



SUCHE



LOGIN

\_praxis

# Sprint – Haken – Schuss – Schmerz!

Physiotherapie bei Fußballern mit einer Leistenproblematik

Mario Götze, Karim Bellarabi, Arjen Robben und viele andere – die Liste der betroffenen Profis ist ebenso lang wie prominent! Die Schambeinentzündung oder korrekterweise der »lang anhaltende Leistenschmerz« ist für viele Athleten wegen der langen Sportkarenz eine Horrordiagnose. Der Sportphysiotherapeut Stefan Podar erklärt in diesem Beitrag sein Vorgehen bei Befund und Therapie.

## Höchste Wiederverletzungsrate

In Sportarten mit Sprints, Richtungswechseln und Schussbewegungen zählen Leistenschmerzen zu den häufigsten Leiden. Bis zu 19 Prozent aller Fußballverletzungen sind leistenbezogen; aber auch Eishockey-, Rugby- und Australian-Rules-Footballspieler beklagen solche Verletzungen (1–5). Die Rückkehr aufs Feld dauert oft ähnlich lange wie nach Rissen des vorderen Kreuzbandes. Selbst nach einem erfolgreichen Comeback haben Leistenbeschwerden die höchste Wiederverletzungsrate aller Sportverletzungen (6, 7).

Eine große zusätzliche Belastung für den Sportler sind die unterschiedlichen Diagnosen, die gestellt werden (zum Beispiel Adduktorenzerrung, Schambeinentzündung, Knochenmarksödem), und die damit einhergehende ungewisse Prognose. Dies kann auch die Kommunikation mit Mannschaftskollegen, Trainer und Manager erschweren, wenn es darum geht, wann der Spieler wieder fit sein wird.

## Bestehender Konsens: Beschwerdebilder

Die Einteilung nach klinischen Beschwerdebildern ist sinnvoll, da eine klassische Einteilung nach strukturellen Pathologien nicht möglich ist (8). Nachdem selbst in der Forschung lange Uneinigkeit über die korrekte Diagnose herrschte, fanden Adam Weir, Peter Brukner und Kollegen im November 2014 einen Konsens. Anhand von klinischen Untersuchungen beschloss man folgende Kategorien:

- adduktoren- / iliopsoas- / inguinal- / Os-pubis-bezogener Leistenschmerz
- hüftbezogener Leistenschmerz
- Leistenschmerz sonstiger Genese (1)

## Autor



Stefan Podar

M. App. Sc.; seit 2006 selbstständiger Physiotherapeut in Wien, seit 2013 eigene Praxis; 2010 Master in Musculoskeletal & Sportsphysiotherapy an der University of South Australia; Gründer der Plattform „Echtzeit-Ultraschall“; seit 2012 Referent für Ultraschallkurse für Physiotherapeuten; 2012–2013 Physiotherapeut im Nachwuchsbereich des österreichischen Fußball-Nationalteams; seit 2015 Physiotherapeut der österreichischen Eishockey-Nationalmannschaft, externer Lehrender am FH-Campus Wien.

stefan.podar@gmail.com

## Kapitelauswahl

## Teilen & Feedback



Tweet

0

pt.redaktion@pflaum.de

Natürlich kann es zu einer Überlappung mehrerer Kategorien kommen (9).

Bildgebende Methoden wie Magnetresonanztomografie (MRT) oder Ultraschall liefern häufig irrelevante Befunde und sind somit nicht zielführend.

Ein systematischer Review zeigte etwa, dass sich auch bei Nichtsportlern beziehungsweise asymptomatischen Athleten sowohl Knochenmarksödeme im Schambein als auch inguinale Hernien fanden (10, 11). Insofern dient die bildgebende Diagnostik bei Leistenbeschwerden vorwiegend dem Ausschluss anderer Pathologien, wie zum Beispiel dem femoroacetabulären Impingement oder Stressfrakturen.

Lendenwirbelsäulen- und Hüftpathologien sowie eine inguinale Hernie werden außerdem durch Anamnese und manuelle Untersuchung ausgeschlossen (12). Bei den letzten beiden Pathologien schlagen viele Ärzte dennoch drei Monate intensive Physiotherapie vor einer Operation vor (13).

