

Leistenschmerz im Sport Manualmedizinischer Approach

Dr.med. German E. Clénin
smzbi.ch @DrAthletesHlth



Leistenschmerz im Sport

- DOHA classification of groin pain in athletes
- 5 Fallbeispiele
 - 13j Kunstturner mit plötzl. Leistenschmerz
 - 15j Fussballer mit akutem Leistenschmerz
 - 33j UniHoc Spieler mit Leistenschmerz
 - 35j OL-Läuferin mit Leisten- u. Oberschenkelschmerz
 - 67j Laufsportler mit Leistenschmerz
- Conclusions



OPEN ACCESS

Doha agreement meeting on terminology and definitions in groin pain in athletes

Adam Weir,¹ Peter Brukner,² Eamonn Delahunt,^{3,4} Jan Ekstrand,⁵ Damian Griffin,⁶ Karim M Khan,^{1,7} Greg Lovell,⁸ William C Meyers,⁹ Ulrike Muschaweck,¹⁰ John Orchard,¹¹ Hannu Paajanen,¹² Marc Philippon,^{13,14,15} Gilles Rebol,^{1,16} Philip Robinson,¹⁷ Anthony G Schache,¹⁸ Ernest Schilders,¹⁹ Andreas Serner,²¹ Holly Silvers,²⁰ Kristian Thorborg,²¹ Timothy Tyler,²² Geoffrey Verrall,²³ Robert-Jan de Vos,²⁴ Zarko Vuckovic,¹ Per Hölmich^{1,21}

ABSTRACT

Background Heterogeneous taxonomy of groin injuries in athletes adds confusion to this complicated area.

Aim The 'Doha agreement meeting on terminology and definitions in groin pain in athletes' was convened to attempt to resolve this problem. Our aim was to agree on a standard terminology, along with accompanying definitions.

Methods A one-day agreement meeting was held on 4 November 2014. Twenty-four international experts from 14 different countries participated. Systematic reviews were performed to give an up-to-date synthesis of the current evidence on major topics concerning groin pain in athletes. All members participated in a Delphi questionnaire prior to the meeting.

Results Unanimous agreement was reached on the following terminology. The classification system has three major subheadings of groin pain in athletes:

1. Defined clinical entities for groin pain:
Adductor-related, iliopsoas-related, inguinal-related and pubic-related groin pain.
 2. Hip-related groin pain.
 3. Other causes of groin pain in athletes.
- The definitions are included in this paper.

Conclusions The Doha agreement meeting on terminology and definitions in groin pain in athletes reached a consensus on a clinically based taxonomy using three major categories. These definitions and terminology are based on history and physical examination to categorise athletes, making it simple and suitable for both clinical practice and research.

Results Unanimous agreement was reached on the following terminology. The classification system has three major subheadings of groin pain in athletes:

