeämän poissulke-minen on haasteellinen myös radiologille vaikka epä-lyyn mainitsisi pyynnössään.

Kliinisinä testeinä repeämätilanteissa vastustettu sisärotaatiotesti (kuva 1) ja 30 s yhden jalan seisonta ovat yleensä kivulla positiivisia (5).

Hoito

Kirjallisuudessa konservatiivista hoitoa hallitsee kortisoni-injektiot ja SWT (shock wave therapy). Näistä SWT:n on todettu olevan jonkin verran tehokkaampi kuin kortisoni-injektiot (9,10). Puudute-kortisoni-injektioiden antoa ultraääniohjatusti ja ilman on vertailtu, eikä antotapojen välillä ole saatu eroa (9). Konservatiivista hoitoa käsittelevissä tutkimuksissa fysioterapia on ohitettu maininnalla venyttelystä ja lihasvoimaharjoittelusta.

Operatiivisia hoitoja on kuvattu sekä avoin, että täyhystyskirurginen limapussin poisto (6), ITB vapautus (11), pidennys tai erilaiset z-plastiat (12,13). Myös trochanterinen reductio-osteotomia on kuvattu (14). Gluteusjänteen repeämien kiinnitys on kuvattu sekä skopiolla, että avoimesti (9,10). Operatiivisen hoidon ongelmana ovat gluteusjänteen osittaiset repeämät jotka eivät näy esimerkiksi täyhystyksen aikana trochanterin päälle.

GTPS:n taudinkuvalla voidaan tendinobursiitin hoito aloittaa konservatiivisin keinoin joka käsittää NSAID-lääkityksen, levon, venyttelyt, mutta ennen kaikkea lonkan ja lantion lihasasapainoharjoitukset fysioterapeutin ohjauksessa. Fysioterapian ja lihasvoimaharjoitusten tavoitteena on parantaa kävelyrytmiä ja poistaa ylimääräinen kuormitus ison sarvennoisen alueelle. Kortisoni-puuduteinjektiot ovat hyvä apu alkuvaiheen kivuliaisuuteen, mutta se ei saa olla ainoa konservatiivisen hoidon menetelmä.

Mikäli konservatiivinen hoito ei auta, tai tilanne palautuu hetken avun jälkeen nopeasti ennalleen, on aiheutta miettiä tendinobursiitin sijaan muuta kivun syytä tai operatiivista hoitoa. Yli 3 kk tehotonta konservatiivista hoitoa ei ole syytä jatkaa.

Trochanterbursiittia esiintyy reumaatikoilla ja infektiön aiheuttamana (esim. tuberkuloosi). Se ei kuitenkaan ole ensilinjan työdiagnosi ortopedin vastaanotolla lateraalisen lonkkakivun aiheuttajana.

Kirjallisuus

1. Segal NA, et al. Greater trochanteric pain syndrome: epidemiology and associated factors. *Arch Phys Med Rehabil.* 2007;88(8):988-992.
2. Williams BS, Cohen SP. Greater trochanteric pain syndrome: a review of anatomy, diagnosis and treatment. *Anesth Analg.* 2009;108(5):1662-1670.
3. Lievense A, et al. Prognosis of trochanteric pain in primary care. *Br J Gen Pract.* 2005;55(512):199-204.
4. Lequesne M, From "periarthritis" to hip "rotator cuff" tears. Trochanteric tendinobursitis. *Joint Bone Spine.* 2006;73(4):344-348.
5. Lequesne M, et al. Prospective study of refractory greater trochanter pain syndrome. MRI findings of gluteal tendon tears seen at surgery. Clinical and MRI results of tendon repair. *Joint Bone Spine.* 2008;75(4):458-464.
6. Karpinski MR, Piggott H. Greater trochanteric pain syndrome. A report of 15 cases. *J Bone Joint Surg Br.* 1985;67-B(5):762-763.
7. Voos JE, et al. Arthroscopic anatomy and surgical techniques for peritrochanteric space disorders in the hip. *Arthroscopy.* 2007;23(11):1246 e1-5.
8. Bunker TD, Esler CN, Leach WJ. Rotator-cuff tear of the hip. *J Bone Joint Surg Br.* 1997;79-B(4):618-620.
9. Del Buono A, et al. Management of the greater trochanteric pain syndrome: a systematic review. *Br Med Bull.* 2011.
10. Lustenberger DP, et al. Efficacy of treatment of trochanteric bursitis: a systematic review. *Clin J Sport Med.* 2011;21(5):447-453.
11. Slawski DP, Howard RF. Surgical management of refractory trochanteric bursitis. *Am J Sports Med.* 1997;25(1):86-89.
12. Brignall CG, Stainsby GD. The snapping hip. Treatment by Z-plasty. *J Bone Joint Surg Br.* 1991;73-B(2):253-254.
13. Craig RA, et al. Iliotibial band Z-lengthening for refractory trochanteric bursitis (greater trochanteric pain syndrome). *ANZ J Surg.* 2007;77(11):996-998.
14. Govaert LH, et al. Trochanteric reduction osteotomy as a treatment for refractory trochanteric bursitis. *J Bone Joint Surg Br.* 2003;85-B(2):199-203.