Bleiben alle Untersuchungen ohne Befund, landet der Patient meist ebenfalls in der Physiotherapie – vor allem auch, weil invasivere Maßnahmen wie Injektionen oder eine Tenotomie der Adduktorensehnen laut Studien keine besseren Ergebnisse erzielen als eine konservative Behandlung (14, 15).

## Was tun?

Als erfolgreich bei der Behandlung von Leistenschmerzen zeigte sich eine Kombination aus Manueller Therapie und aktiven Maßnahmen (Rumpfstabilisation, Kräftigung der Adduktoren, Gleichgewichtsübungen) (16). Ein supervidiertes Übungsprogramm ist hier einem Heimprogramm vorzuziehen und hat auch einen präventiven Effekt für nicht verletzte Sportler (17, 18).

Auch das Training der tiefen Rumpfmuskeln wie des M. transversus abdominis kann effektiv sein, da diese bei Leistenbeschwerden oft verspätet agieren (19, 20).

Allerdings ist die Zahl hochqualitativer Studien zur konservativen Behandlung von Leistenschmerzen gering. Da sowohl Tests als auch Behandlungsmethoden zu zahlreich sind, um alle hier zu erwähnen, werden die wichtigsten in folgendem Patientenbeispiel vorgestellt.

### Fallbeispiel – Befund

Peter ist 23 Jahre alt und Fußballspieler in der Dritten Österreichischen Liga (das bedeutet: fünfmal Training und ein Spiel pro Woche).

Seit zwei Monaten leidet er unter Schmerzen in der Adduktorenregion (Oberschenkelmitte bis Schambeinansatz am Schussbein), die schleichend begonnen und sich stetig verschlimmert haben. Eine Verschlechterung trat anfangs auch beim Husten und Niesen auf und zeigt sich generell beim Sprinten und Schießen (je schneller beziehungsweise fester, desto stärker der Schmerz).

Eine Verbesserung kann mittels Massage durch den Vereinsmasseur erreicht werden, jedoch hält diese nur kurz an.

Der Patient berichtet, dass sein Schlaf nicht beeinträchtigt ist. In Bezug auf die Schmerzintensität kann er tageszeitlich keinen Unterschied feststellen; am stärksten sind die Schmerzen während und nach dem Training.

Der Patient ist allgemein bei guter Gesundheit und hat keine urogenitalen Beschwerden. In der Vergangenheit hat er mehrere Supinationstraumen in beiden Sprunggelenken erlitten, die jedoch gut abgeheilt sind.

Im Rahmen der bildgebenden Diagnostik wird eine Ultraschalluntersuchung der Leiste durchgeführt sowie ein Röntgenbild der Hüfte erstellt; beides ist unauffällig.

Zu Beginn der objektiven Befundung wird der Squeeze-Test durchgeführt. Hier wird eine auf 10 mmHg aufgeblasene Blutdruckmanschette verwendet, um die Adduktion isometrisch zu messen (**Abb. 1**). Der Sportler drückt die Manschette langsam mit seinen Knien zusammen – im Sinne einer Adduktion –, bis er zum ersten Mal Schmerzen verspürt. Ein häufiger Ausweichmechanismus ist eine Hüftinnenrotation. Dieser Provokationstest dient dazu, den Schweregrad der Verletzung einschätzen zu können, aber auch, um den Therapieverlauf reliabel zu erfassen (21).



Abb. 1\_Der Squeeze-Test

Es gibt laut Literatur keine Standardwerte, die gesunde Sportler bei diesem Test erzielen müssen; doch nach persönlicher Erfahrung sollte ein Fußballer zumindest 120 mmHg ohne Schmerz schaffen. Die Durchführung in mehreren Graden Hüftflexion (null, 45, 90 Grad) ist notwendig, da die Adduktoren je nach Winkel unterschiedlich arbeiten (22).

Bei null Grad Hüftflexion kann Peter den typischen Schmerz bereits bei 50 mmHg produzieren.

