Leistenschmerzen bei Sportlern

Kennen Sie die Sportlerhernie?

René G. Holzheimer

Die Sportlerhernie ist eine häufige Erkrankung, die vor allem bei Sportarten wie Leichtathletik, Tennis, Golf sowie Fußball und Eishockey auftritt und die Lebensqualität der Betroffenen erheblich beeinträchtigt. Klinische Untersuchung und Ultraschall sind maßgebend für die Diagnose. Eine Operation führt fast immer zur Beseitigung der Beschwerden.

Science

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 Koordinationsdysbalance und Verlust der Rotationsstabilität der Bauchwandmuskulatur bzw. eine kongenitale Leistenschwäche. Alternativ kann eine muskuläre Verletzung im Leistenbereich die Hüft- und Leistenbiomechanik verändern, was dann eine Leistenhernie zur Folge hat.

Problematisch ist diese Dysbalance zwischen starken Hüftadduktoren (Adductor longus und gracilis) und schwacher Bauchwandmuskulatur gerade bei Fußballern und Eishockeyspielern. So kommt es zu Einrissen im Bereich der Fascia transversalis und der Transversusarkade (Abb. 1), im Ansatz des M. rectus abdominis, des M. obliquus internus bzw. M. obliquus externus bzw. der Externusaponeurose (Abb. 2) bis hin zur Nervenkompression (Abb. 3). Ein für Hernien typischer Bruchsack bildet sich dabei nicht aus, was die Diagnose erschwert.

Differenzialdiagnose

Chronischen muskulären Leistenschmerz verursachen neben der Sportlerhernie Dysfunktionen der Adduktoren, Osteitis pubis und pathologische Veränderungen des Hüftgelenks (Impingement, Kapselverletzung, Knorpeldefekt, Labrumdefekt) (Tabelle 1).

Nahezu 60 % der aktiven Fußballspieler berichten über akute oder chronische Leistenschmerzen.

Symptome der Sportlerhernie

Meist ist der Beginn der Beschwerden unklar, es besteht ein einseitiger diffuser Leistenschmerz, der sich allmählich verstärkt und 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 schmerzhafte Hinterwand des Leistenkanals. Der Schmerz strahlt in den Genitalbereich und nach lateral in den Oberschenkel aus. Er verstärkt sich durch plötzliche Belastung, Husten, Niesen, sexuelle Aktivität, Sit-ups und Hüftadduktion.

© iStockphoto

Bessere Gewichtsreduktion

Weight Watchers und Hausärzte: Erfolgreich im Team

„Eigentlich" bin ich satt. „Wer so wenig entschlossen auf das Kuchenangebot eines Gastgebers reagiert, hat schon verloren", erklärt Ute Gerwig von Weight Watchers. Deshalb gehört ein Verhaltensprogramm zum Weight Watchers Konzept, das jetzt in einer randomisierten Vergleichsstudie erneut seine Effizienz belegt hat: Im Einjahresvergleich mit Patienten, die von ihren Hausärzten leitliniengerecht betreut wurden, schnitten die Patienten besser ab, die auf hausärztlichen Rat hin das Weight Watchers Programm besucht hatten. „Patienten, die nach einer Empfehlung des Hausarztes zu uns kommen, sind besonders motiviert", so Gerwig und bietet Hausärzten die Partnerschaft.

Hausärzte können ihre übergewichtigen Patienten auf Erfolgskurs bringen, wenn sie ihnen das Weight Watchers Programm empfehlen. Dies lassen die Daten einer randomisierten, kontrollierten Studie erkennen. An der Einjahresstudie zur Gewichtsreduktion nahmen insgesamt 772 Patienten aus Deutschland, England und Australien teil. Studienziel war, die Wirksamkeit des Weight Watchers Programms im Vergleich zu einer leitliniengerechten, hausärztlichen Betreuung zu untersuchen. In Deutschland wurde die Studie unter Leitung von Prof. Hans Hauner, Else Kröner-Fresenius-Zentrum, TU München, durchgeführt. Die Daten des deutschen Studienarms (n = 268) wurden erstmals auf der Jahrestagung der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) in Berlin vorgestellt. Nach Randomisierung erhielten die Teilnehmer entweder eine Unterstützung durch ihre Hausärzte (n = 146, BMI 31,1 ± 2,8) oder konnten nach Empfehlung des Hausarztes kostenlos am Weight Watchers Programm teilnehmen (n = 122, BMI 30,9 ± 2,5).