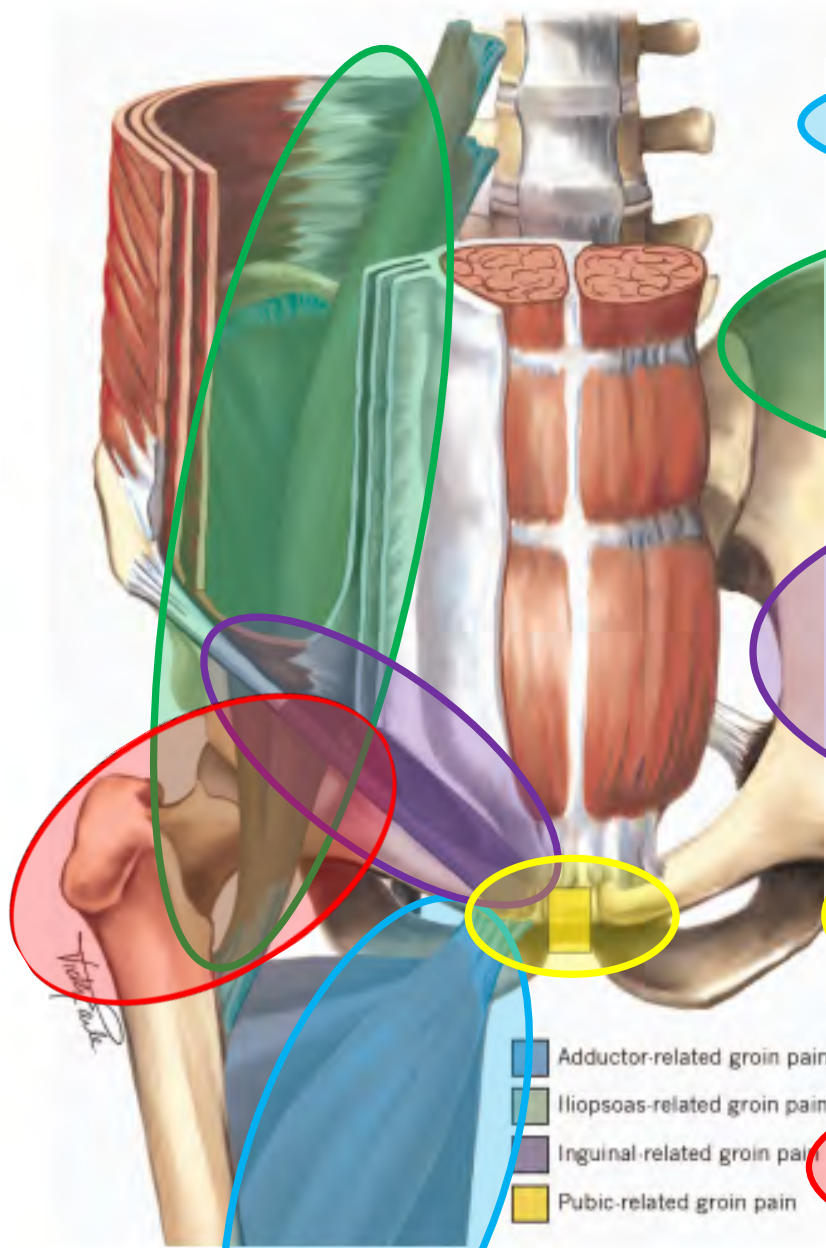
1. Defined clinical entities for groin pain:

Adductor-related, iliopsoas-related, inguinal-related and pubic-related groin pain.

2. Hip-related groin pain.

3. Other causes of groin pain in athletes.

The definitions are included in this paper.



Adductor-related groin pain

Adductor tenderness AND pain on resisted adduction testing.

Iliopsoas-related groin pain

Iliopsoas tenderness

The group agreed that iliopsoas-related groin pain is more likely if there is pain on resisted hip flexion AND/OR pain on stretching the hip flexors.

Inguinal-related groin pain

Pain location in the inguinal canal region AND tenderness of the inguinal canal. No palpable inguinal hernia is present.

The group agreed that inguinal-related groin pain is more likely if the pain is aggravated with resistance testing of the abdominal muscles OR on Valsalva/cough/sneeze.

Pubic-related groin pain

Local tenderness of the pubic symphysis and the immediately adjacent bone.

2. Hip-related groin pain

There was agreement that pain from the hip joint should always be considered as a possible cause of groin pain.

Table 1 An overview of some of the possible causes of groin pain in athletes

Entities defined during the meeting	Other musculoskeletal causes	Not to be missed
Adductor-related groin pain	Inguinal or femoral hernia	Stress fracture
Iliopsoas-related groin pain	Posthernioplasty pain	▶ Neck of femur
Inguinal-related groin pain	Nerve entrapment	▶ Pubic ramus
Pubic-related groin pain	▶ Obturator	▶ Acetabulum
Hip-related groin pain	▶ Ilioinguinal	Hip joint
	▶ Genitofemoral	▶ Slipped capital femoral epiphysis (adolescents)
	▶ Iliohypogastric	▶ Perthes' disease (children and adolescents)
	Referred pain	▶ Avascular necrosis/transient osteoporosis of the head of the femur
	▶ Lumbar spine	▶ Arthritis of the hip joint (reactive or infectious)
	▶ Sacroiliac joint	Inguinal lymphadenopathy
	Apophysitis or avulsion fracture	Intra-abdominal abnormality
	▶ Anterior superior iliac spine	▶ Prostatitis
	▶ Anterior inferior iliac spine	▶ Urinary tract infections
	▶ Pubic bone	▶ Kidney stone
		▶ Appendicitis
		▶ Diverticulitis
		Gynaecological conditions
		Spondyloarthropathies
		▶ Ankylosing spondylitis
		Tumours
		▶ Testicular tumours
		▶ Bone tumours
		▶ Prostate cancer
		▶ Urinary tract cancer
		▶ Digestive tract cancer
		▶ Soft tissue tumours

