

Diagnostische Schwierigkeiten bei krankhaften Veränderungen in der Leistenbeuge

Von Z. VARADY, E. KRAUSE

Krankhafte Veränderungen in der Leistenbeuge bedürfen einer exakten Diagnostik und der Berücksichtigung bei einer Operation, sie sollten präoperativ geklärt werden, sie halten uns entweder von einem Eingriff ab, oder lassen uns mit den Gegebenheiten rechnen.

Wir haben die Erkrankungen in drei Gruppen eingeteilt:

- I. Präoperative Veränderungen, die erst saniert werden sollten.
- II. Veränderungen, die eine Operation zulassen.
- III. Postoperative Veränderungen, die einer Therapie bedürfen.

Von diesen Erkrankungen möchten wir einige etwas ausführlicher beschreiben, andere nur erwähnen.

I. Präoperative Veränderungen, die erst saniert werden sollten

1. Vom Abdomen kommend: direkte und indirekte Hernien, Schenkelhernien
2. Den Samenstrang betreffend: Funikulozele, Varikozele, Leistenhoden
3. Die Arterien betreffend: Aneurysmen, Verschlüsse, Kinking
4. Die Haut betreffend: entzündliche Erscheinungen, Mykosen, Nävi
5. Lymphknoten: frisch entzündliches Stadium
6. Seltene Erkrankungen: Senkungsabszesse (spezifisch und unspezifisch), Exostosen, Knochenzysten, Luxatio coxae, Myositis ossificans traumatica

I. Hernien

Oberhalb d. Lig. inguinale treten die Leistenhernien, unterhalb die Schenkelhernien aus. *Abb. 1* zeigt die auf die Haut projizierte Anatomie. *Abb. 2* zeigt die Austrittsstelle der Leistenhernien. Besonders die indirekte Form kann sehr gross, in die Leistenbeuge heruntertreten und sogar so verwachsen sein, sodass ein operativer Eingriff in dieser Gegend sehr erschwert wird.

Grössere Bedeutung haben die *Schenkelhernien*, da sie direkt in unserem Operationsgebiet erscheinen. Sie sind oft klein, das heisst, leicht

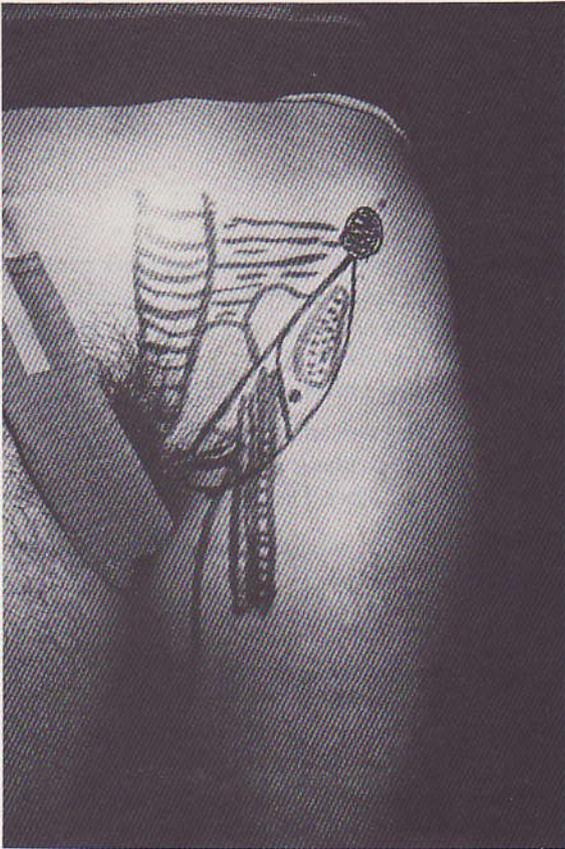


Abb.1. Auf die Haut gezeichnete Anatomie der Leistengegend.

