

## Die verflixte Sportlerleiste

**Leistenschmerz bei Sportlern ist keine Bagatelle. Der plötzliche Ausfall eines professionellen Athleten kann nicht nur für seine eigene berufliche Karriere, sondern auch für seine Mannschaft enorme Folgen haben. Besonders hoch ist die Quote dieser Verletzung im Fußball und Eishockey. Während bei Eishockeyspielern eine Leistenverletzung in zwischen 13 bis 20 Prozent der Fälle bekannt ist, liegt die Inzidenz unter männlichen Fußballspielern für chronischen Leistenschmerz bei bis zu 18 Prozent. Eine zuverlässige Diagnose, was wirklich den Leistenschmerz auslöst, ist aber oft sehr schwierig.**

Betroffen von Leistenschmerzen sind vor allem Sportler, deren Bewegungsablauf durch schnelle Bewegungen mit abrupten Richtungswechseln gekennzeichnet ist. Gerade bei Fußballspielern, die im Laufschrift tretende und drehende Bewegungen ausführen, kombiniert mit kraftvollem Schießen des Balles, ist der akut einsetzende Leistenschmerz häufig zu beobachten. Auch bei Mannschaftssportarten wie Rugby, Football, Eis- und Feldhockey ist ein vermehrt durch Leistenschmerz bedingter Ausfall der Spieler zu verzeichnen. Aber auch Tennisspieler und Marathonläufer sind nicht selten betroffen. Bereits beim einfachen Joggen konnte eine Belastung des Hüftgelenkes mit dem 8-Fachen des eigenen Körpergewichts nachgewiesen werden.

Dr. Andreas Koch, Facharzt für Chirurgie und Viszeralchirurgie, Cottbus: „Trotz der Häufigkeit von Leistenschmerzen bei Sportlern gibt es immer noch eine große diagnostische Unsicherheit. Schwierig wird die Diagnosestellung, wenn trotz aller Diagnostik und konservativen Maßnahmen der Schmerz in Ruhe verschwindet, sich aber unter Wiederaufnahme der Belastung zurückmeldet und keine echte Hernie nachweisbar ist. Dabei ist die klare Differenzierung entscheidend, um unnötige Operationen zu vermeiden, dauerhaften Schäden vorzubeugen und eine zielgerichtete Therapie einzuleiten.“

### Symptome der Sportlerleiste

Bei einer „Sportlerleiste“ geben Patienten meist ziehende, teilweise stechende Schmerzen an. Diese haben fast immer eine Ausstrahlung Richtung Oberschenkelinnenseite (Adduktorenansatz) sowie zur Außenseite des Skrotums. Häufig hat der Schmerz auch einen brennenden, fast elektrisierenden Charakter, was ein eindeutiger Hinweis für eine Nervenkompression ist. Diese Nervenkompression entsteht, wenn die für eine Sportlerleiste typische Protrusion der Leistenkanalhinterwand bei Anspannung der Bauchmuskulatur den Nerven lokal komprimiert.

Bei der Sportlerleiste liegt eine umschriebene Schwäche im medialen Anteil der Leistenkanalhinterwand vor. Hierdurch kommt es zu einer lokalisierten Vorwölbung der Transversalisfaszie in den Leistenkanal hinein. Dies führt bei Anspannung der Bauchdeckenmuskulatur und bei abrupten Bewegungen zu einem für die Sportlerleiste typischen Schmerz, welcher durch Kompression des R. genitalis des N. genitofemoralis hervorgerufen wird. Zusätzlich führt diese Schwäche der Leistenkanalhinterwand zu einer Erweiterung des Leistenkanals mit Retraktion des lateralen Anteils des M. rectus abdominis an seinem Ansatz am Os pubis.

### Therapie der Sportlerleiste

Bei der Versorgung von Sportlerleisten gibt es noch kein ideales Therapiekonzept. Es fehlen prospektiv randomisierte Studien, welche die verschiedenen therapeutischen Ansätze und Verfahren vergleichen. Die Therapie richtet sich vor allem nach der „vermuteten“ zugrundeliegenden Ursache. Sie reicht von Schonung und anschließenden konservativen Trainingsprogrammen bis hin zu teils aufwendigen Operationen. Grundsätzlich gilt, je mehr die Beschwerden in Richtung Symphyse/Adduktoren ausstrahlen, desto eher sollte ein konservativer Ansatz gewählt werden und je mehr nach inguino-skrotal, desto eher operativ.

### **Konservative Therapie**

Vor allem Zerrungen, Risse, Entzündungen und Reizungen sind der konservativen Therapie zugänglich. Hierbei wird durch Schonung der auslösende Reiz vermieden. Zusätzlich können durch antiinflammatorische Medikation und/oder lokale Injektion von Kortikosteroiden, Traumeel und Dextrose die Beschwerden gebessert werden. Intensive physiotherapeutische Programme mit Stretching und Friktionsbehandlungen sowie Massagen haben einen wichtigen Stellenwert im Rahmen der sportlichen Rehabilitation. Zusätzlich werden Koordinations- und Stabilisationsübungen zum Ausgleich muskulärer Dysbalancen sowie osteopathische Maßnahmen durchgeführt.

### **Operative Therapie**

Prinzipiell werden 3 unterschiedliche operative Verfahren diskutiert. Geht man von einer Nervenkompression aus, so sollte eine lokale Neurolyse oder Neurektomie erfolgen. Für die „Imbalance“ der beteiligten Muskulatur werden neben Refixationen des lateralen Rektusmuskelrandes auch sog. Releasing-Verfahren vorgeschlagen. Außerdem wird die Stabilisierung der umschriebenen Schwäche/Vorwölbung der Leistenkanalhinterwand mit oder ohne Netzverstärkung empfohlen. Bei der Minimal-Repair-Technik nach Muschaweck, wird selektiv der Hinterwanddefekt unter Schonung der intakten Anteile mittels einer Faszienopplung repariert. Dieses OP-Verfahren, das in Lokalanästhesie im tageschirurgischen Setting durchgeführt werden kann, vermeidet den Einsatz großflächiger, nichtresorbierbarer Kunststoffprothesen und ermöglicht den Erhalt des Muskelgleitlagers. In einer Studie mit 129 Patienten, davon 67 % professionelle Sportler, wurde die Effektivität nachgewiesen. So konnten die operierten Sportler im Durchschnitt nach 7 Tagen das Training wiederaufnehmen. Nach 14 Tagen waren 80 % der Sportler beschwerdefrei und konnten an ihre alte Form anknüpfen.

### **Nachbehandlung**

Die Rekonvaleszenz umfasst mindestens 2 bis 6 Wochen. Die Nachbehandlung sollte in Zusammenarbeit mit speziell ausgebildeten Physiotherapeuten erfolgen. Eine Schonung und das Vermeiden schweren Hebens sind obsolet. „Do what you feel you can do“ ist heute die Ansage an den Patienten. Die Druckbelastung eines Husten- oder Niesstoßes liegt deutlich höher. Gerade nach offenen Nahtverfahren wie dem Minimal-Repair ist eine schnelle Rückkehr zur normalen Aktivität und Wiederaufnahme des sportlichen Trainings möglich. Bei komplexeren operativen Eingriffen wie dem „Anterior pelvic floor repair“ ist eine Rückkehr zum vollen Training oft erst nach 8 bis 12 Wochen realistisch.

### **Weitere Informationen:**

<https://www.gots.org/blog/2021/03/02/die-verflixte-sportlerleiste/>