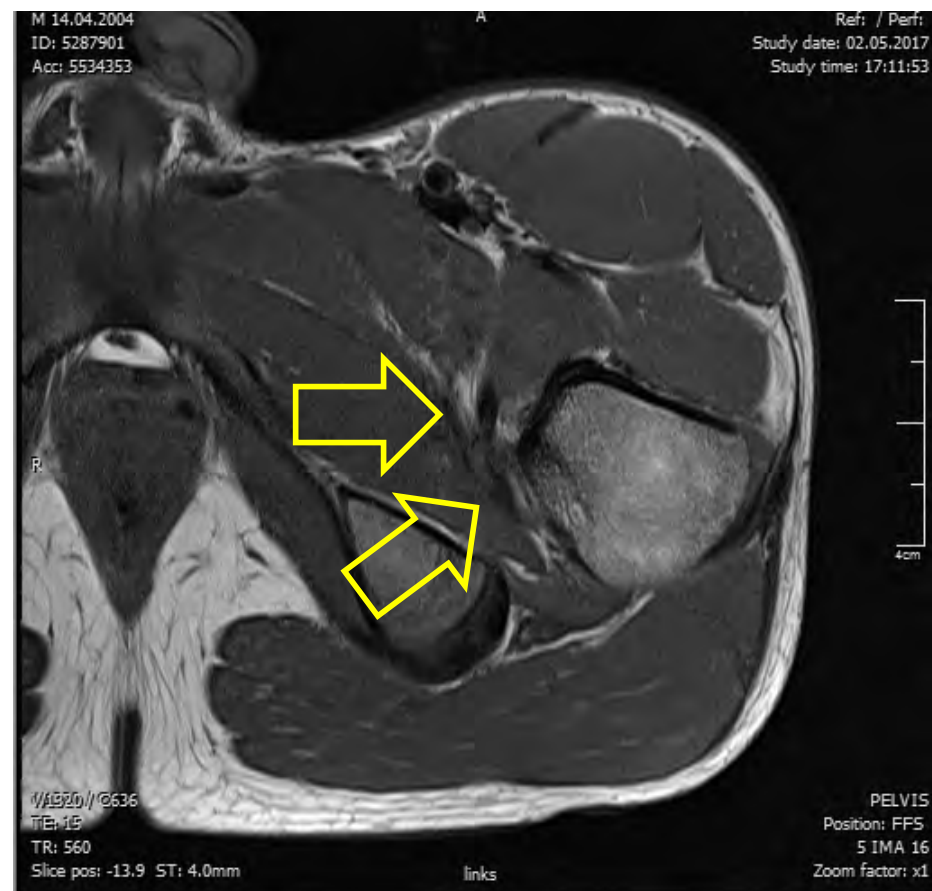
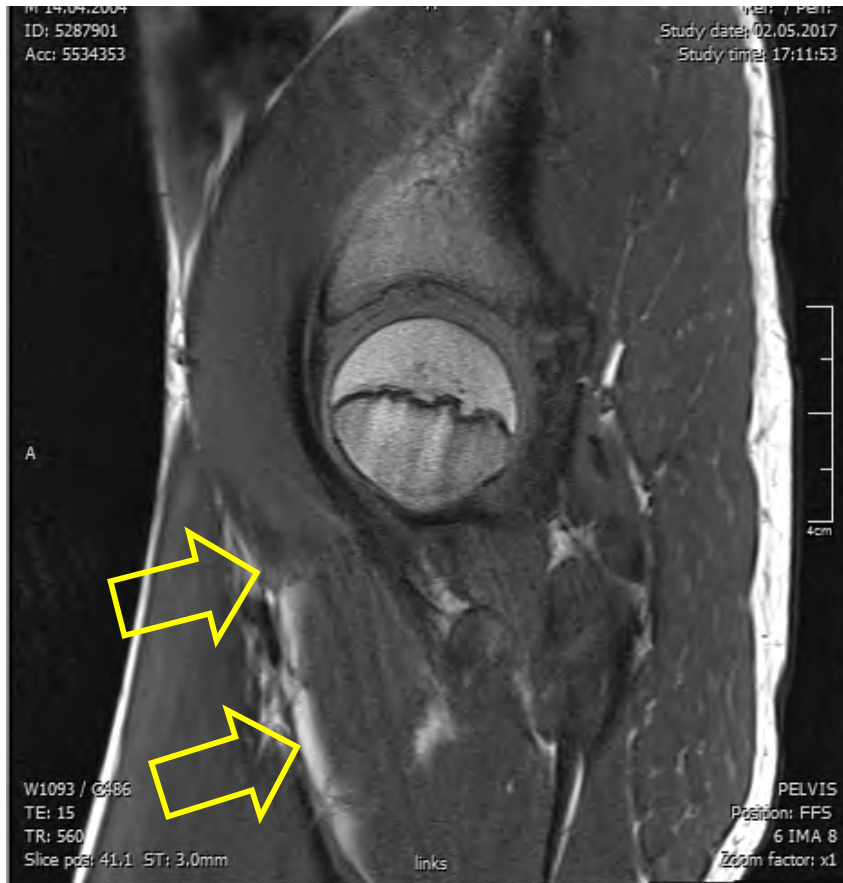


