Schmerzhafte Ejakulation nach Leistenbruch-Operation

Ungewöhnliche Folge eines häufigen Eingriffs

STEFAN K. SCHOPF, THOMAS VON AHNEN, MARTIN VON AHNEN, HANS-MARTIN SCHARDEY

Die Leistenbruchoperation gehört zu den häufigsten Operationen in der Viszeralchirurgie. Nicht immer bleibt sie folgenlos: Ein junger Mann hatte zwei Wochen nach seiner zweiten Leistenbruch-OP heftige Schmerzen bei der Ejakulation, die bis zu 15 Sekunden andauerten. Der Zusammenhang mit dem vorangegangenen Eingriff lag nahe, aber zunächst mussten die Ärzte einige wichtige Differenzialdiagnosen ausschließen.

Ein 24-jähriger Patient stellte sich zur Nachuntersuchung nach einer Rezidiv-Leistenbruchoperation vor. Auf Nachfrage gab er Schmerzen in der linken Leiste bei der Ejakulation an, die das erste Mal zwei Wochen postoperativ auftraten. Den Schmerz ordnete er auf einer visuellen Skala von 0 bis 10 dem Durchschnittswert von 7 bis 8 zu. Die Schmerzen dauerten circa 10 bis 15 Sekunden an und wurden als sehr unangenehm beschrieben.

Der Patient wurde insgesamt zweimal wegen eines Leistenbruchs operiert. Bei der ersten Operation wurde eine beidseitige indirekte Leistenhernie (Nyhus II) mit jeweils einem titanisierten Poly-

propylenetz in TAPP-Technik versorgt. Die beiden Netze wurden mit einem Endotacker suprasymphysär, medial und lateral der epigastrischen Gefäße an der Bauchwand befestigt. Im postoperativen Verlauf zeigten sich im Bereich beider Hoden Hämatome und ein Serom. Die Hämatome und das Serom wurden vom Körper ohne weitere Maßnahmen resorbiert.

Fünf Monate nach der Operation traten beidseits Rezidivhernien (Nyhus IV) auf, die ebenfalls in TAPP-Technik versorgt wurden. Die vor einem Jahr eingebrachten Polypropylenetze waren aufge-
gerollt. Die Netze wurden gespalten und entfernt. Nach Freilegung und Darstel-

lung des Funiculus spermaticus konnten zwei TiMesh-Extralight-Netze (10 x 15 cm) eingebracht werden. Die Netze wurden abermals mit einem Endotacker fixiert.

Abgesehen von der Ejakulationsproblematik konnte der Patient sowohl seiner beruflichen Tätigkeit als auch seinen sportlichen Freizeitaktivitäten ungehindert nachgehen. Die Sexualanamnese war unauffällig. Es fand sich kein Hinweis auf eine Somatisierungsstörung. Die Einnahme von Medikamenten verneinte der Patient.

Erneutes Rezidiv oder nicht?

Weder ein Leistenbruchrezidiv noch eine Femoralehernie waren tastbar. Die Hoden und Nebenhoden waren unauffällig. Das Prehn-Zeichen war negativ. Die digitale rektale Untersuchung ergab keinen pathologischen Befund. In den beiden Leistenregionen waren keine Lymphknoten palpabel. Die beiden Hüftgelenke waren frei beweglich. Der Lasègue- und Bragat-Test war negativ.

Sämtliche erhobenen Laborwerte, vor allem die Entzündungszeichen (CRP, Leukozyten) lagen im Normbereich.

Ergänzende Untersuchungen

Im Ultraschall zeigte sich keine Obturatoriahernie. Die beiden Hoden und Nebenhoden zeigten sich homogen. Die Hodendurchblutung war nicht beeinträchtigt (Dopplersonografie). Arteriell zeigte sich ein triphasisches Signal. Die venöse Durchblutung war kräftig.

© Stefan Schopf

Abb. 1: die Leiste des Patienten nach Einlage des titanisierten Polypropylenetzes

Therapie und Verlauf

Mit dem Patienten wurde eine Kontrolllaparoskopie erwogen. Da er aus persönlichen Gründen diesen Termin erst mehrere Monate später wahrnehmen konnte, wurde eine zweite Kontrolluntersuchung mit Vorbereitung für die Operation drei Monate später vereinbart. Bei dieser Kontrolluntersuchung berichtete er, dass die Schmerzen verschwunden seien und er keine weiteren Beschwerden mehr habe.

