



Der Leistenschmerz beim Sportler

Dr. Volker Steger
Facharzt für Chirurgie+Visceralchirurgie
Sportmedizin/Chirotherapie
Thonbergklinik Leipzig



Verbandsarzt Deutscher Leichtathletikverband
Olympiastützpunkt Leipzig



*Wir Forum für den
kollegialen Austausch!*

Praxis und Klinik im Dialog

7. Fortbildung ORTENAU KLINIKUM Lahr-Ettenheim

Veranstaltung II

20. April 2016, 15-19.30 Uhr

Personalkafeteria, Ortenau Klinikum in Lahr

**„Die schmerzende Hüfte -
Aspekte zu Diagnostik und Therapie“**



**ORTENAU
KLINIKUM**

Lahr-Ettenheim

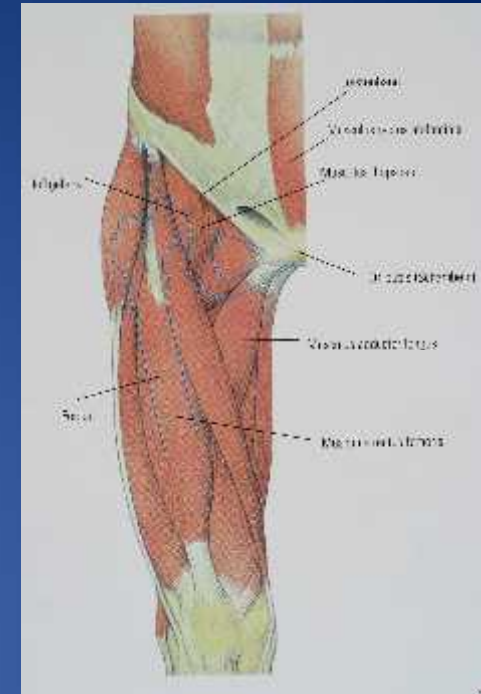


25.04.2016

Volker Steger



Leistenschmerz ???



- großzügige subjektive Zuordnung von Beschwerdebildern zur Region Beckenkamm/Bauchwand/Leistenband/proximaler Oberschenkel
- standardisierter Anamnese+Untersuchungsgang notwendig, um die meist multifaktorielle Genese des Problems zu erkennen

Synonyme überlastungsbedingter Schmerzbilder Leistenregion

- u.a. Sportlerleiste
- sportsmen`s hernia
- Inguinodynia
- Pubalgie
- Rectus-
Adduktorensyndrom
- weiche Leiste



Die „Leiste“ als anatomische Schlüsselregion



- **Ansatzregion kräftigster Muskeln mit komplexen Funktionen für Stabilisierung/Motorik von Bauchwand/Becken/Hüftgelenk/Bein**
- **LSÜ/ISG/Hüftgelenk realisieren verkettete Bewegungsabläufe (Flexion/Extension/Adduktion/Abduktion/Rotation)**
- **Druckkräfte treffen auf anatomische Schwachstellen in Form von Fascienlücken, die hochsensible Strukturen passieren (Gefäße, Nerven, Samenstrang)**

nichttraumatische Ursachen des Leistenschmerzes

- Hernien/weiche Leiste
- Hodenerkrankungen
- Weichteilinfektionen
- LK – Veränderungen
- Radikulärsyndrom LWS
- Hüftgelenkserkrankungen
- Störung WS/Beckenstatik



traumatische Ursachen Leistenschmerz

- Muskelzerrungen/muscle strain/II MW)
- Muskelfaserrisse/muscle fiber tear/IIIa MW
- Muskelbündelrisse/muscle bundle tear/IIIb MW
- Muskelriß/sehnliger Muskelabriß/muscle tear/tendinous avulsion/IV MW
- Kontusionen
- Zerrung Leistenband
- Aktivierung Altverletzungen
- Frakturen/Fissuren



Überlastungssyndrome als Ursache Leistenschmerz

Ansatzentzündungen

Periostreizungen

Knochenmarksödeme

Stressfrakturen

reflektorische schmerzhafte Muskelverhärtungen

Typ Ia / Ib n. Müller-Wohlfarth

painfull fatigue-induced/neurogenic muscle hardening



Anamnese und Diagnostik I

- Beschreibung von Dauer/Art/Lokalisation der Beschwerden
- Angaben zur konkreten sportspezifischen Belastung/Intensität/Regenerationszeit
- Frage Belastungsabhängigkeit
- Provozierbarkeit ?
- Ausstrahlung ?
- Probleme Bereich WS/Hüft-/Knie-/Sprunggelenk/Fuß ?



