

## DIE SPORTLERLEISTE

(Beitrag von Dr. med. W. Büttner und M. Rossetto)

**Synonyme:** Pupalgia athletica, „weiche Leiste“, „sportsmans groin“, pubic inguinal pain syndrome (PIPS) und viele mehr.

### Definition:

Der Begriff „Sportlerleiste“ umschreibt unterschiedliche Schmerzzustände im Leistenbereich beim sportlich aktiven Menschen. Leistenschmerzen können durch eine Vielzahl von klar definierten Krankheitsbildern (zum Beispiel echten Leistenhernien, Schäden des Hüftgelenks), die vom eigentlichen Begriff „Sportlerleiste“ zu unterscheiden gilt. Die echte Sportlerleiste beschreibt einen Schmerzzustand, welcher durch ein anhaltendes Missverhältnis (Fehlbelastung, Überlastung) der im vorderen Beckenring ansetzenden Muskelgruppen verursacht wird.

Die Sportlerleiste kann entweder als akutes Ereignis oder als schleichend zunehmender Leistenschmerz auftreten, typischerweise in Sportarten mit wiederholten hohen Oberkörper- und/oder Becken-/Beinrotationen, die unter maximaler Kraftanwendungen ausgeführt werden (Meyers et al. 2007).

### Häufigkeit, Vorkommen:

- allgemeiner Hochleistungssport: 0,5 bis 6,3 %
- Profifussballbereich: 10 – 18 % aller Spieler
- NHL-Eishockeyliga: 15 – 20 % aller Eishockeyprofis (pro Jahr!)
- seltener auch bei Ausdauersportler (Marathonläufer, Triathleten) und in der Leichtathletik.

### Entstehung

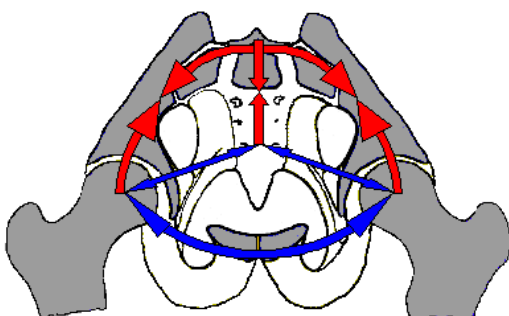
Die Kenntnis um die Bedeutung einer stabilen Beckenebene bildet die Grundlage für das Verständnis der Entstehung der Sportlerleiste. Der vorderen Beckenring (Symphyse, Schambeine) bildet dabei die Kreuzungsstelle für die Stabilisation und Kraftübertragung der Muskeln des Rumpfes (speziell die Bauchmuskulatur) und der Becken- und Oberschenkelmuskulatur (beziehe die Adduktorengruppe). Die eine Sportlerleiste typischerweise begünstigenden Bewegungsabläufe setzen sich zusammen aus der Stabilisierung des Körpers im Einbeinstand (meist bei gespreizten Beinen) mit gleichzeitiger Rotation des Beckens (Schussabgabe im Fussball oder Eishockey).

Untersuchung zeigen, dass eine relative Schwäche der (vorderen) Bauchmuskelwand die häufigste Ursache von Leistenschmerzen ist (Janković et al. 2001).

Die Adduktoren (Muskelgruppe an der Innenseite der Oberschenkel) sind die wichtigsten Stabilisatoren in der Stand- und Schwungbeinphase und müssen dabei hohe Belastungsspitzen aushalten. Da bei jeder Anspannung der Adduktoren gegen Widerstand (z.B. beim Treten eines Balles) zur Stabilisierung der Beckenebene auch die gegenseitige Bauchwandmuskulatur diagonal angespannt wird, ist das enge funktionelle Zusammenspiel dieser Muskelgruppen für die Kontrolle der Beckenstellung entscheidend (Biedert R, 2009).

Die am häufigsten geschädigten Gewebe sind die querverlaufenden Muskelfasern im unteren vorderen Bauchwandbereich und deren Sehnen, die die vordere Bauchmuskeln mit dem Schambein verbinden wie auch die Sehnenansätze der Adduktoren am inneren Schambeinast.

