

Die Sportlerhernie:

eine häufige, die Lebensqualität und den Einsatz von Profisportlern beeinträchtigende Erkrankung – ihre Diagnostik und Behandlung

Von René G. Holzheimer

Keywords: Sportlerhernie, Leistenschmerzen, Leistenhernie, Sportlerleiste, weiche Leiste

Die Sportlerhernie ist eine häufige Erkrankung der Leistungs- und Freizeitsportler in den Sportarten Leichtathletik, Tennis, Golf, Fußball, Eishockey und anderen Mannschaftssportarten wie Rugby, American Football. Nahezu 60% der aktiven Fußballer berichten über akute oder chronische Leistenschmerzen.



Der Begriff „weiche Leiste“ sollte nicht mit dem Begriff „Sportlerhernie“ gleichgesetzt werden. Bei der weichen Leiste geht man von einer Strukturschwäche oder einer strukturellen Läsion im Bereich der unteren Bauchwand oder Leiste aus, ohne dass die Strukturen genauer definiert werden. Ursächlich für die Sportlerhernie sind eine chronische Überbeanspruchung mit einer Zunahme der Scherkräfte im Bereich des Beckens und der Beinmuskulatur mit Koordinationsimbalance und Verlust der Rotationsstabilität der Bauchwandmuskulatur bzw. eine kongenitale Leistenschwäche. Alternativ kann eine muskuläre Verletzung im Leistenbereich eine Änderung der Hüft- und Leistenbiomechanik bewirken, die dann eine Leistenhernie zur Folge hat. Die wiederholten und ausgeprägten Scherkräfte im Becken werden ausgelöst durch die im Verhältnis zur Bauchwandmuskulatur stärkeren Hüftadduktoren, die dann Obliquus internus und Transversus abdominis bzw. Fascia transversalis schwächen und den Schleusenmechanismus im Leistenkanal aufheben oder beeinträchtigen.

Problematisch ist diese Dysbalance zwischen starken Hüftadduktoren (Adductor longus und gracilis) und schwacher Bauchwandmuskulatur gerade bei Fußballern und Eishockeyspielern. Schwäche, mangelnde

Ausdauer, reduzierte Dehnbarkeit und mangelhafte Koordination dieser Muskelgruppen verstärken die funktionelle Instabilität, Überbeanspruchung und Verletzbarkeit von vergleichsweise schwächeren und nicht flexiblen Strukturen. So kommt es zu Einrissen im Bereich des Fascia transversalis und der Transversusarkade (conjoint tendon) (Abbildung 1), im Ansatz des M. rectus abdominis, des M. obliquus internus bzw. M. obliquus externus bzw. Externusaponeurose (Abbildung 2) bis hin zu Nervenkompression (Abbildung 3) – ohne die Ausbildung des für die Hernie typischen Bruchsackes. Direktes Trauma, intensives Bauchmuskeltraining und Belastungen mit Rotation im Rumpf sind als Ursache der Nervenkompression beschrieben worden. Die fehlende Ausbildung der durch den Bruchsack ausgelösten Vorwölbung in der Leiste erschwert die Diagnose einer Sportlerhernie.

Differentialdiagnose

Die enge nachbarschaftliche Beziehung der beteiligten anatomischen Strukturen lassen eine Begleiterkrankung wahrscheinlich werden: 27–90% der Sportler haben multiple krankhafte Veränderungen. Chronischen muskulären Leistenschmerz verursachen vor-

allem: 1. Dysfunktion der Adduktoren, 2. Osteitis pubis, 3. Sportlerhernie, und 4. Pathologische Veränderungen des Hüftgelenkes (Impingement, Kapselverletzung, Knorpeldefekt, Labrumdefekt).

Andere Erkrankungen mit Schmerzlokalisierung im Hüft-Leistenbereich sind die Synovitis, Epiphyseolysis capitis femoris, Stressfraktur im Femurschaft oder -hals, degenerative Hüfterkrankung, rheumatoide Arthritis, sakroiliakale oder ileolumbale Ligamentverletzung, entzündliche Beckengelenkserkrankung, Schambeinstressreaktionen, Muskel oder Sehnenruptur, Enthesopathie, Bursitis, Hüftschnappen. Als weitere Ursache der Beschwerden kommen in Betracht die typischen Leistenhernien mit Bruchsack, Nervenkompression oder Irritation, Tumore, lokale oder regionale Entzündungen bzw. Infektionen, urologische (z.B. Prostata) oder gynäkologische (z.B. Ovar oder Eileiter) Erkrankungen, intra-abdominelle Erkrankungen (z.B. Appendizitis, Sigmadivertikulitis), Ankylosis, Spondylitis, Legg-Calvé-Perthes, seronegative Arthropathie, Reiter-Syndrom, Gicht, Osteomyelitis, Tuberkulose, krankhafte Veränderungen der Aorta oder Venen.



Abb. 1: Riss der Externusaponeurose

Welche Beschwerden macht die Sportlerhernie?

