

¹Hopp S, ²Bambach S, ¹Pohlemann T, ²Kelm J

Osteitis pubis

¹Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar

²Klinik für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar

ZUSAMMENFASSUNG

Trotz niedriger Inzidenz der Osteitis pubis kann ein chronischer schmerzhafter Verlauf ein längerfristiges Aussetzen jeglicher sportlicher Aktivität sowohl für den Hobby- als auch Leistungssportler bedeuten. Aufgrund der hohen Variabilität und Überlappung der geschilderten Symptome mit anderen „Problemregionen“ des Sportlers, wie beispielsweise der Leiste, stellt die Diagnostik der Osteitis pubis hohe Anforderungen an den behandelnden Arzt. Aus diesem Grunde ist neben einer sorgfältigen Anamneseerhebung und ausführlichen klinischen Untersuchung die Ergänzung durch eine apparative Diagnostik (Röntgen, Szintigraphie, MRT) zur korrekten Diagnosestellung und zum Ausschluss der möglichen Differentialdiagnosen unabdingbar. Neben zahlreichen therapeutischen Optionen im Sinne von medikamentösen und physikalischen Maßnahmen stellt die Infiltration der Symphyse mit einem Lokalanästhetikum kombiniert mit einem Kortikosteroid unter Bildwandlerkontrolle eine wertvolle Erweiterung von Diagnostik und Therapie dar. Nur äußerst selten ist bei chronischen und therapieresistenten Verläufen eine symphysestabilisierende Operation indiziert. Die Prävention ist von eminenter Bedeutung.

DEFINITION UND PROBLEMSTELLUNG

Die Osteitis pubis ist eine schmerzhaft nicht-infektbedingte Entzündung von Symphyse, Schambeinknochen und der unmittelbar umgebenden Strukturen (Adduktoren, Abdominalmuskulatur, Faszien). Unter pathophysiologischen Gesichtspunkten handelt es sich im Wesentlichen um die Folge einer rezidivierenden Mikrotraumatisierung im Sinne einer Fehl- oder Überlastung durch dauerhaft hohe antagonistisch wirkende Muskelkräfte (abdominelle Muskulatur versus Adduktoren) auf die entsprechenden sehnigen und periostalen Ansätze an Symphyse und Schambeinästen, die zunehmend zu Reizungen und Entzündungen führen (6).

Die Inzidenz der Osteitis pubis unter Sportlern liegt zwischen 0,5-7%, wobei überwiegend Sportarten mit Sprint- und Schusselementen oder schnellen Richtungswechseln, allen voran Fußball oder American Football, aber auch Basketball, Tennis sowie Laufsportarten, vertreten sind. Ein spezielles Ereignis oder eine auslösende Ursache werden nicht angegeben. Das Durchschnittsalter der überwiegend männlichen Patienten liegt bei ca. 30 Jahren (Frauen: ~ 35 Jahre) (1).

Häufig sistieren zwar die Beschwerden nach Wochen bis mehreren Monaten spontan, dennoch stellen Diagnostik und Therapie der Erkrankung enorm hohe Ansprüche an den behandelnden Arzt. Nicht selten führt der prolongierte, teilweise äußerst schmerzhaft Verlauf der Erkrankung sogar zur längerfristigen Trainings- und Wettkampfunterbrechung (6).

DIAGNOSTIK

Diagnosestellung

Anamnestisch klagt der Patient über Schmerzen beim Gehen, Treppensteigen sowie häufig beim Einbeinstand (z.B. beim Ankleiden), seltener auch beim Niesen (Valsalva-Manöver). Die Beschwerden können lokal auf Symphyse oder Schambeinäste (Pubalgie) begrenzt sein, oder auch pseudoradikulär in Leiste, Hüft- oder Perinealregion ausstrahlen (1). Schmerzen in den unteren abdominellen (M. rectus abdominis, M. pyramidalis) und pelvinen Muskelgruppen (Beckenbodenmuskulatur) sind ebenso möglich (6). Bei der klinischen Untersuchung findet sich palpatorisch ein typischer Druckschmerz über der Symphyse bzw. den Schambeinästen. Charakteristisch ist die Schmerzprovokation über den Adduktorenansätzen ein- oder beidseitig auf Druck sowie bei isometrischer Anspannung der Adduktoren gegen Widerstand („Symphyse-Klaff-Test“) (6). Muskuläre Dysbalancen müssen ebenso ausgeschlossen werden wie andere Pathologien am Beckenring, wie z.B. ISG-Blockade oder einseitiger Beckentiefstand, einschließlich Leistenhernie und urogenitalen Gesundheitsstörungen. In schwierigen Fällen kann die diagnostische Infiltration der Symphyse mit einem Lokalanästhetikum unter Bildwandlerkontrolle die Verdachtsdiagnose bestätigen.

