Druckschmerz bei einem „Powerlifter“



Abbildung 1: Gewichtheber beim Hebeakt (Eigenaufnahme des Patienten). Kniebeuge mit 265 Kilogramm unmittelbar vor Einknicken des rechten Kniegelenks.

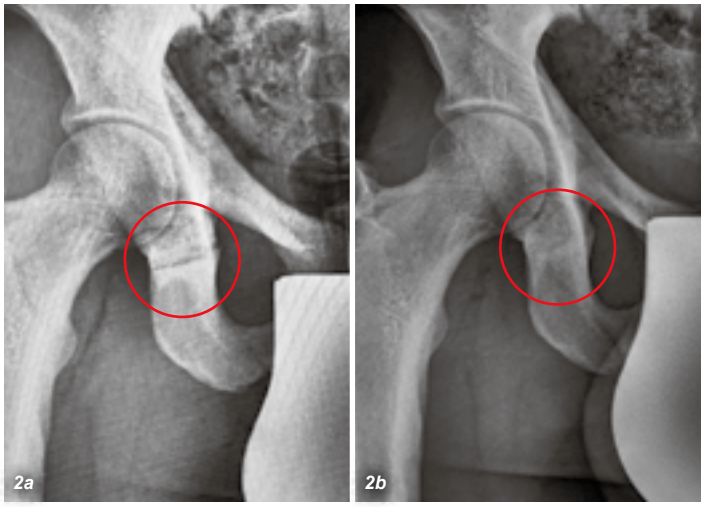


Abbildung 2: Beckenübersichtsaufnahme. 2a: Der Kreis markiert die Frakturlinie im Sitzbein unterhalb des Acetabulums. 2b: Kontrollbild nach 1,5 Jahren.

Anamnese

Ein 32-jähriger Powerlifter (Kraftdreikämpfer) versuchte in Vorbereitung auf die Deutsche Meisterschaft im Kraftdreikampf, eine 265 Kilogramm schwere Langhantel in der Kniebeuge zu stemmen. Beim Aufrichten aus der Kniebeuge drehte sich das rechte Kniegelenk nach innen, er stürzte zu Boden und stellte sich mit zwei Unterarmgehstützen zur Erstversorgung vor. Der Patient nahm keine Medikamente ein, Vorerkrankungen waren nicht bekannt.

Befund und Diagnostik

Klinisch bestand ein deutlicher Druckschmerz in der Leiste und am Sitzbein bei endgradig schmerzhafter Hüftbeweglichkeit, neurologisch unauffällig. Die Beckenübersichtsaufnahme mit Lauenstein-Aufnahme zeigte eine Querfraktur des Sitzbeins unterhalb des Acetabulums (Abbildung 2). Zum Ausschluss einer Knochenstoffwechselstörung als Mitursache erfolgte eine osteologische Basisdiagnostik (Kalzium, Vitamin D, Phosphat, alkalische Phosphatase, TSH) mit unauffälligem Ergebnis. Wir stellten die Diagnose einer Sitzbeinfraktur, am ehesten im Sinne einer Ermüdungsfraktur.

Differenzialdiagnostisch sind Adduktorenzerrung, Leistenhernie, proximale Hamstringpathologien (Reizung oder Riss der Sehnenansätze der hinteren Oberschenkelmuskulatur), Piriformissyndrom und Sakroiliakalgelenkbeschwerden abzugrenzen; Sitzbeinfrakturen werden häufig als muskuläre Zerrung fehlgedeutet.

Therapie und Verlauf

Bei nicht dislozierter, azetabulumferner Fraktur erfolgte eine vierwöchige Entlastung, gefolgt von vierwöchiger Teilbelastung. Nach acht Wochen bestand Vollbelastung, nach zwölf Wochen moderates Training. Eineinhalb Jahre später war der Patient beschwerdefrei und sportlich uneingeschränkt belastbar.

Diskussion

Sitzbeinfrakturen entstehen traumatisch, als Ermüdungsfraktur (repetitive Überlastung gesunden Knochens) oder als Insuffizienzfraktur (normale Belastung bei vermindert belastbarem Knochen). Bei unserem Patienten trat die Fraktur akut unter Maximallast auf; wir werten sie jedoch am ehesten als Ermüdungsfraktur mit akutem Versagen, da in der Wettkampfvorbereitung von einer repetitiv hohen Belastung auszugehen ist. Ein solches Versagen ist bei einem Powerlifter beschrieben [1]. Zur Unterscheidung einer Ermüdungs- von einer Insuffizienzfraktur ist eine osteologische Abklärung sinnvoll. Nicht dislozierte, acetabulumferne Frakturen heilen meist konservativ. Bei Beteiligung der hinteren Säule, Dislokation über zwei bis drei Zentimeter oder Pseudarthrose ist eine Osteosynthese (perkutane Verschraubung, Zuggurtung) indiziert [2,3]. Die MRT ist für die Frühdiagnostik überlegen (Knochenmarködem), die CT für die Operationsplanung unverzichtbar (Frakturverlauf, Acetabulumnähe).

Fazit

Bei Kraftsportlern mit akutem oder belastungsabhängigem Leisten- oder Sitzbeinschmerz sollte auch an eine Ermüdungsfraktur des Beckens gedacht werden. Rechtzeitig erkannt, führt eine gestufte konservative Therapie meist zur vollständigen Ausheilung.

Das Literaturverzeichnis kann im Internet unter www.bayerisches-aerzteblatt.de (Aktuelles Heft) abgerufen werden.

Autoren

Privatdozent Dr. Stefan Radke
Johannes Detzel

Korrespondenzadresse:
Orthopädie Dr. Radke,
Arnulfstr. 295 (Romanplatz), 80639 München,
E-Mail: s.radke@orthopaedie-radke.de