Die Dauer der Symptome bis zur Stellung der Diagnose reicht von sechs Wochen bis fünf Jahre. Meist ist der Beginn der Beschwerden unklar, es besteht ein einseitiger diffuser Leistenschmerz, der sich allmählich verstärkt, in das Perineum, den Genitalbereich und in den Oberschenkel medial ausstrahlt. Folgende Symptome finden sich gehäuft bei Patienten mit einer Sportlerhernie:

1. Druckschmerzhafter Leistenkanal
2. Erweiterter äußerer Leistenring
3. Druckschmerzhaftes Tuberculum pubicum
4. Druckschmerzhafte Hüftadduktoren

Leitsymptom ist die Empfindlichkeit im Bereich des Schambeines und die tastbare schmerzhaft Hinterwand des Leistenkanals. Der Schmerz strahlt in den Genitalbereich und nach lateral in den Oberschenkel aus. Der Schmerz verstärkt sich durch eine plötzliche sportliche Belastung, Valsalva, Husten, Niesen, sexuelle Aktivität, Sit-ups und Hüftadduktion. Ähnliche Beschwerden machen die Nervenkompressionssyndrome. Hüftbeuger der betroffenen Seite sind bei Patienten mit einem Hinterwanddefekt möglicherweise durch eine Schonhaltung schwächer.

Diagnostik: Bildgebende Verfahren

Der Einsatz von bildgebenden Verfahren dient meist dem Ausschluss anderer Erkran-

kungen. Mit einer Standard-Röntgenaufnahme lassen sich Frakturen, Symphysenerweiterung, Knochenerkrankungen darstellen. Knochenszintigramm oder CT stellen entzündliche Veränderungen oder Stressreaktionen dar. Die Kernspin-Untersuchung zeigt die Lokalisation, Ausdehnung und Beschaffenheit von Verletzungen im Becken und an der Hüfte wie Zerrung, Labrumrisse, Stressreaktionen und -frakturen, Bursitis, Knochenentzündungen, und manchmal auch richtige Leistenbrüche.

Die Ultraschalluntersuchung eignet sich am besten für die Diagnose der Sportlerhernie, da hierbei eine dynamische Untersuchung möglich ist. Beim Pressen wird eine Vorwölbung im Leistenkanal mit/ohne Ausdehnung des äußeren Leistenringes sichtbar. Diese Veränderungen können bei entsprechender Erfahrung in der Ultraschalluntersuchung mit anschließender Bestätigung des Befundes durch die Operation bzw. die postoperativen Untersuchungen richtig eingeschätzt werden. Varikozele, Lipome des Samenstranges mögen gelegentlich zu ähnlichen Veränderungen führen.

Behandlung

Die konservative Behandlung ist nicht erfolgreich. Sollte innerhalb von sechs bis acht Wochen nach konservativer Behandlung keine Beseitigung der Beschwerden erreicht werden und andere Ursachen ausgeschlossen sein, dann handelt es sich in der Regel

um eine Sportlerhernie und es sollte eine operative Therapie erfolgen.

Kritik an der Operation wird dort erhoben, wo ohne Rücksicht auf die wirkliche Ursache der Beschwerden eine laparoskopische oder offene Hernienoperation durchgeführt wird, und sich daher nicht der gewünschte Erfolg einstellt, da ja die Ursache nicht beseitigt wurde. Die Operationsstrategie muss sich an den Ursachen der Beschwerden orientieren, nur so lassen sich Erfolgsraten bis zu 97% (Beseitigung der Beschwerden und Wiederaufnahme der sportlichen Aktivität) erzielen. Da die Läsion im Leistenkanal durch den laparoskopischen Eingriff häufig nicht direkt gesehen wird, z.B. Nervenkompression, ist das Risiko bleibender Beschwerden bei dieser Operationstechnik größer. Dies und ein größeres Risiko für schwere Komplikationen im Bauchraum bei laparoskopischen Verfahren müssen beim Aufklärungsgespräch genannt werden. Eine chirurgische Behandlung sollte nicht nur wegen der Beschwerden und Verlust der Lebensqualität angestrebt werden, sondern auch um weitere krankhafte Veränderungen an Wirbelsäule und Hüfte (Schonhaltung), die nur mit erheblichem Aufwand korrigiert werden können, zu vermeiden. Hinsichtlich der Regenerationsphase nach einer Operation werden unterschiedliche Zahlen angegeben – vier Wochen bis sechs Monate. In der Regel können unsere Patienten je nach Befund nach etwa zwei bis drei Wochen wieder sportlich aktiv sein. Der Eingriff wird gewebeschonend, minimal-invasiv den individuellen Besonder-



Abb. 2: Ruptur des Fascia transversalis bzw. Transversusarkade

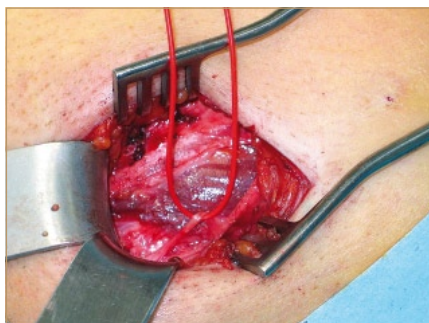


Abb. 3: Nervenkompression



Abb. 4: Postoperatives Ergebnis nach wenigen Tagen

heiten angepasst und kosmetisch ansprechend durchgeführt. (Abbildung 4). Weitergehende Erfahrungen und Ergebnisse durch spezielle Untersuchungen lassen uns die Frage „wann kann ich wieder spielen?“ besser beantworten.