Weight Watchers signifikant erfolgreicher als Hausarztgruppe

Nach 12 Monaten hatten die Teilnehmer der Weight Watchers Gruppe signifikant mehr Gewicht und Fettmasse verloren als die Teilnehmer der Hausarzt-Gruppe: Bei den Patienten, die die Studie abschlossen (Completer), waren es im Mittel -5,2 kg vs. -2,7 kg an Gewicht und -3,7 kg vs. -1,5 kg an Fettmasse (Abb.1). Damit war das Weight Watchers Konzept etwa doppelt so erfolgreich wie die Hausarztbetreuung.

Aufräumen mit Vorurteilen: Weight Watchers im Klartext

Kaum etwas ist so hartnäckig wie Vorurteile. So glauben immer noch viele, man müsse für das Weight Watchers Konzept spezielle Produkte kaufen, sich öffentlich wiegen lassen und würde bei Zunahme bestraft. „Dies alles stimmt nicht!", erklärte Gerwig. „Das Wiegen erfolgt diskret, es sind keine speziellen Produkte erforderlich und wir setzen auf Motivation statt auf Druck." Das aktuelle Gewichtsreduktionsprogramm heißt ProPoints® Plan und basiert auf drei Säulen: Ernährungsumstellung, Bewegungssteigerung und Verhaltensänderungen mit dem Ziel einer nachhaltigen Lebensstiländerung.

„Wir bieten unser Konzept auch als reine Online-Variante an", betonte Gerwig. Doch sei die Gewichtsreduktion erfahrungsgemäß dann am erfolgreichsten, wenn auch die Treffen besucht würden. Bundesweit finden jede Woche etwa 3.000 Weight Watchers Treffen statt. Die Teilnahme kostet 39 € pro Monat.

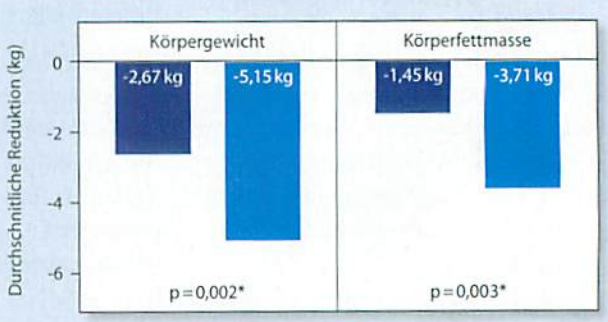
» Die Betreuung übergewichter Menschen beim Abnehmen ist zeitintensiv. Viele Ärzte sind froh, wenn ihre Patienten mit uns zu anderen Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten finden – evidenzbasiert und leitliniengerecht. «

Ute Gerwig, Leiterin Forschung & Entwicklung/Training von Weight Watcher Deutschland

Bestellung von kostenlosem Praxismaterial

- E-Mail: fachkreis@weight-watchers.de
- oder per Fax: 07172 189 18 23

Durchschnittlicher Gewichtsverlust nach 12 Monaten in Deutschland, Completer-Analyse:



*adjustiert für Ausgangsgewicht

Abb. 1
Signifikant höherer Verlust an Körpergewicht und Fettmasse bei der Weight Watchers Gruppe. [Holzapfel C et al., Vortrag DAG-Kongress Berlin 2010]

Impressum Der Allgemeinarzt 1/2011, Verlag Kirchheim + Co GmbH, Kaiserstr. 41, 55116 Mainz, Telefon 06131/96070-0
Redaktion: Dr. Ellen Jahn, mit freundlicher Unterstützung der Weight Watchers (Deutschland) GmbH

Differenzialdiagnosen der Sportlerhernie
• Adduktorenverletzung
• Osteitis pubis
• Hüftgelenk: Impingement, Kapselverletzung, Knorpeldefekt, Labrumdefekt
• Synovitis
• Epiphyseolysis capitis femoris
• Stressfrakturen
• Degenerative Hüfterkrankung
• Rheumatoide Arthritis
• Sakroiliakale Ligamentverletzung
• Entzündliche Beckengelenkserkrankungen
• Schambeinstressreaktion
• Muskel- oder Sehnenruptur
• Enthesiopathie
• Bursitis
• Hüftschnappen
• Leistenhernien
• Nervenkompressionssyndrom
• Tumoren
• Urologische Erkrankungen (Prostatitis, Nierenstein, Harnleiterstein, Hydrozele, Varikozele)
• Gynäkologische Erkrankungen (Eileiter, Ovar)
• Intraabdominelle Erkrankungen (Appendizitis, Sigmadivertikulitis)
• Ankylosis
• Spondylitis
• Legg-Calve-Perthes
• Seronegative Arthropathie
• Reiter-Syndrom
• Gicht
• Osteomyelitis
• Tuberkulose
• Lymphknotenveränderungen
• Krankhafte Gefäßveränderungen (Aortenaneurysma, Varikose)