Abb. 1: **Muskuläre Stabilisierung der Beckenebene**



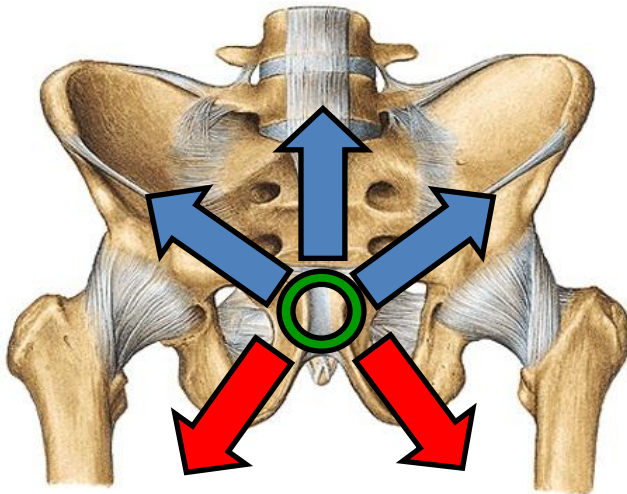
#### Muskelketten zur Stabilisierung der Beckenebene:

**Rot:** Gesäßmuskulatur, tiefe Beckenmuskulatur und hinterer Beckenboden

**Blau:** vordere untere Bauchwand, vorderer Beckenboden.

Quelle: Bild: Tile, M. (1984), mod. nach M. Rossetto

Abb. 2: **Der vordere Beckenring: das Wetterkreuz der Leistenschmerzen**



Symphyse (grüner Ring): Kreuzung der Kraftübertragung zwischen Rumpf und Beinen.

**Blau:** gerade und schräge Bauchmuskulatur

**Rot:** Adduktoren (innere Oberschenkelmuskulatur)

(Graphik: M. Rossetto)

### **Symptome:**

Reissender Schmerz im Leistenbereich, allenfalls mit Ausstrahlung in die Hoden, die untere Bauchmuskulatur, in die Innenseite des Oberschenkels oder auch in die Gegenleiste. Der Schmerz tritt typischerweise bei sportarttypischen Maximalbelastungen auf und ist in Ruhe oder Inaktivität meist nicht mehr vorhanden und schwer zu reproduzieren.

### **Differentialdiagnose:**

- Muskuläre Ursache: Adduktorenverletzung, Bauchmuskelerkrankung, Muskelverhärtungen, Psoas-Syndrom
- Knöchernen Ursachen: Schambeinbruch, Symphysensprengung
- Artikuläre Ursachen: Hüftgelenkerkrankungen, ISG-Probleme
- Schleimbeutelentzündungen
- Echte Leistenhernie (Leistenbruch)
- Neurogene Ursachen: Einklemmungssyndrome im Beckenbereich
- Fortgeleiteter Schmerz aus der Lendenwirbelsäule
- Internistische Ursachen: Entzündungen im kleinen Becken, Darmerkrankungen
- Gynäkologische oder urologische Ursachen
- Tumorerkrankungen im kleinen Becken
- und viele mehr...

### **Diagnostik:**

- detaillierte Befragung
- genaue funktionelle Untersuchung
- angepasste bildgebende Abklärungen (Röntgen, Ultraschall, MRI)

### **Behandlung:**

Die Behandlung richtet sich immer nach der dem Problem zugrunde liegenden Ursache. Je genauer die Ursache und die verletzten Strukturen bekannt sind, um so gezielter kann eine Behandlung erfolgen.

- **Konservative Behandlung** (ohne Operation):
  - Sportpause (meist einige Wochen!).
  - 7 bis 10 Tage Entzündungshemmer in Tablettenform zur Behandlung von akutem Schmerz und Schwellung.

- Angepasste physiotherapeutische Anwendungen zur Entspannung und Schmerzlinderung
- Funktionelle aktive Übungen zur Besserung der Rumpf-, Becken- und Einbeinstand-Stabilisation
- Je nach Situation gezielte Injektionen (durch den erfahrenen Spezialisten/Sportarzt)

Die Behandlung ist meist langwierig und schwierig, in der Regel ist mit einem Sportausfall von wenigen Monaten zu rechnen.