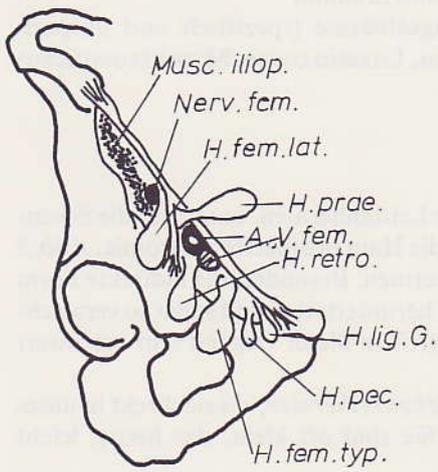
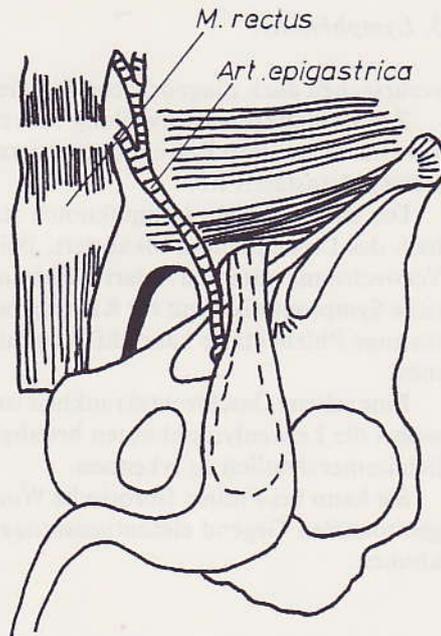


Abb.2. Austrittsstellen der Hernien in der Leistengegend.

Abb.3. Anatomie der Schenkelhernien.



übersehbar. Ausserdem tritt diese Form überwiegend bei Frauen auf, die auch mit Varizen besonders belastet sind (Abb.3).

Die *Hernia femoralis typica* hat die grösste Bedeutung, da sie direkt neben der Mündungsstelle der Vena saphena magna austritt.

Besonders beim Präparieren der Äste kann man die *atypischen Femoralhernien* antreffen, die infolge ihrer Seltenheit kaum bemerkt werden.

Die *Hernia ligamenti Gimbernati und pectinea* sind besonders bei der Präparation der Vena pudenda wichtig. Beim Veröden der Vulvavarizen kann es zu katastrophalen Folgen kommen, wenn eine vorhandene und nicht diagnostizierte *Hernia femoralis* verödet wird.

Diagnostisch sind die Schenkelhernien walnuss- bis eigross und zeigen unterhalb d. Lig.inguinale eine Vorwölbung, die von der Umgebung gut abgegrenzt ist. Beim Husten werden sie etwas grösser und praller. Beim Repositionsversuch verschwinden sie meistens, falls Verwachsungen oder ein präperitoneales Lipom das nicht verhindern.

3. Arterien

lassen sich leicht an ihrer Pulsation erkennen, wir müssen aber daran denken, dass eine erweiterte, verkalkte und verschlossene Femoral-Arterie sogar mit einem Aneurysma eine Resistenz hervorrufen kann.

5. Lymphknoten

verursachen auch diagnostische Schwierigkeiten.

Zur Lymphknotenschwellung führen alle entzündlichen Prozesse im Bereich der unteren Extremität, ausserdem Erkrankungen des Lymphsystems, Metastasen etc.

Die entzündlichen Lymphknoten sind druckschmerzhaft und unterhalb des Leistenbandes lokalisiert. Bei einzelnen Lymphknoten ist eine Verwechslung mit inkarzierter Hernia femoralis möglich. Eine abdominelle Symptomatik kann zur Klärung beitragen. Eine entzündliche kugelförmige Phlebektasie kann differentialdiagnostisch auch in Frage kommen.

Eine seltene Geschlechtskrankheit ist das *Lymphogranulom inguinale*, wobei die Leistenlymphknoten beteiligt sind. Diese Krankheit ist natürlich immer deutlich zu erkennen.

