



Regeneration ist beeinflussbar

Ulrike Lösch und Petra Winzenhöller im Austausch mit Tennis-Profi Andrea Petkovic 24

Rio Calling

Robert Erbeltinger im Gespräch mit Marco Koch und seinem Athletiktrainer Markus Welzel 38



Konservative Therapie

Bis(s) zum Muskelfaserriss
Craniomandibuläre Dysfunktion
Dr. Dr. Andreas Först 04

Prävention, Training & Regeneration

Biomechanik
Bewegung verstehen
Dr. Jens Enneper
Prof. Dr. G.-P. Brüggemann 20

Operative Therapie

Hüftarthroskopie
Leistenschmerzen und Hüftverletzungen
Dr. Christian Sobau 50

Sportkardiologie

Under Pressure
Isometrisches Training bei Arterieller Hypertonie
PD Dr. Felix Post 54

Sporternährung

Mehr gesunde Fette!
Einsatz und Bedeutung in Sporternährung und Reha
Niels Schulz-Ruhtenberg 66

Sportpsychologie

Medizinische Hypnose
Potenziale zur Leistungssteigerung im Sport
Dr. Karin Pekovits
Prof. Dr. Robert Gasser 78

Leistenschmerz

Differentialdiagnosen und Therapiemöglichkeiten



Marco Reus verpasste nach der WM 2014 auch die EM 2016 in Frankreich. Grund: Eine hartnäckige und sehr schmerzhaftes Schambeinentzündung.

© pixathlon

Leistenschmerzen und Hüftverletzungen sind beim Sportler häufig anzutreffen. Die Vielfalt möglicher Verletzungen der zahlreichen anatomischen Strukturen und die hohe Prävalenz von pathologischen Befunden bei asymptomatischen Athleten machen das Thema komplex. Im ersten Teil des Artikels gehen Dr. Christian Sobau und Dr. Alexander Zimmerer auf Differentialdiagnosen und Therapiemöglichkeiten ein, im zweiten Teil werden die Grundlagen der Hüftarthroskopie und verschiedene Verletzungen/ Beschwerden aufgezeigt.

Chronische Reize und Belastungen als auch akute Traumata können Verletzungen und Überlastungsschäden zur Folge haben und führen dadurch zum Ausfall des Sportlers (1). Verletzungen der Leistenregion betreffen vor allem Sportarten mit schneller Beschleunigung/Verzögerung, schnellen Richtungswechseln und Schussbewegungen, z. B. klassische „stop and go“-Sportarten wie Fußball, Rugby, Eishockey oder Cricket (2). So stellen der Leistenschmerz und Verletzungen der Hüftregion z. B. in der Fußball-Bundesliga mit 4–16 Prozent Ausfallzeiten den dritthäufigsten Ausfallgrund dar (3). Bei der Diagnosefindung gilt es, die muskulären von den tendinösen und den knöchernen Erkrankungen zu differenzieren, dabei aber auch die abdominalen, urogenitalen und neurologischen Erkrankungen nicht außer Acht zu lassen. Der Leistenschmerz stellt daher eine differentialdiagnostische Herausforderung dar.

Diagnostik

Anamnese und klinische Untersuchung stellen den wichtigsten Bestandteil der Diagnosefindung dar. In der Anamnese werden Fragen nach akuten oder chronischen Schmerzen gestellt. Bei plötzlichen Schmerzen muss man

nach einem auslösenden Ereignis bzw. Trauma fragen. Oder hatte der plötzlich einsetzende Schmerz doch eine schleichende milde Vorgeschichte, an die sich der Patient nach detailliertem Nachfragen zur Vergangenheit dann erinnert? Fragen nach typischen Kinderkrankheiten wie Hüftdysplasie mit Operationen oder Spreizhosen-therapie können oft von verwandten Begleitpersonen beantwortet werden. Der Schmerzcharakter, z. B. stechend/blockierend, kann Hinweise auf eine Labrumläsion, Ligamentum capitis femoris (LCF) Läsion oder freie Gelenkkörper liefern. Drückende Beschwerden, die sich unter Belastung in der Leiste aggravieren, lassen an eine intraartikuläre Erkrankung wie das femoroacetabuläre Impingement (FAI) denken. Brennende oder ziehende Beschwerden entlang der Leiste mit Ausstrahlung in den Oberschenkel können durch Entzündungen verursacht werden mit intraartikulären Ergüssen. Ruheschmerzen mit ventralem Oberschenkelschmerz in Kombination mit ei-