Differentialdiagnose

Differentialdiagnostisch müssen auch folgende Krankheitsbilder Berücksichtigung finden: Osteomyelitis, Stress-/Ermüdungsfrakturen im Bereich des Beckenknochens, Avulsionsfrakturen der Apophysen bei Adoleszenten (z.B. Gracilis-Syndrom), Hernien, Nervenengpasssyndrome, Insertionstendinosen, Adduktorenzerrung, urogenitale Erkrankungen, rheumathologische Erkrankungen (seronegative Spondylarthropathien) sowie Neoplasmen.

SPEZIELLE BEFUNDE

Bildgebende Diagnostik

Röntgen: Primär ist eine Beckenübersicht in Standard-a.p.-Projektion zum Ausschluß einer Stressfraktur notwendig. Typischerweise zeigen sich radiologische Veränderungen im Sinne einer vermehrten subchondralen Sklerose, zystischen Veränderungen, knöchernen Irregularitäten und Erosionen über der Symphyse und den gelenknahen Anteilen der Schambeinäste, häufig einhergehend mit einer Symphysengelenkspaltweite von > 10 mm (1,6). Die „Flamingoaufnahme“ (a.p.-Aufnahme der Symphyse im alternierenden rechts- und linksseitigen Einbeinstand) zeigt eine vertikale Verschiebung der Symphyse auf der belasteten Seite um > 2mm ((6,7) Abbildung 1).

Szintigraphie: Insbesondere in der 3-Phasen-Skelettszintigraphie mit Technetium 99m läßt sich die Osteitis pubis differentialdiagnostisch von der Osteomyelitis abgrenzen. Hier zeigt sich eine Anreicherung in der Demineralisations- bzw. Spätphase, während im Falle einer Osteomyelitis alle 3 Phasen positiv erscheinen (2).

MRT: Typische kernspintomographische Zeichen einer Osteitis sind ein periartikuläres subchondrales Knochenmarködem hauptsächlich in den T2-gewichteten Sequenzen (Abbildung 2). Insbesondere sind ein subchondrales Knochenödem, Flüssigkeit im Symphysenspalt und ein periartikuläres Ödem eher Hinweis für ein akutes Geschehen, wo hingegen subchondrale Sklerose und Resorption sowie knöchernen Irregularitäten und Osteophyten am ehesten Ausdruck einer Chronifizierung sind (2). Labordiagnostisch

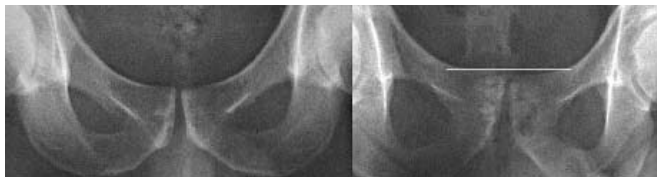


Abbildung 1: Radiologisch in der Flamingoaufnahme typisch erkennbare vertikale Verschiebung der Symphyse auf der belasteten Seite um > 2mm (hier 5mm!).



Abbildung 2: Das MRT zur Flamingoaufnahme aus Abbildung 1 MRT-Abbildungen (Dr. Dr. G. Schneider), mit freundlicher Genehmigung der Klinik für Diagnostische Radiologie, Universitätsklinikum des Saarlandes (Prof. Dr. A. Bücken).

finden sich bei der Osteitis pubis neben evtl. leicht erhöhten CRP-Werten keine wesentlichen Auffälligkeiten.

THERAPIE

Konservative Therapie

Nach Diagnosestellung ist eine konservative Therapie einzuleiten. Unbedingt sollte auf die begleitende physikalische Therapie Wert gelegt werden. So unterstützen Maßnahmen wie die vorübergehende Einnahme von oralen Antiphlogistika, Ultraschallbehandlung, Kryo- und Elektrotherapie physiotherapeutische Übungsbehandlung mit Kräftigung von Rumpf- und Beckenbodenmuskulatur sowie Dehnungsübungen der Adduktorenmuskulatur, gelegentlich auch die orale Kortikosteroidbehandlung sowie äußerst selten eine konsequente Sportpause den positiven Verlauf der Osteitis pubis (4). Als weitere therapeutische Maßnahme wird von vielen Autoren die probatorische bildwandlergesteuerte Infiltration des symphysealen Gelenkspaltes mit einem Lokalanästhetikum kombiniert mit einem Kortikosteroid, unter Berücksichtigung der Dopingrichtlinien, empfohlen. Hierbei werden je nach Stadium der Osteitis Erfolgsraten von über 80% in der Literatur beschrieben (5). In der Regel erfordert die durchaus mehrere Monate andauernde Therapie sowohl von dem Sportler, als auch von Trainer- und Physiotherapeutenteam sehr viel Geduld. Schmerzauslösende Bewegungen sollten während der laufenden Therapie unbedingt vermieden werden. Als weitere Therapieoption scheint die Infusionstherapie mit einem Prostaglandinanalogen erfolgversprechend, wissenschaftliche Ergebnisse hierüber stehen noch aus.