Sie kann bei Frauen fibrotische Wucherungen verursachen, die in der genitoanalen Gegend elefantiasisartige Veränderungen zur Folge haben können.

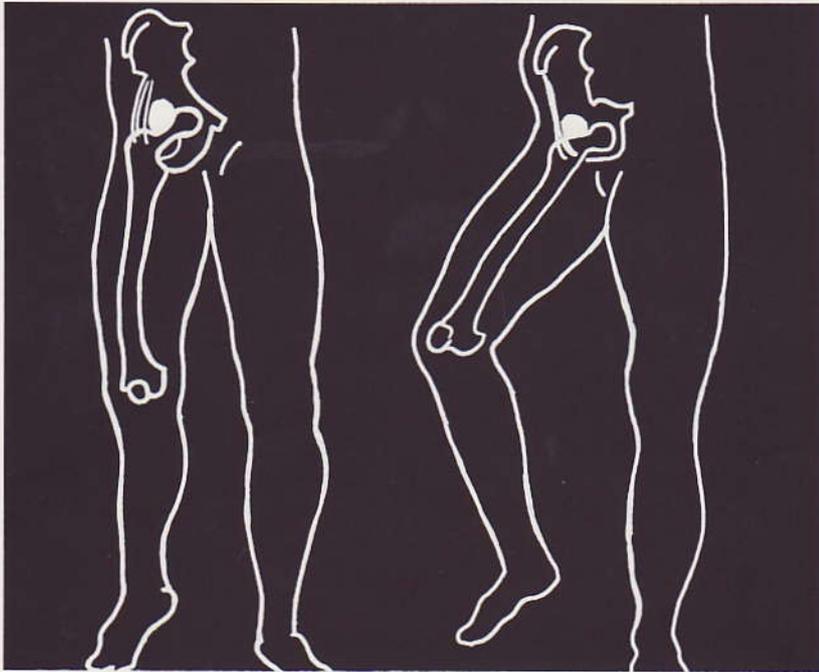


Abb. 4. Position des Hüftkopfes im Inguinalbereich nach Femurluxation.

6. Seltene Erkrankungen

Bei einem Patienten verursachte die *Spondylitis tuberculosa* im Bereich d. lacuna musculorum eine reizlose Vorwölbung. Sie wurde als Hernia femoralis lateralis angesehen. Dagegen sprach die Fluktuation, sie war nicht reponierbar, auch die Bauchpresse hatte keinen Einfluss darauf. Durch eine Punktion konnte gelb-grünlicher Eiter entnommen werden. Nach der Inzision entwickelte sich eine Fistel.

Die *Coxitis tuberculosa* kann das Acetabulum zerstören und das caput femoralis kann in die Leistenbeuge hineinrutschen.

Besonders bei älteren Leuten kann der Bandapparat so schwach sein, dass eine *Femurluxation* schon durch ein kleines Trauma verursacht wird. Abb. 4.

II. Veränderungen, die eine Operation zulassen

1. Die Venen betreffend: Venektasien, Seitenastvarikosis, frische Phlebothrombosen
2. Das Lymphsystem betreffend: Lymphome (evtl. Probeexstirpation zur histologischen Untersuchung)
3. Haut und Unterhaut betreffend: Fibrome, Lipome

1. Venöse Ektasien

Eine kugelförmige Erweiterung der Gefässwand bezeichnet man gewöhnlich nur bei Arterien als Aneurysma, bei Venen als Venenektasie. Trotzdem spricht man von «venösen Aneurysmen».

Diese Aneurysmen haben für die Durchführung der Crossektomie grosse Bedeutung, da ihre dünnen Wände leicht verletzt werden können. Die Folge ist dann möglicherweise eine grosse Blutung. Darum ist es sehr wichtig, sich vor dem geplanten Eingriff genau über das betreffende Gebiet zu informieren.

