

41-jähriger Mann mit Penisschmerz

41-year-Old Man with Penis Pain

Jörg Schelling, Sibylla Krane

Hintergrund: Patienten mit Penisschmerzen können für die allgemeinärztliche Praxis eine Herausforderung darstellen.

Fallbericht: Nach der hausärztlichen Vorstellung eines 41-jährigen Patienten erfolgt die zusätzliche Abklärung ohne Befund durch einen urologischen und chirurgischen Facharzt. Nach einiger Zeit tritt zusätzlich zum Penisschmerz eine unklare Dyspnoe auf. Daraufhin erfolgt die Überweisung zum Pneumologen und Kardiologen, wobei letzterer eine Beinvenenthrombose diagnostiziert und den Patienten umgehend in die Klinik überweist.

Schlussfolgerungen: Bei der stationären Aufnahme werden bei dem Patienten beidseitige Lungenembolien nachgewiesen. Unter ambulanter Fortsetzung der konservativen Therapie mit oralen Vitamin-K-Antagonisten bildet sich der Penisschmerz vollkommen zurück.

Schlüsselwörter: Penisschmerz; tiefe Beinvenenthrombose; Lungenembolie

Background: Patients with penile pain can be a challenge for family practitioners.

Case Report: After consulting his family doctor a 41-year old patient was referred for detailed examinations to an urologist and a general surgeon who could not find any explanation for the symptoms. After developing additional dyspnea a deep vein thrombosis was diagnosed by a cardiologist.

Conclusions: Following admission to hospital a bilateral pulmonary embolism was diagnosed and oral anticoagulation promptly initiated. Continuing ambulant anticoagulation the patient recovered completely from his initial penis pain.

Keywords: Penis Pain; Deep Venous Thrombosis; Pulmonary Embolism

Hintergrund

Ein 41-jähriger, differenzierter Patient (Datenmanager), bei dem in der Vorgeschichte eine Spinalkanalstenose der LWS, eine chronische Niereninsuffizienz bei einseitig afunktionaler Niere und eine einmalige Episode einer Sigmadivertikulitis bekannt sind, stellt sich in der Sprechstunde vor.

Er berichtet neben einer erfreulichen beruflichen Entlastung (davor war die Belastung sehr hoch gewesen) von einem teils stechenden, teils ziehenden Schmerz unmittelbar am Penisansatz und perianal. Der Schmerz strahlt nicht aus. Dieser sei unabhängig von sexuellen Aktivitäten plötzlich entstanden. Fieber, Brennen beim Wasserlassen oder weitere Symptome liegen nicht vor.

Bei der körperlichen Untersuchung (digital-rektal, Leisten, Urin) können eine tastbare Leistenhernie und ein Abs-

zess ausgeschlossen werden. Der beschriebene Schmerz lässt sich auch nicht auslösen oder verstärken. Nur bei direktem Druck auf die Pudendusregion und das Schambein gibt der Patient etwas mehr Schmerzintensität an. Auf weiteres Nachfragen berichtet der Patient, ab und zu hellrotes Blut auf dem Toilettenpapier zu bemerken.

Fallbericht

Der Patient hat sich bereits beim Urologen vorgestellt, bevor er die hausärztliche Praxis aufgesucht hat. Der Urologe konnte keinen pathologischen Befund (Sonografie, Tastbefund, Urin) erheben, das Beschwerdebild war diffus und die erhobenen Befunde nicht richtungsweisend. So entließ er den Patienten mit der Diagnose „Schambeinschmerz“ und „Penisschmerz“.

Aufgrund der Anamnese (Divertikulitis, hellrotes Blut) wurde eine Überweisung zum Proktologen ausgestellt. Der Patient erhielt zeitnah einen Termin und wiederum zeigten sich keine neuen Aspekte. Die Arztbriefdiagnose lautete „Periositis“. Es wurde eine symptomatische Therapie mit NSAR vorgeschlagen und vom Patienten begonnen.