Anamnese + Diagnostik II



- Ganzkörperuntersuchung
- Statikbeurteilung
- Untersuchung Gelenkfunktionen
- Beurteilung Muskulatur (Kraft/Balance/Tonus/Triggerpunkte/Janda-Test/
- isometrische Kraftmessung
- Sonographie
- MRT
- Röntgen
- CT
- Labor
- Szintigraphie
- Dopplersonografie

Überlastung

**Konflikt zwischen
individueller
anatomisch-
biomechanischer
Voraussetzung und
sportspezifischer
Belastung**



Hardware



Software

Pathologie des Überlastungsschadens

punktueller/lokalisierte mechanisch ausgelöste sich summierende strukturelle Mikroläsion

verursacht durch komplexe physikalische Reize
= Druck, Spannung, Zug, Friktion, Schwingungen etc.





Fehl/Überbelastung der Muskulatur

- ungewohnte/nicht adaptierte Einwirkung von Belastungsreizen auf Muskelspindeln, Gelenkrezeptoren und Interneurone
- = ineffiziente Kraftentfaltung, schnelle Ermüdbarkeit, neurogene Muskelfunktionsstörungen (schmerzhafte Muskelverhärtungen), Störung der Sensomotorik und letztlich Verletzungen

kurze impulsartige
muskuläre Anspannungen
bei Sprints, Stopps,
plötzlicher
Richtungsänderung



ungünstige
musk.Kraftverteilung/
Spannungswechsel an
Sehneninsertionen mit
repetitiven
Mikrotraumata
Periost / Sehne / Muskel



Schmerzbilder
Sitzbein - Ansatz
M. adduktor magnus

Schambein – Ansatz
M.adductor longus+
brevis / M.gracilis

Diskussion Überlastungsschaden

genetische Disposition !

individuelle Ausprägung -

Skelett (Größe / Extremitätenlänge / Proportion / Hebelverhältnisse)

Muskulatur /Sehnen (Kraft, Balance, Ausdauer)

Knorpel, Bänder, Binde- und Fettgewebe (Altersabhängigkeit !)

Adaptation an Belastungsreize / Regenerationszeiten sehr individuell



Lösungsansätze

- Früherkennung / Diagnostik von komplexen strukturellen v.a. muskulären Insuffizienzen / Dysbalancen / Verkettungssyndromen

- **kritische Selektion v.a bei jungen Sportlern !**

=

zwingende Notwendig zu individuellem Training nach vorheriger isometrischer Kraftmessung + Optimierung der individuellen strukturellen Adaptation an komplexe Belastungsreize = einziger Weg zur Prävention von Überlastungsschäden



orale Medikamente und Injektionstherapie

- NSAR / Muskelrelaxantien
kritisch/ kurze Zeiträume (5-7d)
- Enzympräparate
- homöopathische Präparate (Traumeel)
- lokale Injektionen /Infiltrationen (Traumeel/Corticoide/Actovegin/Lactopurum/ACP/Lokalanaesthetika)
- keine Kortisoninjektionen in Sehnen !