Liegt nach sorgfältiger Inspektion und Palpation noch Unklarheit vor, so muss man sich durch Phlebographie Klarheit verschaffen.

Abb. 5 zeigt die meisten Formen der Ektasien. Ihre Gefährlichkeit für eine Operation hängt nicht nur von der Grösse, sondern auch von der Form und Lokalisation ab.

Form I und VI:

Ist die Mündung zur Vena femoralis nicht sehr breit, vereinfacht dies die Präparation. Man unterbindet die zuführenden Äste und es empfiehlt sich, mit einer Spritze den Inhalt des Aneurysmas abzuziehen, einmal, um

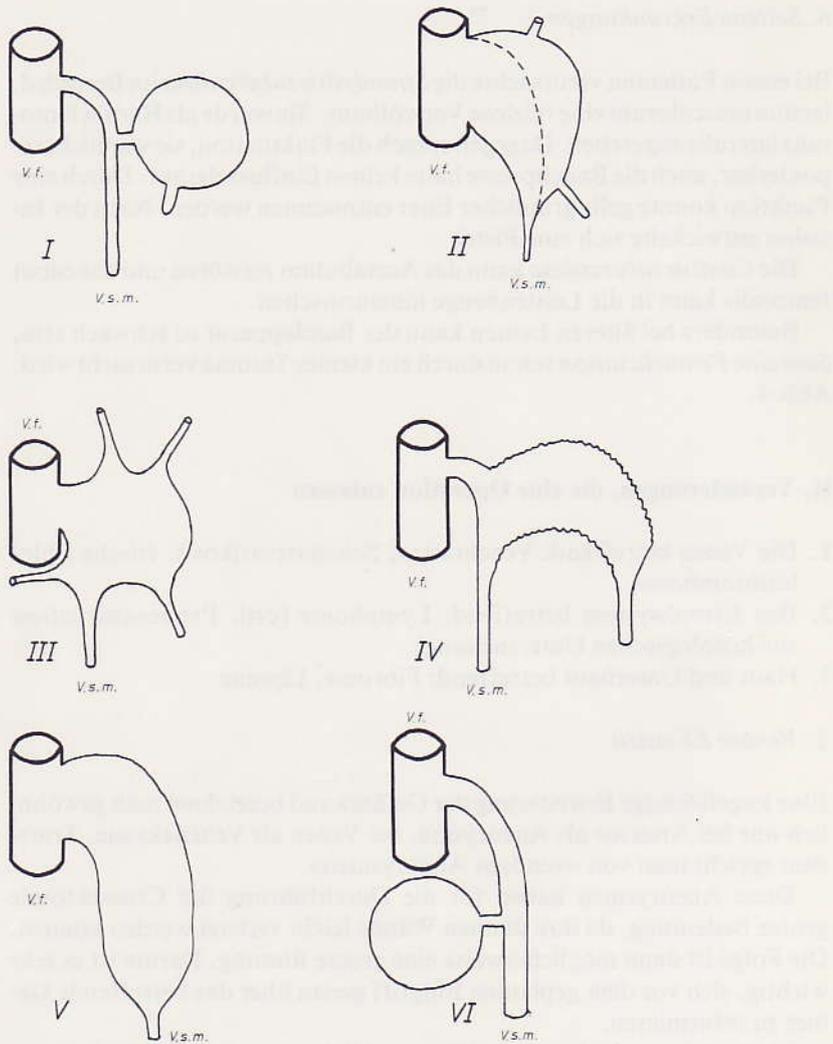
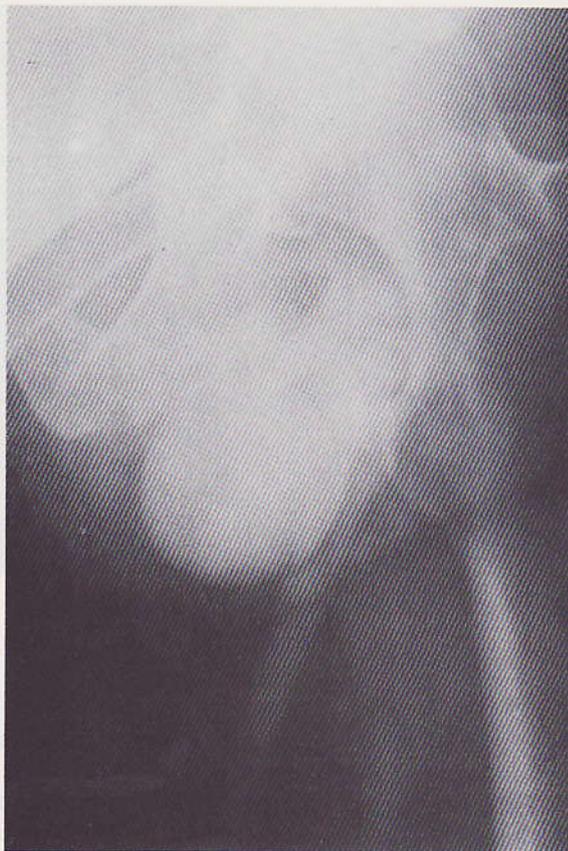