Postoperative Rehabilitation

Über postoperative Rehabilitationsmaßnahmen gibt es bisher kaum detaillierte Angaben, spezielle postoperative Rehabilitationsprogramme nach Sportlerhernienoperation könnten die Rekonvaleszenz fördern. Zu Beginn der Fußball- oder Eishockeysaison treten häufiger als während der Saison Zerrungen in Leiste und Bauchwand auf, die in Zusammenhang mit nicht vor-

handenen oder unzureichend konzipierten Trainingsprogrammen außerhalb der Saison gesehen werden. Hierzu müssen weitere Erfahrungen und Ergebnisse durch spezielle Untersuchungen erbracht werden, um die Frage „wann kann ich wieder spielen?“ möglichst genau beantworten zu können.

Zusammenfassung

Die Sportlerhernie betrifft viele Sportler in verschiedenen Sportarten und hat erhebliche Bedeutung für die Lebensqualität und den Einsatz der Spieler. Die Diagnostik der Sportlerhernie setzt klinische Erfahrung und Kenntnis der Differentialdiagnosen und bildgebenden Untersuchungen (Ultraschall) voraus. Nur eine den Ursachen auf den Grund

gehende Untersuchung führt zu richtigen Diagnose und maßgeschneiderten Therapie. Gewebeschonendes minimal-invasives operatives Vorgehen sichert den Operationserfolg: Beseitigung der Beschwerden und schnelle Wiedereingliederung in den Sport. ⚡

Literatur beim Verfasser

*Prof. Dr. René Holzheimer
Facharzt f. Chirurgie - Sportmedizin
Leiter der Hernienabteilung
ATOS Klinik München-Bogenhausen*

*holzheimer@atos-muenchen.de
www.atos-muenchen.de*

NOTES & NEWS

⚡ Sieben ATOS-Ärzte in neuer Focusliste empfohlen



Die neue FOCUS Ärzteliste empfiehlt sieben Ärzte der ATOS Kliniken als Spezialisten für Knie- und Schultererkrankungen. Damit verzeichnen die ATOS Kliniken deutschlandweit die meisten empfohlenen Ärzte.

Nach Angaben von FOCUS Online ermittelte das Magazin aus über 27.800 Empfehlungen von Ärzten und Patienten die bundesweiten Top-Mediziner für Rücken-, Knie-, Hüft- und Schultererkrankungen. In Online-Fragebögen und aufwendigen Interviews gaben die Befragten ihr Votum ab.

Zusammen mit renommierten Medizinern hatte das FOCUS-Team zuvor die wissenschaftlichen Fragebögen entwickelt, um fundierte Aussagen zu erhalten. Mehr als 5.700 Orthopäden, Unfallchirurgen und Neurochirurgen wurden angeschrieben und um ihre Angaben gebeten. Im Rahmen ausführlicher Interviews befragten Redakteure Experten zu deren fachlicher Kollegeneinschätzung.

Darüber hinaus befragte das FOCUS-Team nach Angaben von FOCUS Online Betroffene, Selbsthilfe- und Reha-Sportgruppen sowie Physiotherapeuten nach ihren persönlichen Erfahrungen. In Zusammenarbeit mit Selbsthilfeverbänden führte FOCUS im Internet eine große Patientenumfrage durch.

Folgende Ärzte der ATOS Kliniken wurden genannt:

Kniespezialisten

Prof. Dr. Hans Pässler: von Focus empfohlen für die folgenden Spezialgebiete: Kreuzband-OPs, Knorpel- und Meniskusersatz, Oberflächenteilersatz, Kniescheibenstabilität.

Prof. Dr. Holger Schmitt (seit 1. Oktober in der ATOS Klinik Heidelberg) empfohlen für: Sportverletzungen (arthroskopische und offene OPs), Betreuung von Leistungssportlern.

PD Dr. Rainer Siebold (ATOS Klinik Heidelberg): empfohlen für Bandersatz, arthroskopische Meniskus- und Knorpelchirurgie, Kniescheibenstabilität, Achskorrektur.

Prof. Dr. Michael Strobel (ATOS Klinik München): empfohlen für hintere Kreuzbandrekonstruktion und Revisionseingriffe.

Schulterspezialisten

Prof. Dr. Peter Habermeyer (ATOS Kliniken Heidelberg und München): empfohlen für Prothetik; Frakturen, arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette und bei Luxation.

Prof. Dr. Markus Loew (ATOS Klinik Heidelberg) empfohlen für: Erstimplantation und Prothesenwechsel, Stabilisierung, Akromioplastik.

Dr. Sven Lichtenberg (ATOS Klinik Heidelberg) empfohlen für: Schulter- und Ellenbogenchirurgie (v.a. arthroskopisch).