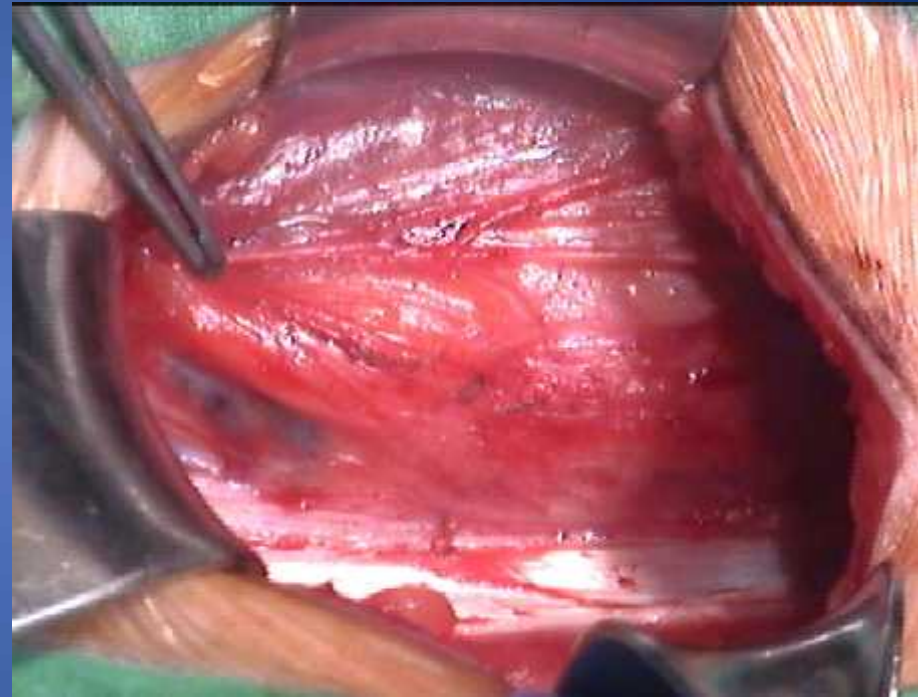


„weiche Leiste“

- **rhythmische drucksynchrone Vorwölbung der Fascia transversalis nach ventral im Hesselbachschen Dreieck mit Druckspitzen auf den Samenstrang sowie die gespannten Muskelränder der Bauchwand und das Leistenband/Periost**
- **Reizung N. genitofemoralis**
- **repetitive peritoneale Reizung in der Muskellücke/an gespannten Muskelrändern mit schmerzbedingter reflektorischen Tonuserhöhung im Muskel**

Hesselbachsches Dreieck

- **Basis = Leistenband**
- **cranial = caudaler Rand M. transversus abd.**
- **medial= lateraler Rand M. rectus abd.**
- **Hinterwand = Fascia transversalis**



GEM-PRAXIS RIEBECKSTR.65
* 12739

08:45:24 Di 22/08/2006 SIEMENS

WEICHTEILE
75L75S 7.5
B/Sek 35s



Bld 4

60

90

B 60/1/38
MI 0.6

V 100%



Symptomatik „weiche Leiste“

- belastungsabhängiger Schmerz in Projektion auf äußeren Leistenring bei intraabdominaler Druckerhöhung bei Sprints, Stopps, Richtungsänderungen, Husten, Niesen, Lachen
- Druckschmerz Ursprungsgebiet Adduktoren am Schambein/Ansatzgebiet Bauchmuskulatur
- Schmerzausstrahlung in Richtung Hoden/Adduktoren (N. genitofemoralis)
- Schmerz im Leistenbereich bei aktiver Hüftbeugung und Rotation des Rumpfes sowie Adduktion des Beines



Behandlungsziel konservative Therapie

- Tonusreduktion/Dehnung Hüftbeuger / Adduktoren
- Optimierung Mobilität LSÜ/ISG/Hüftgelenk
- exzentrisches Krafttraining der Gesäß-, Bein-, Bauch- und Rückenmuskulatur
- Kraftausdauertraining von Bewegungsabläufen in komplexer Funktionskette