Abb.5. Formen der venösen Ektasien (die genaue Besprechung erfolgt im Text).

die Präparation zu erleichtern, und zum anderen, um zu prüfen, ob eventuell noch hintere Äste vorhanden sind, die das Aneurysma wieder auffüllen könnten. In diesem Fall muss man die Ausschaltung des Aneurysmas noch vorsichtiger vornehmen.

Abb.6 und 7 zeigen ein Röntgenbild und den OP- Situs eines Patienten: Es handelt sich um einen Patienten mit intermittierend «dicken Bein», es

Abb. 6. Venöses
«Aneurysma» in der
Leistengegend.



stellte sich eine Phlebektasie dar, die auch offensichtlich den Abfluss der tiefen Venen behindert, oder es liegt gar eine Verlegung der Beckenvene vor. Eine direkte Darstellung liess aber die normale Durchgängigkeit der Beckenvene erkennen.

Nach Exstirpation der Venenektasie ist die Beinschwellung verschwunden.

Form II:

Alle Formen mit breiter Einmündung der V. s. m. geht man am besten von der tiefen Vene her an und kann dann beurteilen, ob eine Ligatur genügt oder eine Versorgung durch fortlaufende Naht mit 6×0 Prolene nach temporärer Abklemmung vonnöten ist.

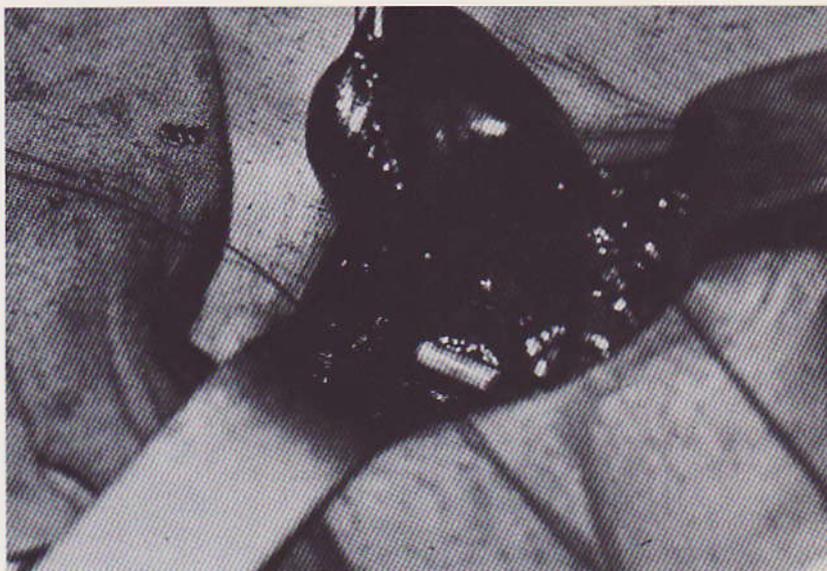


Abb. 7. Der zu Abb. 6 gehöriger Operations-Befund.