Operative Therapie

Im Falle einer chronisch schmerzhaften und therapieresistenten Osteitis pubis, bei der nach monatelanger Therapie eine Beschwerdeverbesserung ausbleibt, ist nach Ausschluß aller möglichen Begleitpathologien als ultima ratio die operative Vorgehensweise angezeigt. Insbesondere bei Leistungssportlern führt die Kurettagge zu guten und dauerhaften Resultaten (3), nur selten ist die Arthrodesse der Symphysis pubis (geringes Risiko einer Non-union) mittels Einfalzung eines autologen Knochenspans und anschließender Plattenfixation notwendig (7).

Prävention

Wie bei vielen Sportverletzungen sind trainingsmethodische Faktoren (adäquates Aufwärmen, Verbesserung der sportlichen Technik), medizinische Maßnahmen (Dehnungsübungen der Adduktoren, Aufbau- und Stabilisierungstraining für die Bauch- und Rumpfmuskulatur, Korrektur von biomechanischen Agonist-Antagonist-Imbalancen, manualmedizinische Berücksichtigung von ISG-Mobilitätsstörungen), als auch orthopädiotechnische Ansätze (Korrektur einer Fehlstatik des Fußgewölbes durch geeignete

Einlagenversorgung) von herausragender Bedeutung (6). Nur durch die konsequente Wahrnehmung solcher, für den Sportler oft als „unbequem“ bewerteten präventiven Maßnahmen, sollten das Auftreten oder ferner die Folgeerscheinungen einer Osteitis pubis mit möglicherweise notwendiger Operation vermieden werden (6).

FAZIT

Die Osteitis pubis muss in die differentialdiagnostischen Überlegungen eines Becken- bzw. unteren Abdominalschmerzes miteinbezogen werden. Nach ausführlicher Anamneseerhebung, gründlicher Untersuchung und apparativer Diagnostik (Labor, Bildgebung) sollte die Diagnose gestellt werden können. Bei der anschließenden Therapie ist unter Berücksichtigung eines häufig gutartigen und selbstlimitierenden Verlaufes Geduld Schlüssel einer erfolgreichen Behandlung. Auch wenn von Sportler, Trainer, Physiotherapeut und behandelndem Arzt sehr viel Geduld abgefordert wird, könnte eine vorzeitige Wiederaufnahme der sportlichen Belastung zu einer Chronifizierung des Schmerzes und einer Verschlechterung der Prognose führen.

LITERATUR

1. FRICKER PA, TAUNTON JE, AMMANN W: Osteitis pubis in athletes: Infection, inflammation or injury? Sports Med 12 (1991) 266-279.
2. KUNDURACIOGLU B, YILMAZ C, YORUBULUT M, KUDAS S: Magnetic resonance findings of osteitis pubis. J Magn Reson Imaging 25 (2007) 261-264.
3. MEHINR, MEEK R, O'BRIEN P, BLACHUT P: Surgery for osteitis pubis. J Can Chir 49 (2006) 170-176.
4. MULHALL KJ, MCKENNA J, ALAN WALSH A, MCCORMACK D: Osteitis pubis in professional soccer players: A report of outcome with symphyseal curettage in cases refractory to conservative management. Clin J Sport Med 12 (2002) 179-181.
5. O'CONNELL MJ, POWELL T, MCCAFFREY NM, O'CONNELL D, EUSTACE SJ: Symphyseal cleft injection in the diagnosis and treatment of osteitis pubis in athletes. AJR Am J Roentgenol 179 (2002) 955-959.
6. RODRIGUEZ C, MIGUEL A, LIMA H, HEINRICHS K: Osteitis pubis syndrome in professional soccer athlete: A case report. J Athl Train 36 (2001) 437-440.
7. WILLIAMS PR, THOMAS DP, DOWNES EM: Osteitis pubis and instability of the pubis symphysis. When nonoperative measures fail. Sports Med 28 (2000) 350-355

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Sascha Jörg Hopp

Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie

Universitätsklinikum des Saarlandes

66421 Homburg/Saar

E-Mail: saho-med@gmx.de