

H. Hess

Der chronische Leistenschmerz des Sportlers

em. Chefarzt Orthopädische Klinik
St. Elisabeth-Klinik, Saarlouis

Zusammenfassung

Der chronische Leistenschmerz ist bei Fußballspielern, aber auch bei vielen anderen Breiten- und Spitzensportlern eines der häufigsten Krankheitsbilder. Hinter der Bezeichnung „Leistenschmerz“ verbergen sich zahlreiche pathologische Substrate. In den meisten Fällen ist der chronische Leistenschmerz ein Überlastungssyndrom mit typischer Druckdolenz der Adduktoreninsertion am Schambein. Nicht selten jedoch handelt es sich um eine Erkrankung anderer, benachbarter Organe, wozu in erster Linie die sogenannte „weiche Leiste“ gehört. Aber auch funktionelle Störungen im Beckenringbereich, ferner urogenitale und neurogene Ursachen sind denkbar. Da sich hinter dem chronischen Leistenschmerz viele interne und externe Ursachen verbergen können, sind eine gezielte Diagnostik und daraus resultierend auch eine gezielte Therapie erforderlich.

Einleitung

Der akut auftretende Leistenschmerz kann im Allgemeinen schnell diagnostiziert werden und ist auch fast immer einer ordentlichen Therapie zugänglich. Beim chronischen Leistenschmerz gibt es dagegen häufig Schwierigkeiten bei der Erhebung der Diagnose. Zahlreiche Autoren haben darauf hingewiesen, dass eine Reihe von Differenzialdiagnosen berücksichtigt werden muss.

In der überwiegenden Zahl der Fälle ist der chronische Leistenschmerz Folge einer Überlastung der Sehnenansätze, wobei in der Regel die Beschwerden - lokalisiert an der Insertion der Adduktoren (vornehmlich *Musculus gracilis*) - angegeben werden. Auch ein Überlastungssyndrom des *Musculus rectus abdominis* und seines Ansatzes am Schambein ist häufig dabei zu finden. Nicht selten ist aber die Symptomatik diffuser Art, wobei die Schmerzen dann mehr zum Hüftgelenk hin, in die Bauchdecke oder zur Analregion ausstrahlen oder aber auch in die Hodenregion und in die Leistenweichteile selbst. Zumeist sind die Beschwerden belastungsabhängiger Natur, verschlimmern sich oft proportional zur Belastungsdauer und Belastungsstärke und halten auch noch Stunden nach dem Training an. Nicht selten allerdings sind die Schmerzen nicht von der Belastungsintensität abhängig, sondern treten blitzartig beim Husten, Anspannen der Bauchmuskulatur oder auch in Ruhe auf. Insbesondere Ruhe- und Nachtschmerzen deuten darauf hin, dass das differenzialdiagnostische Augenmerk eher nicht auf den muskulär/arthrogenen Bereich zu richten ist.

Im Leistenbereich inserieren die kräftigsten Muskeln, die wie z. B. die Hüftbeuger und die Bauchmuskulatur bei praktisch allen sportlichen Belastungen eingesetzt werden. Das Hüftgelenk überträgt erhebliche Rotationskräfte über Muskeln, massive Sehnen- und Fasziensplatten. Gleichzeitig aber existieren auch ein großzügig angelegtes, sensibles Nervenplexus und als Schwachstellen mehrere Faszienslücken im Sinne von Austrittspforten für Gefäße, Nerven und Samenstrang.

Bei einer derartig hochdifferenzierten funktionellen Einheit müssen zwangsläufig Störungen auftreten, wenn z. B. die anatomisch/biomechanischen Voraussetzungen für die sportsspezifische Mehrbelastung

nicht stimmen oder das System an irgendeiner Stelle funktionell überfordert wird. Deswegen sind hier auch Fernwirkungen von Wirbelsäule oder Fuß, unter Umständen auch vom Sportschuh durchaus denkbar.

Typische Schmerzlokalisierung

1. Adduktorenursprung (oft punktuell lokalisiert am Gracilisursprung), auch in der Gesamtbreite der Insertion bis zum Anus reichend.
2. Insertion des *Musculus rectus abdominis* am Os pubis.
3. Insertion des Leistenbandes am Os pubis und benachbarter Teile des Bandes.
4. Die *Musculi rectus femoris*, *sartorius*, *iliopsoas* sowie ventrale Hüftgelenkkapsel und Symphyse.
5. Äußerer Leistenring in Form einer „offenen Leiste“.

Ätiologie

Am häufigsten sind externe Ursachen, wie z. B. Trainingsbelastungen, ungeeignete Böden, Verletzungsrückstände im Bereich der Adduktoren oder benachbarter Weichteile, Bewegungseinschränkungen benachbarter Gelenke und auch Konstruktionsmerkmale der Sportschuhe.