Form III:

Die Form III zu versorgen ist schwieriger, da die Äste die Wand des Aneurysmas segelartig spannen.

Zwischen doppelten Unterbindungen werden die Äste getrennt, danach unterbindet man die halsförmige Einmündung. Bei umgekehrtem Vorgehen könnte die Einmündung einreißen, was zu grossen Blutungen, später zu Vernarbung oder sogar Stenosierung der V. femoralis führen kann.

Form IV:

Bei Form IV ist der laterale Ast erheblich erweitert.

Das Wichtigste ist wie immer die Grösse der Einmündung. Es empfiehlt sich, den einfachsten Weg zu wählen.

Da bei dieser Form die Wand sehr dünn ist, muss man besonders vorsichtig vorgehen. Die Unterbindung und Durchtrennung geschieht unterhalb des Aneurysmas.

Damit wird verhindert, dass die Erweiterung von distalen noch weiteren Zufluss erhält. Ausserdem geht die Spannung verloren. Als zweiten Schritt sollte man die Vena saphena magna präparieren und durchtrennen. Auf dem proximalen Teil tastet man sich vorsichtig zur Einmündung vor. Mit einem 2×0 Mersilene Faden wird die Einmündung umschlungen.

Nun hat man den ganzen phlebektatischen Seitenast in der Hand. Die Präparation ist nun weitgehend ungefährlicher, da bei einer Wandruptur, durch die distale und die proximale Unterbindung, keine ernsthafte Blutung entstehen kann. Nur nach völliger Freilegung des Aneurysmas wird die Einmündung so spannungsfrei, dass man sie bedenkenlos unterbinden kann.

Form V:

Wie die Darstellung zeigt, erweitert sich die Phlebektasie wieder nach einer kurzen engen Stelle und geht breit in die V. femoralis über.

Die distale Erweiterung ist so lang und breit, dass wir sie durch den üblichen Schnitt nicht entfernen können, deshalb müssen wir einen zweiten Schnitt führen, um das Ende finden und durchtrennen zu können.

3. Die Lipome

gehören zur zweiten Gruppe unserer Einteilung.

Eine besondere Lipomart hat hier grosse Bedeutung, und zwar das präperitoneale Lipom, das auf das Vorhandensein einer Hernia femoralis hinweisen kann.

Dieses Lipom muss mit ganz besonderer Aufmerksamkeit behandelt werden, da eine zu grosszügige Resektion die Öffnung der Hernienkapsel, sogar des Darmes bedeuten kann.

III. Postoperative Veränderungen, die einer Therapie bedürfen

1. Hämatome
2. Pulsierende Hämatome
3. Gedeckte septische Gefässrupturen
4. Wundabszesse
5. Wunddehiscenzen
6. Lymphzysten

Hämatome sind leicht zu erkennen, zuweilen fällt jedoch die Entscheidung schwer, sie zu eröffnen.

Der Grad der gespannten Vorwölbung kann ein Anhaltspunkt sein, denn eine wenig gespannte Vorwölbung kann nur eine Gewebsschwellung darstellen, und wir finden bei der Eröffnung nur inbibiertes Gewebe.

Pulsierende Hämatome und *septische Gefässrupturen* finden wir gewöhnlich nur nach Arteriotomien.

Abszesse der Wunde müssen natürlich eröffnet werden, sie bieten bei infizierter Wunde differentialdiagnostische Schwierigkeiten.

Zusammenfassung

Mit unserem Beitrag wollten wir die häufigsten, sowie seltene diagnostische Schwierigkeiten aufzeigen und zu ihrer Klärung beitragen.

Hinsichtlich der Therapie gaben wir einige Ratschläge, um schwierige Situationen einfacher lösen zu können.