Die Hüftgelenksbeweglichkeit ist symmetrisch und unauffällig, während die Palpation des tonuserhöhten M. adductor longus (Muskel und Sehne) Peters Schmerz provoziert (**Abb. 2**). Die passive Dehnung von Adduktoren und Iliopsoas ist ebenfalls limitiert und schmerzhaft. Somit liegt eine Kombination von adduktoren- und iliopsoasbezogenem Leistenschmerz vor (1).



Abb. 2\_Palpation der Adduktoren

### Therapie

Als Therapie erfolgt auf struktureller Ebene ein stufenweiser Aufbau der Adduktoren (isometrisch, konzentrisch, exzentrisch) (**Abb. 3, 4**) (23). Hierbei ist auf absolute Schmerzfreiheit zu achten, was für Peter bedeutet, dass er anfangs in null Grad Hüftflexion nur auf 40 mmHg kontrahiert. Weichteiltechniken werden zum Senken des Muskeltonus eingesetzt (16). Zusätzlich wird der M. iliopsoas im Halbkniestand gedehnt; wichtig ist dabei die Einbindung von kontralateraler Lateralflexion und Rotation des Rumpfes, um eine funktionelle Position zu erzielen (24). Eine statisch gehaltene Dehnung von fünfmal einer Minute pro Seite hat sich hier in der Praxis bewährt (**Abb. 5**).



Abb. 3\_Konzentrisch-exzentrisch funktionelles Training auf dem Fußballplatz



Abb. 4\_ Exzentrisches Adduktorentaining mit Skateboard



Abb. 5\_ Eigendehnung der Hüftbeuger

An funktionellen Übungen wird mit Kniebeugen begonnen, die später zu kleinen Ausfallschrittkniebeugen gesteigert werden. Außerdem werden zusätzliche Faktoren wie Beinachsendifizite in der Therapie korrigiert.

Sobald Ausfallschritte mit einer normalen Schrittlänge schmerzfrei möglich sind, kann ein Laufversuch für 20 Minuten (vier Minuten Gehen, eine Minute Laufen im A2-Pulsbereich) unternommen werden.

Anschließend werden die Kniebeugen dynamisch beziehungsweise breiter durchgeführt. Um die Ausdauerfähigkeit zu erhalten, kann der Sportler während der Rehabilitation mit dem Ergometer trainieren, was in der Regel gut toleriert wird.

Der hier präsentierte Auszug aus dem Therapieprozess erstreckte sich über 13 Wochen, bis Peter wieder schmerzfrei an einem intensiven Training teilnehmen konnte. Rückschläge nach

Belastungssteigerung (zum Beispiel nach einem Laufversuch) sind häufig. Deshalb ist es besonders wichtig, den Therapieverlauf – zum Beispiel mittels Squeeze-Test – zu evaluieren, auch um die Wirksamkeit der eigenen Maßnahmen zu überprüfen.

Leistenschmerzen sind eine häufige und langwierige Sportverletzung, die einer guten klinischen Befundung sowie einem multimodalen Management aus aktiver und passiver Therapie bedarf.

#### ANMERKUNG

Alle Abbildungen: *Dominik Stegmayer*

Heftnummer: 4-2016

## Literatur

\_partner



PHYSIOBUY



#### SERVICE & FEEDBACK

Haben Sie Fragen an unsere Redaktion oder Ideen für diese Website oder das Magazin? Dann wenden Sie sich gerne direkt an uns per E-Mail:

[pt.redaktion@pflaum.de](mailto:pt.redaktion@pflaum.de)

#### SOCIAL

Facebook

Twitter

Youtube

#### INTERN

Redaktion und Netzwerk

Kundenservice

Mediavertrieb

Autor werden

Newsletter

#### MITGLIEDSCHAFT

Anmelden

Passwort vergessen

Abonnent werden

[AGB](#) | [Datenschutz](#) | [Impressum](#)

pt\_Zeitschrift für Physiotherapeuten sowie das pt\_portal sind Publikationen des Pflaum Verlags.