Übungsprogramm III



**exzentrisches
Bauchmuskeltraining**

25.04.2016

Volker Steger MVZ Thonbergklinik Leipzig

Übungsprogramm III



**exzentrisches
Bauchmuskeltraining**

25.04.2016

Volker Steger MVZ Thonbergklinik Leipzig

Übungsprogramm IV

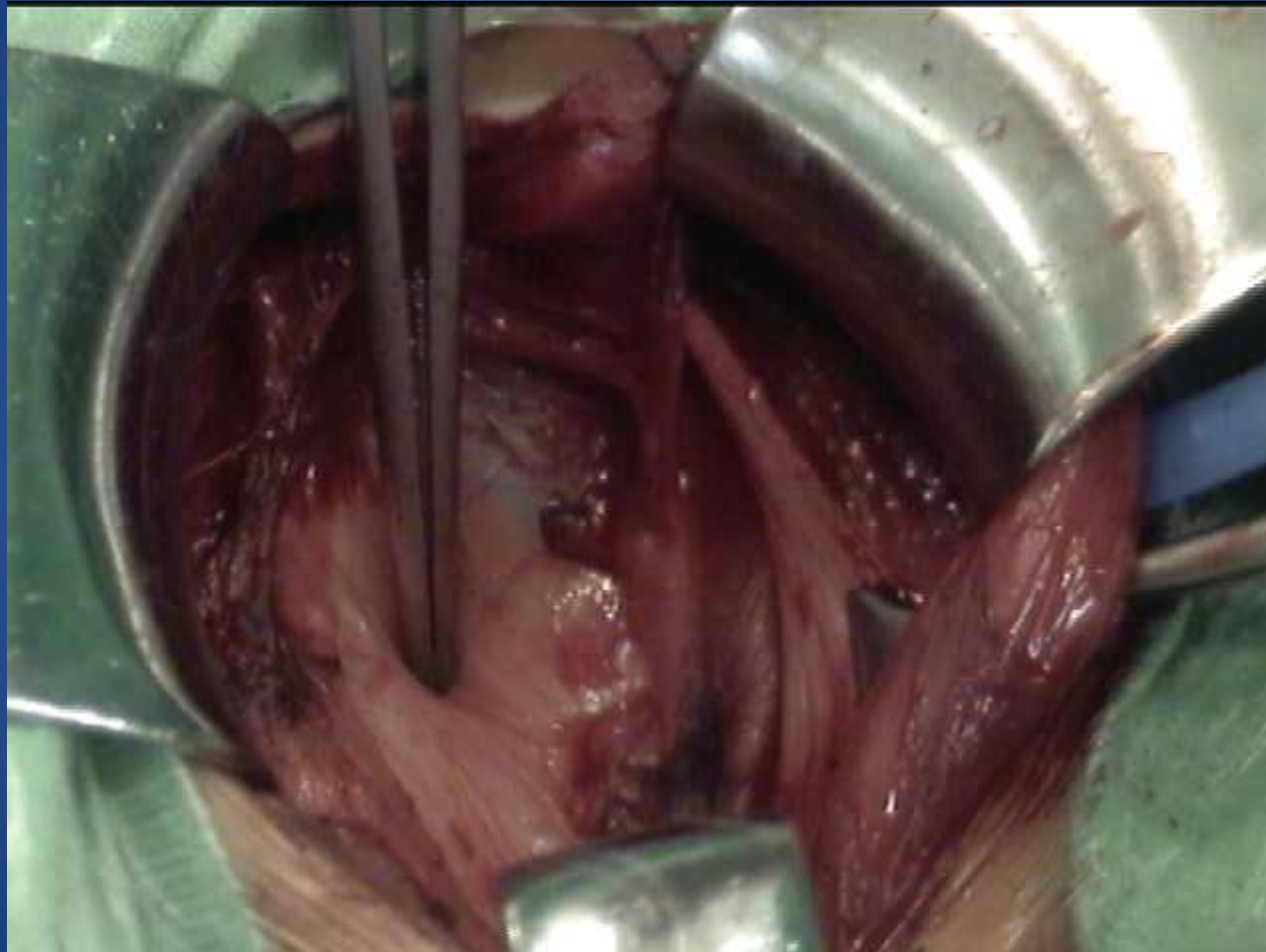


**exzentrisches
Bauchmuskeltraining**

Op-Methoden zur Stabilisierung der Hinterwand des Leistenkanals

- *shouldice repair* durch elastische Dopplung der Fascia transversalis bei vollständiger Insuffizienz/Laxheit
- *minimal repair* (Muschaweck-repair) bei partieller Hyperelastizität/Schwäche der Fascie
- Entfernung von den inneren Leistenring einengenden praeperitonealen Lipomen