1. Plötzlich einschiessender Sz bei 13jährigem Kunstturner



- Anamnese
 - Beim Kunstturntraining am Boden beim Thomas-Kreisel einschiessender Leistenschmerz links mit knirschendem-knallendem Geräusch. Musste das Training abbrechen.
- Klinik
 - Gang oB, rasche Bewegungen und Aktivierung der Hüftbeugung mit Schmerzen. Hüfte links passiv frei beweglich, leichter Schmerz beim Impingementmanöver. Exquisite Druckdolenz über m.iliacus links und ebenso der Spina iliaca anterior superior und inferior.

- Bildgebung /MRI



Diagnose

Ausgedehnter Muskelfaserriss des m.iliopsoas links distal im Ansatzbereich



- Therapie
 - Sportkarenz für 6 Wochen, Kräftigung Arm- und Schultermuskulatur erlaubt.
 - Return-to-Sports Plan mit Wiederaufbau nach 6 Wochen
- Verlauf nach 6 Wochen
 - Persistierende Schmerzen m.iliacus und m.psoas v.a. auf Palpation
 - Start einer myofaszialen Therapie mit manueller Technik und Dry Needling
 - Kein Kunstturnen. Arm- und Schultermuskulatur kann trainiert werden, Rumpf nur schmerzfreie Uebungen erlaubt. Sobald Rumpfübungen schmerzfrei möglich, vorsichtiges Integrieren von Kunstturnelementen ab Woche 10.
- Verlauf nach 14 Wochen
 - Deutlich besser, Anheben des gestreckten Beines noch mit Schmerzen, Triggerpunkte im m.iliacus links
 - Kunstturntraining weiter ausbauen, noch keine Wettkämpfe. Triggerpunktbehandlung noch fortsetzen.