Zwei Wochen später stellte sich der Patient erneut in der Sprechstunde vor. Er berichtet insgesamt von einer Besserung der Symptomatik unter der weiter laufenden NSAR-Behandlung. Nun sei aber ein Infekt der oberen Luftwege (die Jahreszeit passt) hinzugekommen, der sich vor allem mit Reizhusten, Kurzatmigkeit und intermittierend gelblichem Auswurf bemerkbar macht. Der Schmerz beim Husten zieht auch in den Bereich der LWS und in beide Beine. Lunge und Hals/Rachen/Ohren sind frei, es wird eine Krankmeldung aus-

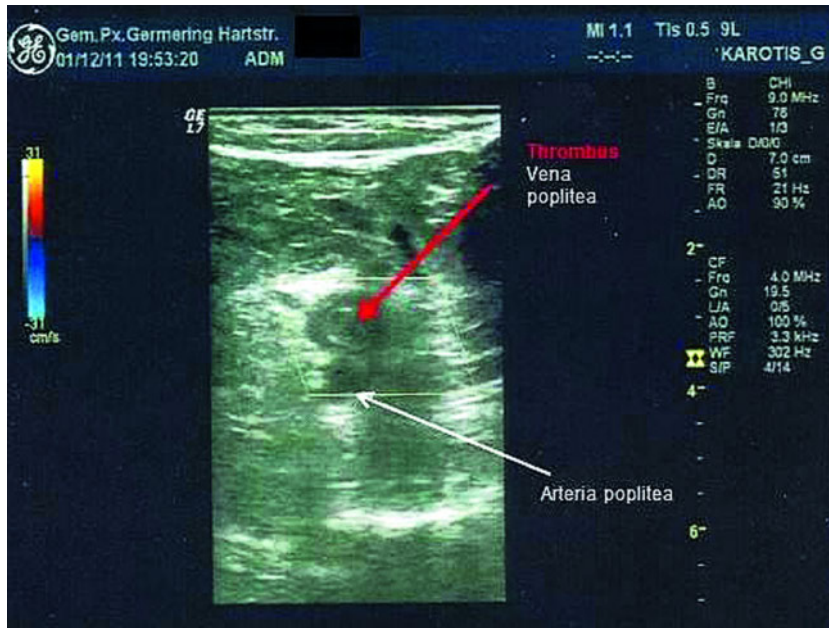


Abbildung 1 Thrombus in Vena poplitea links (Die Abbildung wurden freundlicherweise von der Gemeinschaftspraxis Hartstraße in Germering zur Verfügung gestellt.)

gestellt, Paracetamol verordnet und der Patient wird angehalten, ausreichend zu trinken und mit Wasserdampf zu inhalieren. Zwei Tage später wird die AU verlängert, der Zustand hat sich gebessert, auch die Penis-schmerzen sind jetzt nur noch bei einer Erektion aufgetreten. Der Patient möchte sich auf eigenen Wunsch hin aber noch bei einem Pneumologen vorstellen.

Bei einer weiteren Vorstellung in der offenen Sprechstunde – diesmal bei einem anderen Arzt der Gemeinschaftspraxis zu geplanten Impfungen – berichtet der Patient von einer zunehmenden Verschlechterung der Atemnot.

In der Pulsoxymetrie am Finger wird eine Sättigung von 92 % gemessen. Blutdruck und Puls sind mit 140/85 mmHg bzw. 78/min stabil. Die in der Praxis gleich durchgeführten Schnelltests für

Troponin und D-Dimere sind beide eindeutig negativ. Im EKG zeigen sich keine Ischämiezeichen oder Zeichen der Rechtsherzbelastung.

Der Patient wird gleich zum Kardiologen überwiesen. Jetzt ist ihm auch eine oberflächige Thrombophlebitis am linken Unterschenkel vor ca. 18 Monaten erinnerlich. Der Spezialist führt ein unauffälliges Echo durch, entdeckt aber im Duplex der Beinvenen eine langstreckige Thrombose der V. poplitea. Eine Krankenhauseinweisung ist die Folge.

In der weiteren Bildgebung, die in der Klinik nach Aufnahme auf die Intensivstation durchgeführt wurde, zeigen sich beidseitige Lungenembolien, teils auch mit zentralen Anteilen.

Nach dem komplikationslosen Aufenthalt in der Klinik wird ambulant eine Therapie mit einem oralen Antikoagu-

lans weitergeführt, unter der interessanterweise auch der Schambeinschmerz komplett verschwindet. Auch im weiteren Verlauf und in der Nachsorge trat der Schmerz in der geschilderten Form nicht mehr auf. Wir gehen deshalb von einem kausalen Zusammenhang zwischen der Thrombose und der Symptomatik beim ersten Praxisbesuch aus, auch wenn eine zufällige Koinzidenz natürlich nicht ausgeschlossen werden kann. Gerade in der Primärversorgung lösen sich Probleme nicht selten unabhängig von angewandter Diagnostik und Therapie.