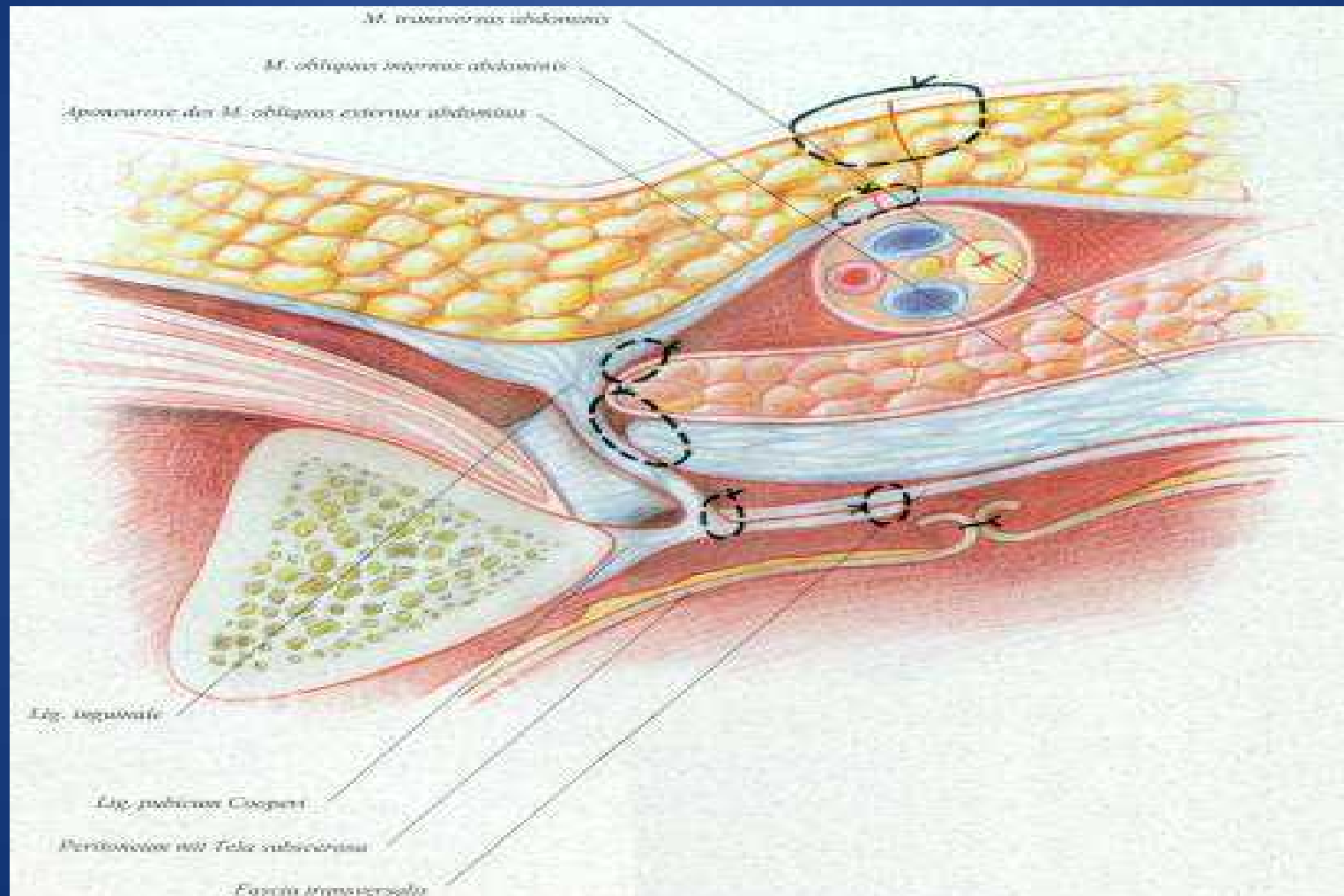
Hinterwand Leistenkanal/Fascia transversalis