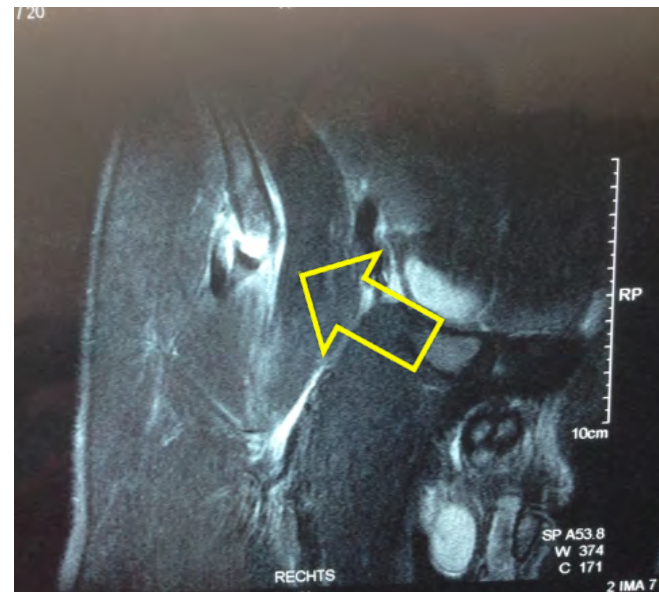
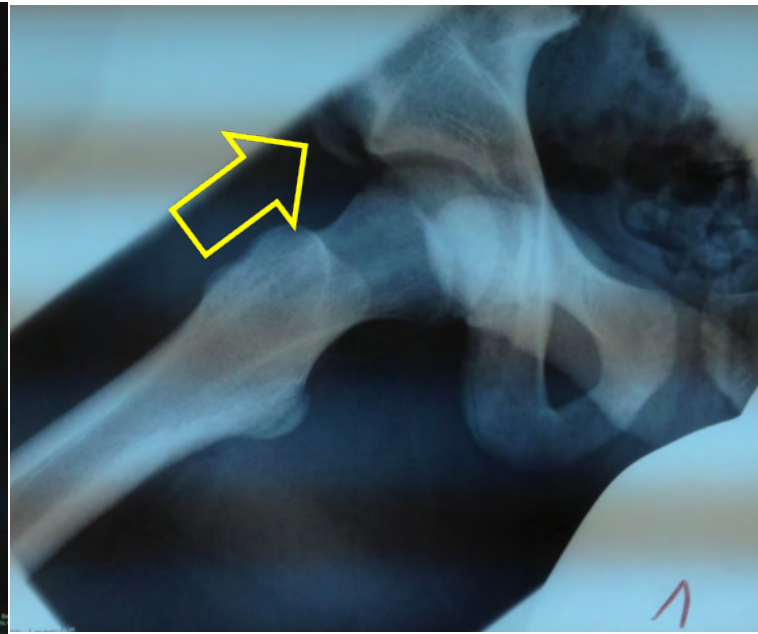
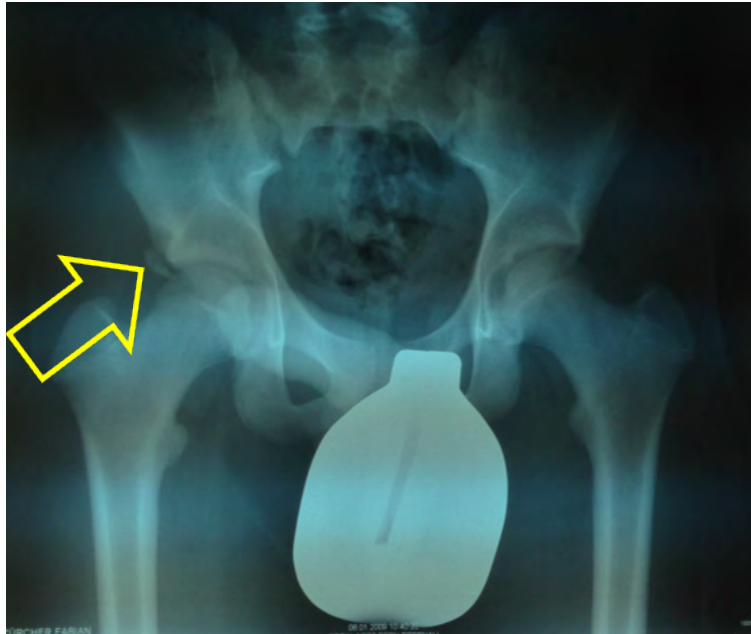


2. 15jähriger Fussballer mit Leistenschmerz



- Anamnese
 - Vor drei Tagen beim Torschusstraining im Fussball, als Abschluss des Einlaufens, Schuss mit Bein rechts mit Gefühl, wie wenn eine Schnur reissen würde. Flektieren des Beines war daraufhin nicht mehr möglich, Training musste abgebrochen werden.
- Klinik
 - Patient kommt mir Krücken und hinkt zu Untersuchungsliege. Untersuchung schwierig, Schmerzen bei auch nur leichter aktiver Hüftflexion, auch aktive Flexion mit Sz. Druckdolenz im Leistenbereich, besonders Spina iliaca anterior inferior.

- Rx /MRI



Diagnose

Avulsion des Ursprungs des m.rectus femoris rechts, mit etwas mehr als 1cm Dislokation nach caudal und lateral



- Therapie
 - Trainingspause, relative Schonung für 6-8 Wochen. Kräftigung Oberkörper erlaubt. Anschliessend Return-to-Sports über Ausdauertraining (Velo, Crosstrainer später auch leichtes Jöggerle, leichte Kräftigung Oberkörper, Rumpf, später auch Bein
- Verlauf nach 12 Wochen
 - Alltag komplett schmerzfrei, leichtes Joggen, Velo und Crosstrainer alles schmerzfrei. Weiteraufbau mit leichten Sprungformen und belasteten Squats, leichtes Fussballspiel. Nach 16 Wochen auch Torschusstraining schmerzfrei möglich.