Abb. 1 Akuter Labrumriss bei einer Turnerin

nem Anlaufschmerz und schmerzhaft eingeschränkter Gehstrecke deuten auf eine Arthrose hin. Ventro-mediale Belastungsschmerzen ohne Ausstrahlung nach kaudal, sondern in Richtung Os pubis/Symphyse können z. B. auf eine Sportlerhernie, Adduktorenläsionen oder ein FAI hinweisen. Akute Beschwerdeaggravierung

Ab Oktober 2016

Agilium Freestep 2.0

Bei unikompartimenteller Gonarthrose
Weniger Schmerz. Mehr Leben.

Innovatives Wirkprinzip,
biomechanisch geprüft
und klinisch getestet¹

Bewegungsfreiheit am Knie und
unauffälliges Design zugunsten
einer hohen Compliance

Signifikante Schmerzreduktion im
Womac Pain Subscore. Reduktion
der Analgetika um bis zu 50%²

ottobock.

Quality for life

Facebook Twitter YouTube
ottobock.de/agilium

¹Schmalz et al. 2006; Schmalz et al. 2011; Fantini-Pagani et al. 2014; Stinus et al. 2015 (noch nicht veröffentlicht)

²Stinus et al. 2015 (noch nicht veröffentlicht)



Abb. 2
Arthroskopisches
Bild FAI CAM-
Impingement

lässt an ein entzündliches Geschehen denken, länger bestehende Schmerzen an degenerative Erkrankungen. Weitere Symptome umfassen Hinken, Klicken, Knirschen, Schnappen oder Blockierungen (4). Neben der Qualität des Symptoms sind auch die Lokalisation und das selbständige Zeigen der betroffenen Region weitere wichtige Differenzierungshilfen für die Pathologie. Schmerzpunkte angrenzender Gelenk wie LWS und Knie oder Ausstrahlungen in deren Bereiche können wichtige Rückschlüsse auf extra- oder intraartikuläre Erkrankungen der Hüfte geben (5).

Klinische Untersuchung

Bei der klinischen Untersuchung hilft ein programmierter standardisierter Ablauf in unterschiedlichen Patientenpositionen wie z. B. Stehen, Sitzen und Liegen. Eingeschlossen bei der Hüftgelenkuntersuchung sind räumlich nahegelegene Regionen wie die Leiste, das untere Abdomen, das Becken und die Lendenwirbelsäule mit Iliosakralgelenken. Zur Unterscheidung von Pathologien wie z. B. Hernien, Sportlerleiste oder Entrapment-Syndromen der dorsalen Nerven bedarf es einer allgemeinen Untersuchung und spezifischer Tests. Palpation, aktive und passive Untersuchungsmethoden nach der Neutral-Null-Methode werden dabei spezifisch den einzelnen Bereichen zugeordnet (6).

Bei der Durchführung ist dabei vor allem nach der Schmerzlokalisierung, die der Test auslöst, zu fragen und sich diese vom Patienten gleichzeitig zeigen zu lassen. Oft lösen ein oder mehrere Tests den typischen Schmerz des Patienten aus, sind damit positiv und hinweisgebend auf die Lokalisation der Pathologie. Oder ein Test untersucht eigentlich eine ventrale Pathologie, wird aber vom Patienten als dorsaler Schmerz wahrgenommen. Entsprechend ist die Sensitivität und Spezifität des Testes reduziert (7).

Bildgebung

Nach der klinischen Untersuchung folgt die bildgebende und radiologische Diagnostik. Grundvoraussetzung für die Diagnosefindung sind eine konventionelle Beckenübersicht sowie Lauenstein-Aufnahmen. Ultraschall-Untersuchungen der Leistenregion können Flüssigkeitsansammlungen und Reizzustände von Muskeln, Sehnen und Faszien zeigen. Gegebenenfalls ist auch die Durchführung einer (Arthro-) Magnetresonanztomografie der Becken- und Hüftregion notwendig.