Interne Ursachen sind Muskeldysbalancen, insuffiziente Bauch- und Rückenmuskulatur, Aufbaustörungen des Hüftgelenkes, Veränderungen der Beckenstatik, Störungen des Iliosacralgelenkes, neurogene Störungen, urologische Komplikationen, entzündlich degenerative Komplikationen und die sogenannte „weiche Leiste“ oder der Leistenbruch.

Externe Ursachen

1. Trainingsbelastung. Gesteigerte Trainingsbelastungen, vielfach auf ungeeigneten Böden, insbesondere auch im Rahmen der Saisonvorbereitung oder in der Halle und auf winterlichen Böden können durchaus zu Leistenbeschwerden führen. Häufig sind sie passager und sprechen auch auf eine Physiotherapie sehr gut an.
2. Verletzungsrückstände im Bereich der Adduktoren und der umgebenden Muskulatur. Diese führen, wenn sie ungenügend ausbehandelt sind, zu hartnäckigen Schmerzzuständen. Manchmal sind es ältere, übersehene Adduktorenabriss mit Verknöcherungen, von denen immer wieder einige operativ behandelt werden müssen.
3. Bewegungseinschränkungen benachbarter Gelenke. Oft beobachten wir ein Leistensyndrom auf der gegenüberliegenden Seite. Wenn z. B. nach einer alten Verletzung noch eine Bewegungseinschränkung im Fußbereich vorliegt, insbesondere eine mangelhafte Plantarflexion, kann dies beim Fußballspieler, wenn er beim Spansschlag nicht sauber unter den Ball kommt, zu Leistenschmerzen führen, weil eine zusätzliche Stabilisierungsarbeit von der Muskulatur des anderen Beines beim Schuss übernommen werden muss. Es ist aus diesem Grunde unerlässlich, bei allen Leistenbeschwerden nach vorausgegangenem, auch fernab liegenden Verletzungen zu forschen und den Zustand der Adduktoren, der Bauch- und Rückenmuskulatur sowie die Beweglichkeiten benachbarter Gelenke zu untersuchen. Kleine orthopädische Veränderungen am Sportschuh, eine Einlagenversorgung oder auch ein Tapeverband können gelegentlich positive Fernwirkungseffekte beim Leistenschmerz hervorrufen.
4. Die insuffiziente Bauch- und Rückenmuskulatur ist ebenfalls ein großes Problem. Meist kommt es zu einer ausgeprägten, sportartbeding-

ten Kräftigung der Oberschenkel- und Gesäßmuskulatur, während Bauch- und Rückenmuskulatur dagegen kaum trainiert sind. Die Folge ist eine mangelhafte muskuläre Stabilisierung des Beckens z. B. beim Schuss im Fußball, insbesondere bei Schüssen aus der Drehung, was in der überforderten Muskulatur zu Myalgien und Tendopathien führt.

Interne Ursachen

1. Aufbaustörungen des Hüftgelenkes. Sie führen nicht nur zu Überlastungsbeschwerden im Bereich der unmittelbaren Muskelansätze am Trochanter major, zu Myalgien der Becken- und Hüftmuskulatur und zu Reizzuständen der Hüftgelenkkapsel, sondern auch zur Adduktorentendopathie. Es ist deshalb notwendig, bei chronischen Leistenbeschwerden immer das Hüftgelenk zu untersuchen.

2. Veränderungen der Beckenstatik durch Beinlängendifferenzen und Deformierungen des Beckenringes. Osteitis pubis, Ermüdungsfrakturen oder Wirbelblockade.

3. Funktionelle Störungen, z. B. wegen einer Iliosacralgelenkblockade.

4. Auch Fehlbelastungen durch Fußdeformierungen kommen als Ursache in Frage. Sie wirken über die tendomyotische Kette der Beinmuskulatur und ihrer Bespannung durch die laterale Oberschenkelfaszie als biomechanischer Störfaktor.

5. Urologische Komplikationen. Sie sind nicht selten und werden z. B. als entzündliche Erkrankung der Prostata oder anderer Organe des Genitaltraktes gefunden (Vesiculitis seminalis, Nebenhodentumor).

6. Tumoröse und andere Veränderungen. Als Ursachen werden z. B. Osteoidosteome und Echinokokkuszysten beschrieben. Benigne Tumore wie Enchondrome, aber auch maligne Tumore wie Osteosarkome, Ewing-Sarkome und Chondrosarkome sind möglich, wie letztendlich auch Metastasen.

7. „Weiche Leiste“ oder Leistenbruch. Nach unserer Erfahrung ist bei etwa 20 % dies die Ursache oder Co-Faktor des Leistenschmerzes. Bei einer plötzlichen Anspannung der Bauchmuskulatur gerät das Peritoneum in die Lücke zwischen Musculus internus und Leistenband. Dies löst den plötzlich einschießenden unangenehmen Schmerz aus, der sich deutlich von den üblichen insertionstendopathischen Schmerzen unterscheidet. Häufig wird ein in den Hoden einschießender Schmerz angegeben. Eine exakte Abklärung der Schmerzursache ist für eine effektive Behandlung unabdingbar.