Im lungenärztlichen Befund von vor wenigen Tagen, der jetzt erst in der Hausarztpraxis eintrifft, wird eine obstruktive Lungenerkrankung ausgeschlossen und die Therapie nicht geändert. Allerdings wird in der Diagnosenliste Folgendes geschrieben: „Unklare Dyspnoe, Ausschluss Asthma bronchiale, DD Lungenembolie“. Leider sind keine weiteren Maßnahmen direkt durchgeführt worden. Es wurde eine Perfusionsszintigrafie und eine kardiologische Abklärung empfohlen.

Die Diagnosenkette nochmals in der Zusammenfassung: Penis-schmerz, Schambeinschmerz, V.a. Hämorrhoiden (Hausarzt) – Periostitis (Chirurg) – Unklare Dyspnoe (Pneumologe) – Beinvenenthrombose (Kardiologie) – Lungenembolie, 3-Etagen-Thrombose (Krankenhaus).

Schlussfolgerungen

Im Rahmen einer retrospektiven Betrachtung des klinischen Verlaufs haben wir den Fall in unserer Praxis mehrfach und lange diskutiert und überlegt an welcher Stelle man vielleicht anders hätte handeln können/müssen. Wir hatten aber im Vorfeld der zunehmenden Atemnot keinen klinischen Hinweis auf eine Thrombose. Vielleicht hätte man die Anamnese in Bezug auf die Thrombophlebitis gründlicher erheben müssen. Auch wenn die Zusammenarbeit auf lokaler Ebene mit den Spezialfächern konstruktiv verläuft, sind oftmals wiederkehrende Probleme auch hier festzustellen: Der Spezialist untersucht im Regelfall nur „seinen“ Bereich und schickt dann den Patienten zum Hausarzt zurück. Bis der Brief die Praxis erreicht, können mehrere Tage vergehen.

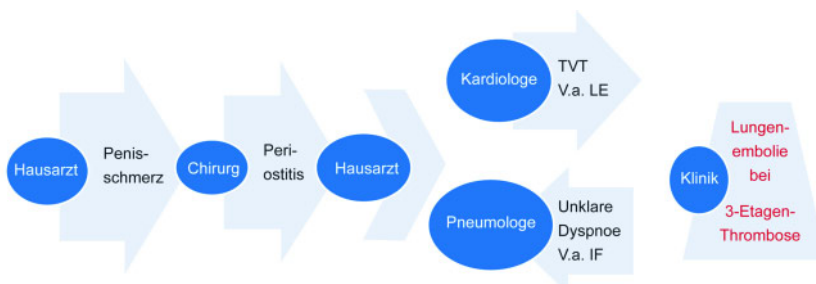


Abbildung 2 Verlauf

Dr. med. Jörg Schelling ...



... ist seit 2008 in Martinsried bei München als Hausarzt niedergelassen. Zusätzlich leitet er den Forschungsbereich Allgemeinmedizin an der LMU München. Seine Forschungsinteressen sind E-Learning in der Allgemeinmedizin, DEGAM-Leitlinienfälle, Medizindidaktik sowie Impfungen und Sonografie in der Hausarztpraxis.

Eine telefonische (oder in Ärztenetzen auch denkbare) elektronische Übermittlung der Befunde wäre sicher sinnvoll. Des Weiteren ziehen manche Spezialisten aus ihren Befunden und insbesondere den möglichen Differenzialdiagnosen und abwendbar gefährlichen Verläufen nicht immer Konsequenzen, sondern senden den Patienten ebenfalls erst wieder in die Warteschleife.

Eine Literaturrecherche zu den Diagnosen Penissschmerz, Thrombose und Lungenembolie brachte leider keine weiteren Fallberichte dieser Art ans Licht.

Der D-Dimer-Schnelltest (bei einem Cut-Off von 500 ng/ml für den qualitativen Nachweis) erreicht laut verschiedenen Herstellerangaben sehr gute Werte bei Sensitivität und Spezifität von jeweils > 97 %. Studien in Spezialistenzentren zeigen in Kombination mit dem Wells-Score (der hier nicht zur Anwendung kommen konnte) ideale Werte von bis zu 98,4 %. Bei der genaueren Betrachtung der Standardabweichungen zeigen sich aber besonders bei der Lungenembolie (LE) andere Werte: für Sensitivität von 71–99 % und für die Spezifität von 23–76 % [7]. Es ist also im

schlimmsten Fall mit bis zu 30 % falsch negativen Ergebnissen zu rechnen.