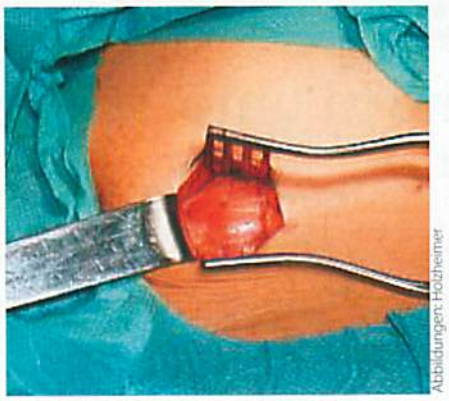
Tabelle 1

Diagnostik

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 sichtbar.

Behandlung der Sportlerhernie

Therapie der Wahl ist die Operation. 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. 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.



Abbildungen: Holzheimer

Abb. 1: Ruptur der Fascia transversalis bzw. Transversusarkade

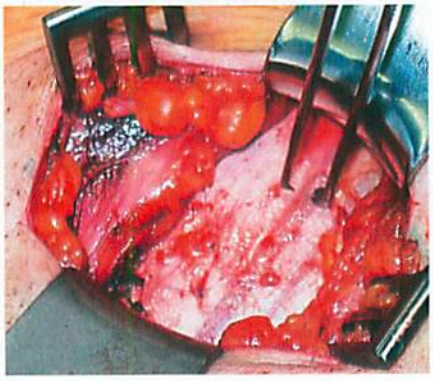


Abb. 2: Riss der Externusaponeurose

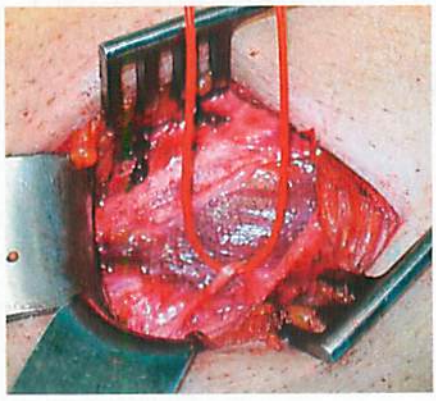


Abb. 3: Nervenkompression

Abb. 4: Postoperatives Ergebnis nach wenigen Tagen

Die Operation einer Sportlerhernie kann auch krankhaften Veränderungen der Wirbelsäule und Hüfte (Schonhaltung) vorbeugen.

Da die Läsion im Leistenkanal (z. B. Nervenkompressionen) durch den laparoskopischen Eingriff häufig nicht direkt gesehen wird, ist das Risiko bleibender Beschwerden bei dieser Operationstechnik größer. Dieses Problem und ein größeres Risiko für schwere Komplikationen im Bauchraum bei laparoskopischen Verfahren müssen beim Aufklärungsgespräch erwähnt werden.

Eine chirurgische Behandlung sollte nicht nur wegen der Beschwerden mit Verlust an Lebensqualität angestrebt werden, sondern auch, um weitere krankhafte Veränderungen an Wirbelsäule und Hüfte (Schonhaltung) zu vermeiden. 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 Besonderheiten angepasst und kosmetisch ansprechend durchgeführt (Abb. 4). ■

Literatur beim Verfasser

Interessenkonflikte: keine deklariert

Prof. Dr. med.
René G. Holzheimer
Chirurgische Praxisklinik
Sauerlach
82054 Sauerlach

Morgendliche Übelkeit bei älterer Patientin

Was sollte man noch untersuchen?

***?** Meine 74-jährige Patientin, seit Jahren behandelte Hypertonie, klagt über tägliche Übelkeit beim Aufwachen bis nach dem Frühstück ohne Erbrechen. MCP, Omeprazol und Ondansetron haben die Beschwerden nicht gelindert. Gastroskopie, MRT-Abdomen und -Kopf, HNO, Herz-Kreislaufsystem und Neurologie waren ohne Befund. Meine Fragen: Welche Untersuchungen kommen noch in Frage und welche Therapie bringt vielleicht eine Besserung?*

Antwort: Tägliche Übelkeit beim morgendlichen Erwachen, die bis nach dem Frühstück anhält, kein Erbrechen nach sich zieht und auf probatorische Therapie mit MCP, Omeprazol und Ondansetron nicht anspricht, kann vielfältige Ursachen haben.