Differentialdiagnosen
und Therapiemöglichkeiten

Eine häufige Gruppe von Verletzungen stellen die Muskel- und Sehnenverletzungen im Bereich der Adduktoren-, Hamstrings- und Glutealsehnen dar. Neben physikalischen Maßnahmen sind vor allem Physiotherapie, Osteopathie, Faszientherapie und funktionelle sportartspezifische Übungen im Verlauf der Therapie kombiniert anzuwenden. Kinesio Taping, Bandagen und kompressive Funktionskleidung können ergänzend eingesetzt werden. Die Therapie richtet sich nach der Schwere und der Entstehung der Verletzung, ist primär oft konservativ und langwierig. Bei traumatischen Sehnenverletzungen mit knöchernem Ausriss bzw. großem Funktionsverlust kann im Verlauf auch eine Operation notwendig sein. Haben sich durch die Anamnese, klinische Untersuchung und Bildgebung Sportverletzungen des Hüftgelenkes und der angrenzenden Struktu-

ren ergeben, so hat sich zur Behandlung in den letzten Jahren nach Versagen einer konservativen Therapie immer mehr die arthroskopische Chirurgie der Hüfte gegenüber der offenen Therapie etabliert.

Fazit

Der Leistenschmerz des Sportlers ist ein häufiges Problem und bedarf aufgrund seiner Komplexität einer differenzierten Untersuchung. Eine erfolgreiche Therapie hängt von der Diagnostik bestehend aus Anamnese, klinischer Untersuchung, Röntgen und MRT ab. Akutverletzungen bei Sportlern müssen manchmal operiert werden, häufiger ist zunächst der konservative Therapieversuch mit physikalischen Maßnahmen, Physiotherapie, Osteopathie, Faszientherapie und Medikamenten angezeigt. Zeigt dies keine ausreichende Beschwerdebese-

serung, stellen wir im zweiten Teil des Artikels typische Krankheitsbilder vor, die mit einer Hüftarthroskopie behandelt werden.

Literatur beim Autor

VORTRAG!

Einen Vortrag zum Thema „Differentialdiagnose Leistenschmerz beim Sportler“ wird Dr. Christian Sobau auf dem Symposium Fußballmedizin & Konservative Sportmedizin am 12. November 2016 in der ARCUS Sportklinik halten.

Den vollständigen Artikel inkl. Teil II zur Hüftarthroskopie und typischen Krankheitsbildern können Sie schon jetzt online unter sportaerztezeitung.de lesen.



Dr. med. Christian Sobau
ist Leitender Arzt in der ARCUS Sportklinik in Pforzheim. Die Behandlungsschwerpunkte des Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie sind Knie und Hüftgelenk.



Der neue LUCAS® 3.

Ausgepackt wird nur noch im Ernstfall.



Im Hightech Rucksack aufladbar

- LUCAS 3 kann im geschlossenen Rucksack aufgeladen werden
- Volle Kontrolle über den Ladezustand im Sichtfenster außen



Datenübertragung per Bluetooth

- Übersichtliche Reportingprotokolle über die kostenfreie Software
- Einfache Übertragung per Knopfdruck



Innovative Rückenplatte

- Mehr Stabilität durch neues Design
- Leichter und dünner
- Erheblich transparenter auf den Röntgenaufnahmen



+ Upgrade von LUCAS 2!
Viele Features zu 100 % kompatibel.



Physio-Control
Germany Sales GmbH
Tel. +49 (0)2131 6617-000
cs-germany@physio-control.com
www.physio-control.de

Physio-Control
Austria Sales GmbH
Tel. +43 (0)1 740 40 2866
cs-austria@physio-control.com
www.physio-control.at

Physio-Control
Switzerland Sales GmbH
Tel. +41 (0)800 00 66 33
cs-switzerland@physio-control.com
www.physio-control.ch

LUCAS® 3
THORAXKOMPRESSIONSSYSTEM