Die Aussage „Die Bestimmung der D-Dimere erlaubt die Ausschlussdiagnose der LE“ wird in unserer Praxis jetzt kritischer gesehen.

Die bekannten Einschränkungen des Tests trafen in unserem Fall nicht zu:

- Gerinnungshemmende Therapie seit 24 Stunden
- Fibrinolytische Therapie weniger als 7 Tage zurückliegend
- Trauma oder chirurgischer Eingriff innerhalb der vergangenen 4 Wochen
- Disseminierte Malignome
- Bekanntes Aortenaneurysma
- Sepsis, schwerer Infekt, Lungenentzündung, schwerer Hautinfekt
- Leberzirrhose
- Schwangerschaft

Folgende Fragen beschäftigen uns weiterhin, die wir gerne mit interessierten Kolleg/innen diskutieren möchten. Da eine Fachzeitschrift für diesen Zweck sicherlich nur eingeschränkt geeignet ist, könnte ein entsprechendes Diskussionsforum Abhilfe schaffen. Der allgemeinmedizinische Listserver (ALLGMED) erscheint geeignet, hat aber keine Zugangskontrolle für Fachkreise. Folgende Fragen könnten weiter erörtert werden:

- Hätte man die pneumologische bzw. kardiologische Diagnostik früher aktiv angehen können? Welche klinischen Zeichen hätten zusätzlich hilfreich sein können? Gibt es hier Erfahrungswerte aus hausärztlichen Praxen?
- Hätte der pneumologische Kollege selber handeln bzw. seinen Verdacht direkt mitteilen können? Wie kann man standardisierte Rückmeldungsschleifen etablieren?

- Hätte man gezielter bereits in der Erstanamnese nach Thrombosen bzw. Thrombophlebitis der Beine fragen können?
- Kann man sich auf den D-Dimer-Schnelltest wirklich so wenig verlassen?
- Muss man bei allen Schmerzen im Becken-Schambereich an eine TVT denken?

Interessenkonflikte: keine angegeben

Korrespondenzadresse

Sibylla Krane
Bereich Allgemeinmedizin
Medizinische Klinik und
Poliklinik IV der LMU
Pettenkoferstraße 8 a, 80336 München
Tel.: 089 5160-3388
Sibylla.Krane@med.uni-muenchen.de

Literatur

1. Ozcan S, Akpınar E. Diagnosis of penile fracture in primary care: a case report. *Cases J* 2009; 2: 8065
2. Leal G, Heaton J. Balanitis and Balanoposthitis. In: Gomella LG (Hrsg.) *5-Minute Urology Consult*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000: 210–213
3. Hauser W, Schmutz G, Hinz A, Brahler E. Prevalence and predictors of urogenital pain in men. Results from a survey of a representative German population sample. *Schmerz* 2012; 26: 192–9
4. Schmelz HU, Sparwasser C, Weidner W. *Facharztwissen Urologie: Differenzierte Diagnostik und Therapie*. Heidelberg, Berlin: Springer-Verlag, 2010
5. Conrad S, Friedrich M, Weidner W, Zwergel Th, Zwergel U, Schlimmer P. Entzündungen. In: Hautmann R (Hrsg.) *Urologie*. 4., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Heidelberg, Berlin: Springer-Verlag, 2010: 143–175
6. Jack GS, Gonzalez-Cadavid N, Rajfer J. Conservative management options for Peyronie's disease. *Curr Urol Rep* 2005; 6: 454–60
7. Tsakiris DA. D-Dimere. *Schweiz Med Forum* 2008; 8: 108–109

<p>Traumatische Ursachen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Genitale Verletzungen • Fremdkörper in der Harnröhre • Penisbruch [1]
<p>Infektiöse und Allergische Ursachen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allergische Reaktion auf Seife/Spermizid • Balanitis [2] • Prostatitis [3] • Urethritis [4] • STD: Herpes genitalis [5]
<p>Andere Ursachen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Harnröhrenstriktur [4] • Priapismus [4] • Induratio Penis plastica [6] • Blasensteine

Tabelle 1 Differenzialdiagnose Penissschmerz