Ausschlussdiagnosen

Die Leistenbruchoperation gehört zu den häufigsten Operationen in der Viszeralchirurgie. Neben den offenen Verfahren werden zunehmend endoskopische Zugänge mit Netzimplantation eingesetzt. Bis zu 11 % der Patienten klagen danach über chronische Schmerzen [1, 2].

Schmerzen während der Ejakulation nach Leistenbruchoperationen sind mit 1 % bis 9,7 % [4] ein seltenes Ereignis. Allerdings treten Ejakulationsschmerzen bei einer Reihe von urologischen Erkrankungen auf, zum Beispiel bei

- Entzündungen der Prostata,
- Entzündungen der Samenblase oder
- Zysten in der Prostata [3].

Weitere Ursachen für Schmerzen während der Ejakulation sind

- die Einnahme von Antidepressiva,
- Steinleiden im Ductus ejaculatoris,
- die radikale Prostatektomie und
- die Neuropathie des N. pudendus [4].

Diese konnten im vorliegenden Fall ohne Operation ausgeschlossen werden.

Es finden sich nur wenige Fallberichte über gesicherte Ejakulationsschmerzen, die auf eine Leistenbruchoperation zurückzuführen sind. In der Literatur werden einige Erklärungsversuche unternommen, so könnte etwa ein verdrehter Samenstrang die Ursache sein [3]. Dies kann jedoch angesichts der spontanen Besserung in unserem Fall wahrscheinlich ausgeschlossen werden.

Eine weitere Ursache könnte eine durch die Operation entstandene Narbe im Bereich der Regio inguinalis sein, die zu einer Obstruktion des Ductus deferens führt und bei rhythmischen Kontraktionen Schmerzen verursacht.

Als drittes kommt ein Samenstranggranulom infrage. Diese äußerst seltene Komplikation, die sich auf der Grundlage einer Verletzung des Samenstrangs ent-

Differenzialdiagnostische Untersuchungen

Tabelle

	Klinik/Sonografie/Labor
Rezidivleistenbruch	unauffällig
Femorale Hernie	unauffällig/Ausschluss
Hernia obturatoria	Ausschluss
Prostatitis	kein Druckschmerz bei rektaler Untersuchung/ keine Auflockerung/keine Entzündungszeichen
Orchitis	kein Fieber/keine Auflockerung/keine Entzündungszeichen
Prostatazysten	homogenes Organ
Epididymitis	Prehn-Zeichen negativ, kein Druckschmerz, kein Fieber/unauffällige Nebenhoden/keine Entzündungszeichen
Lymphknotenvergrößerung	keine LK-Vergrößerung tastbar/darstellbar
Durchblutungsstörung A. testicularis	Dopplersignal triphasisch
Durchblutungsstörung V. testicularis	Dopplersignal kräftig
Coxarthrose	freie Beweglichkeit
Lumbalgie	Lasègue negativ, Bragat negativ
Somatisierungsstörung	psychosoziale Anamnese unauffällig
Pathologische Sexualanamnese	detaillierte Anamnese unauffällig
Weitere OPs in der Anamnese	ausgeschlossen
N. pudendus Neuropathie	transrektale Fingerkompression
Medikamenteneinnahme	keine Antidepressiva, kein Schmerzmittelabusus

wickelt [5], kann während der Ejakulation zur Irritation von Schmerzrezeptoren führen.

Im vorliegenden Fall wäre eine progrediente Schwellung als Folge einer Gewebsreaktion eine mögliche Ursache der Beschwerden. Dies ist aufgrund des Rezidiveingriffs und der damit verbundenen aufwendigeren Präparation am wahrscheinlichsten. Selbst Jahre nach einer Hernienoperation mit Netzimplantation beobachtet man anhaltende Fremdkörperreaktionen mit erhöhtem Zellumsatz [6]. Entzündungszellen und Makrophagen an der Oberfläche von Herniennetzen konnten selbst Jahre nach einer Hernienoperation nachgewiesen werden [7].

Fazit

Bei Patienten mit chronischen Ejakulationsschmerzen nach einer Leistenhernienoperation schlagen wir ein individuelles multimodales Vorgehen vor. Dazu gehört eine genaue Anamnese, körperliche Untersuchung, eine Sono-

grafie und eine angepasste analgetische Behandlung. Im vorliegenden Fall mit spontaner Besserung erscheint eine zunächst abwartende Haltung durchaus sinnvoll.

Literatur beim Verfasser

Dr. med. Stefan K. Schopf

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie
Krankenhaus Agatharied
Lehrkrankenhaus der LMU München
Norbert-Kerkel-Platz 1
83543 Hausham
E-Mail: sallerschopf@aol.com