- Diabetes mellitus: Ein oraler Glukosetoleranztest sowie die Bestimmung von HbA_{1c} sind zu empfehlen.
- Schlecht eingestellter Hypertonus mit unzureichender antihypertensiver Wirkung der am Vorabend eingenommenen Medikamente bis zum folgenden Morgen. Abklärung durch Langzeit-Blutdruckmessung.
- Sind Medikamente neu begonnen worden, insbesondere Antihypertensiva, aber auch Hormonpräparate, Sedativa, die am Vorabend eingenommen werden?
- Neurologische Erkrankungen. Ausschluss von Morbus Menière, Sonderformen der Migräne und hypertensiver Enzephalopathie. Ggf. neurologische Untersuchungen einschließlich kraniales MRT mit Frage z. B. nach white matter lesions und anderen direkten oder indirekten Zeichen der zerebralen Durchblutungsstörung bzw. hypertensiven Enzephalopathie.
- Endokrine Erkrankungen (Schilddrüsenfunktionsstörung, Nebennierenrindeninsuffizienz). Entsprechende laborchemische Diagnostik (TSH, T3, T4, basales Kortisol).

Prof. Dr. med.
Wolfgang Schepp
Internist, Gastroenterologe, Medikamentöse Tumortherapie
Städtisches Klinikum München GmbH
80337 München

Bisphosphonat beeinflusst Knochendichte nicht

Ist das ein Therapieversagen?

***?** Eine Patientin (81 Jahre) mit Osteoporose und rheumatoider Arthritis wurde von 2004 bis 2008 mit Actonel® behandelt. Daraufhin hat die Knochendichte nicht signifikant zugenommen. Protelos® wurde wegen Schleimhautulcera im Mund (ist das eine typische Nebenwirkung?) nicht vertragen. Ist jetzt eine Behandlung mit einem anderen Bisphosphonat, z. B. Aclasta®, sinnvoll?*

Antwort: Es ist leider immer noch ein weitverbreiteter Irrglaube, dass die Knochendichte unter einer Bisphosphonattherapie ansteigen muss, um einen Therapieerfolg zu belegen. Richtig ist, dass die Bisphosphonate die Knochenbrüchigkeit überwiegend über Mechanismen vermindern, die unabhängig von den Veränderungen der Knochendichte sind. Ein Patient, dessen Knochendichte unter einer Bisphosphonattherapie nicht ansteigt, ist also keinesfalls als Therapieversager zu werten. Lediglich ein signifikanter Abfall der Knochendichte um 5 und mehr Prozent im Verlauf von zwei Jahren unter einer Bisphosphonattherapie wäre ungewöhnlich und ist mit einem erhöhten Bruchrisiko verbunden. In einem solchen Fall sollte gewissenhaft geprüft werden, ob das Präparat auch ordnungsgemäß eingenommen wird oder ob möglicherweise andere Faktoren für den Abfall der Knochendichte verantwortlich gewesen sind, wie z. B. eine starke Gewichtsabnahme. Sollte dies nicht der Fall sein, ist es gerechtfertigt, auf eine andere Therapie zu wechseln.

Dabei kommt zum einen eine Therapie mit einem i.v. Bisphosphonat wie Ibandronat (Bonviva®) oder Zoledronat (Aclasta®) in Frage, vor allem dann, wenn der Verdacht bestehen bleibt, dass unter den oralen Bisphosphonaten die Compliance schlecht war, oder wenn Hinweise darauf bestehen, dass die oralen Bisphosphonate vielleicht nicht ausreichend resorbiert wurden. Es ist aber durchaus denkbar, dass manche Patienten weniger gut oder gar nicht auf Bisphosphonate als Substanzklasse ansprechen. Alternativen sind dann das erwähnte Strontiumranelat (Protelos®) oder – vor allem bei jüngeren Patientinnen – Raloxifen. Strontiumranelat ist für die Therapie einer postmenopausalen Osteoporose aber nur dann verordnungsfähig, wenn es unter einer Therapie mit Bisphosphonaten zu mehr als einer Fraktur gekommen ist. Ein gehäuftes Auftreten von Schleimhautulcera unter Protelos® ist nicht beschrieben.

Prof. Dr. med.
Johannes Pfeilschifter
Klinik für Innere Medizin III
Alfred Krupp Krankenhaus Steele
45276 Essen