- **Operative Behandlung**

Auch bei einem operativen Vorgehen richtet sich der Eingriff nach der zu behebenden strukturellen Störung. In der Literatur werden mehr als 100 (!) unterschiedliche Operationsverfahren zur chirurgischen Behandlung von Leistenschmerzen beim Sportler beschrieben.

Am häufigsten kommt der so genannte „Pelvic Floor Repair“ (Dr. Meyers et al. (2007), Philadelphia) zum Einsatz, eine Methode, bei der die Ansätze der geraden und/oder schrägen Bauchmuskulatur am Leistenband verstärkt und verbreitert werden, um die Kraftübertragung auf eine breitere Fläche zu verteilen.

Das so genannte „Minimal-Repair“- Verfahren nach Muschawek et al. (2010) verfolgt dasselbe Ziel über einen kleinen Schnitt in der Leiste. Diese Methode eignet sich bei umschriebenen Ansatzproblemen der geraden und schrägen Bauchmuskulatur und kann in lokaler Betäubung, ambulant und mit niedriger Komplikationsrate durchgeführt werden.

Bei gleichzeitigen Adduktorenproblemen oder begleitenden echten Leistenhernien werden diese Verfahren durch die klassischen Operationstechniken ergänzt (Entlastung der Adduktorenspannung durch Einkerbungen der Sehnenansätze und Verschluss der Bruchpforten durch Naht oder Einsatz eines Netzes).

- **Nachbehandlung nach „Minimal Repair“-Operation:**

Aufgrund der minimalen OP-Belastung, kann bereits ab dem zweiten postoperativen Tag mit physiotherapeutischen, bauch- bzw. rumpfstabilisierenden Massnahmen begonnen werden. Es erfolgt ein strukturiertes Trainingsprogramm zur Stabilisation von Rumpf- und Bauchmuskulatur, Beckenboden und Adduktoren, wobei für letztere die Detonisierung (Spannungsminderung) im Vordergrund steht.

Bei der postoperativen Rehabilitation steht das Wiedererlangen des Gleichgewichtes zwischen Bauch-, Beckenboden und Oberschenkelmuskulatur im Vordergrund, damit die sportartspezifischen Stabilisations- und Rotationsbelastungen wieder schmerzfrei toleriert werden können.

## Quellenangaben:

Diverse Referenzen aus:

- \_ American Orthopaedic Society for Sports Medicine
- \_ [www.orthoinfo.aaos.org](http://www.orthoinfo.aaos.org)
- \_ [www.vinceraoinstitute.com/core-injuries/sports-hernia/](http://www.vinceraoinstitute.com/core-injuries/sports-hernia/)

Literaturverweise:

- \_ Anderson K, Strickland S, Warren R: Hip and groin injuries in athletes. Am J Sports Med 29 (2001) 521-533.
- \_ Biedert R, Kapitel 19, Leiste in Engelhardt M. (Hrsg.): Sportverletzungen - GOTS Manual: Diagnose, Management und Begleitmaßnahmen, 2. Auflage, 2009 ISBN 978-3-437-24091
- \_ Janković S, Delimar D, Hudetz D.; The groin pain syndrome.
- \_ Arh Hig Rada Toksikol. 2001 Dec;52(4):421-8.
- \_ Lorenz R / Koch A Das Leiden der Sportlerleiste? Passion Chirurgie. 2012 Mai; 2(05): Artikel 02\_01
- \_ Muschawek U, Berger L: Minimal Repair technique of sportsmen's groin: an innovative open-suture repair to treat chronic inguinal pain. Hernia : the journal of hernias and abdominal wall surgery. 02/2010; 14(1):27-33
- \_ Meyers et al., The pubic joint – dynamic pubic complex'(Am J Sports Med 2000)
- \_ Meyers W C; Yoo E, Devon O, Jain N, Horner M: Understanding "Sports Hernia" (Athletic Pubalgia): The Anatomic and Pathophysiologic Basis for Abdominal and Groin Pain in Athletes, Operative Techniques in Sports Medicine, Volume 15, Issue 4 , Pages 165-177, October 2007