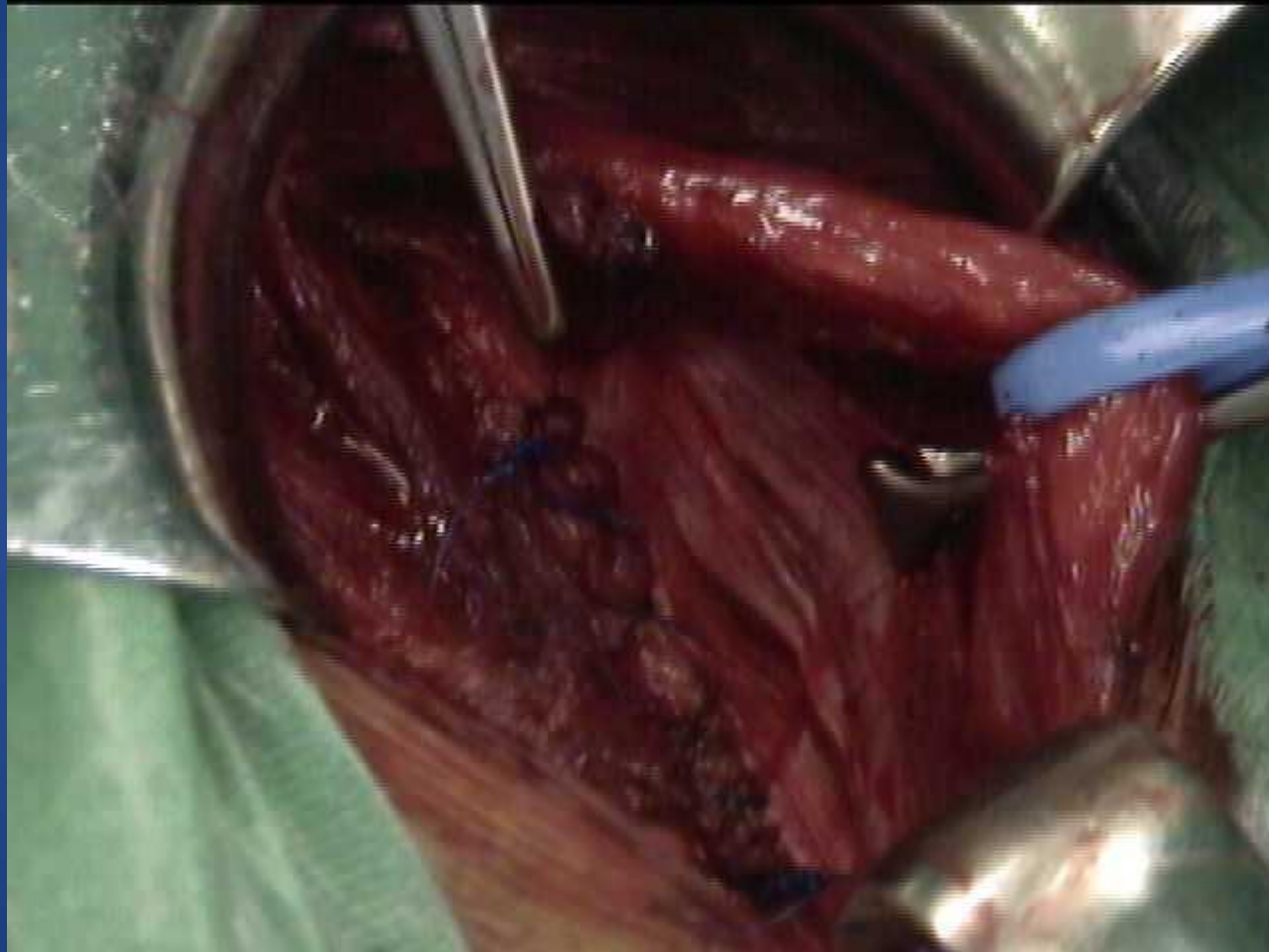
25.04.2016

Volker Steger MVZ Thonbergklinik Leipzig

shouldice repair



Shouldice repair



25.04.2016

Volker Steger MVZ Thonbergklinik Leipzig

Zusammenfassung

Diagnostik/Therapie des Leistensyndroms

- exakte Anamnese/Diagnostik bei detaillierter Kenntnis der sportspezifischen Belastung
- sparsamer Einsatz v. Medikamenten/Injektionen
- konsequente + geduldige Optimierung der Statik/Kraftverteilung im Becken/Oberschenkelregion durch balancierten Muskelaufbau (v.a. exzentrisches Krafttraining/MTT) sowie weitere komplexe physiotherapeutische Maßnahmen (manuelle Therapie / Osteopathie/Fascientherapie/Trigger-Punkt-Therapie) über ca.4-6 Wo.
- bei eindeutigen Hinweisen auf Fascieninsuffizienz im Sinne einer „weichen Leiste“ und Ausbleiben eines konservativen Therapieerfolgs Indikationsstellung zur operativen Intervention

vielen Dank !



25.04.2016

Volker Steger