Der Leistenschmerz bei Jugendlichen und Frauen

Bei Jugendlichen ist insbesondere auf Veränderungen des Hüftgelenkes im Sinne z. B. eines Morbus Perthes, einer Epiphysenlösung oder einer Coxitis zu denken. Bei Frauen ist der klassische Leistenschmerz des Sportlers äußerst selten, aber auch hier beobachtet man gelegentlich eine typische Adduktorentendopathie.

Therapie

Die Therapie des Leistensyndroms richtet sich in logischer Konsequenz zunächst einmal nach den gefundenen Beschwerdenursachen und versucht diese durch konservative und notfalls operative Maßnahmen zu eliminieren.

Bei der konservativen Behandlung sind ein komplexes Aufbau- und Rückentraining der Rücken- und Beinmuskulatur, Beseitigung der Muskeldysbalancen des Beckengürtels und Erreichung einer Rumpfstabilisierung wichtig. Normales Stretching reicht hier nicht. Ein Bauchmuskeltraining ist

Checkliste für Untersuchungsgang

1. Beurteilung der Fußform, der Bein- und Beckenstatik. Äquilibration durch Brettchenausgleich.
2. Funktionelle Beurteilung der Fuß-, Knie- und Hüftgelenke, des Iliosacralgelenkes und der Wirbelgelenke unter Beachtung der manualtherapeutischen Besonderheiten. Muskelfunktioneller Untersuchungsgang.
3. Ortung des Druckschmerzes.
4. Untersuchung des Umfeldes der Leiste - der umliegenden Muskulatur des dorsalen Beckenringanteils - und des Leistenringes sowie der Hoden.
5. Röntgen Beckenübersicht, sonographische Untersuchung, eventuell MRT.

wichtig, aber die sogenannten „Klappmesserübungen“ können häufiger Ursache als Therapie für die Beschwerden sein.

Bei der „weichen Leiste“ ist nur eine Operation mit Versorgung des Leistenkanals in der Lage, die volle Sportfähigkeit wieder herzustellen. Verschiedene Operationsmethoden werden angegeben (OP nach Shouldice, endoskopische Operation mit Einbringen eines Kunststoffnetzes o.ä.). Gelegentlich ist es sinnvoll, die Reparaturschlinge mit einer Einkerbung des Adduktorenursprungs zu verbinden.

Orthopädische Hilfsmittel wie Absatzerhöhungen, Versorgung mit Einlagen, kleine Supinationskeile o. ä. sind wichtige therapeutische Ansätze. Der Chirotherapie kommt eine besondere Bedeutung bei den funktionellen Veränderungen im Sinne von Iliosacralgelenkblockierungen oder Wirbelblockierungen zu. Eine gezielte Injektionsbehandlung mit Einsatz des richtigen Medikamentes ist in der Hand des Arztes eine der wichtigsten Therapiemaßnahmen. Letztendlich kann auch eine Kortisoninjektion (aber nur in hoher Verdünnung mit Lokalanästhetikum) schlagartig zur Beschwerdebesserung führen, auch wenn sie eines der letzten Glieder der therapeutischen Kette darstellt. Operative Maßnahmen sind letztendlich die Eingriffe an den Ansätzen der Adduktoren und Rectussehne, wobei hier keinesfalls großzügige Totalablösungen durchgeführt werden sollten.

Literatur

1. Ekberg O, Persson NH, Abrahamsson PA, Westhin NE, Lilja B: Longstanding Groin pain in Athletes. Sports Med. 6 (1988) 56-61.
2. Franz W, Overbeck W: Der Leistenschmerz des Sportlers; Differentialdiagnose und Therapie. Springer Verlag, Berlin. 1995.
3. Hess H: Leistenschmerz - Ätiologie, Differentialdiagnose und therapeutische Möglichkeiten. Orthopädie 9 (1980) 186-189.
4. Kelm J, Ducjow J, Anagnostakos K, Schneider G, Kohn D, Ahlhelm F: Die Vesiculitis seminalis als seltene Differentialdiagnose beim chronischen Leistenschmerz des Fußballers. Sportverletz Sportschaden 17/2 (2003) 84-87.
5. Lynch SA, Renstroen PAF: Groin injuries in sport. Treatment strategies. Sports Med. 2 (1999) 137-144.
6. Urquhart DS, Packer GJ, Mc Latchie RR: Return to sport and patient satisfaction levels after surgical treatment for groin disruption. Sports exercise and Injury 1 (1996) 37-42.

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. med. Heinrich Hess
Waldstraße 10
66271 Kleinblittersdorf