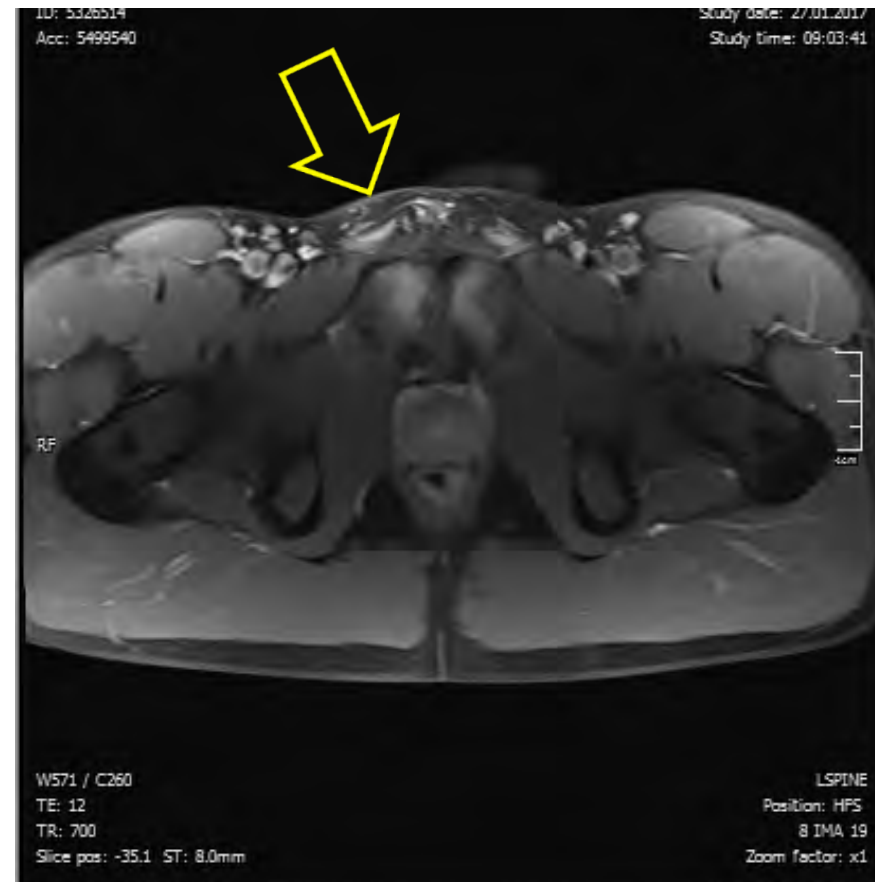
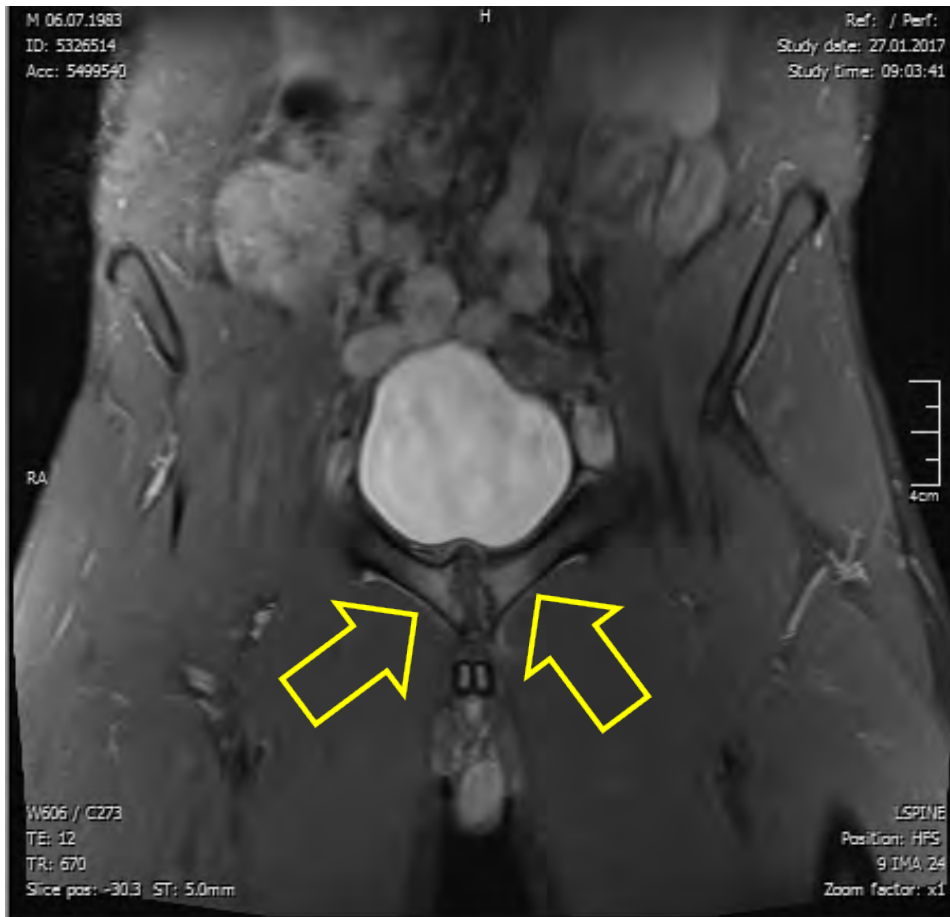


3. 33j UniHockey Spieler mit Leistenschmerz



- Anamnese
 - Schon länger, seit WM Turnier vor 8 Wochen Schmerzen in der rechten Leiste. Physio half jeweils, Trainings verschlimmern. Lokalisation etwas wechselnd, Leiste rechtsbetont z.T. auch Nachtschmerzen im Rücken. Kein Hustenschmerz. In den letzten zwei Wochen alles viel schlimmer.
- Klinik
 - Hüftgelenk frei beweglich, Schmerzen bei Aktivierung der Adduktoren, Sz bei Palpation der Symphyse und des rechtsseitigen Schambeinbereiches

- Bildgebung /MRI



Diagnosen

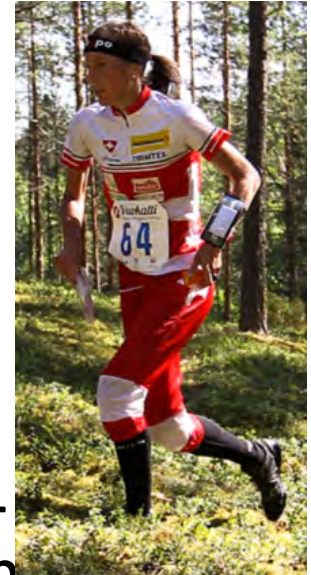
Stressreaktion Grad III des Os pubis rechts, Grad II links; Spondylolisthesis L5/S1

- Therapie
 - 3 Wochen volle Trainingspause zur Knochenheilung, Calcimagon D3 1-0-1, EPA Fischölkps, Physio 1-2x/Woche zum Detonisieren, TP Behandlung
 - Beckengurt tagsüber, dann immer bei sportl Belastung
 - Gespräch mit dem Coach und Sportchef (Playoff haben begonnen)
 - Segmentale Stabilisation mit Physio, laufend
Triggerpunktbehandlung m.iliacus re, m.glutaeus medius und Adduktoren
 - Return-to-Sports Plan mit Aqua-Jogging, Velo ab Woche 4, inkl Intervallformen. Ab Woche 7 Laufen und Anteile Teamtraining.
- Verlauf
 - Ende Woche 8 erste UniHockey Matches. Physio und individuelles Training weiter. Spielte dann bis Saisonende durch bis in den Supercup-Final.





2. 35j OL-Läuferin mit Leisten- und Oberschenkelschmerz



- Anamnese

- Seit einigen Tagen, begonnen bei einem OL Training bergablaufend starke Schmerzen im rechten Oberschenkel Vorderseite, hinunter ins Knie austrahlend.

- Klinik

- Knie rechts reizlos, kein Erguss, stabil. Hüfte rechts frei beweglich. Schmerzen Vorderseite Oberschenkel entlang Verlauf m.sartorius, wenig im Pes anserinus.

- Bildgebung /MRI
 - Bild ja oder nein?
 - Ja. MRI Oberschenkel ohne Hinweis auf strukturelle Läsion, keine weiteren Auffälligkeiten. MRI mit kleiner Knorpelfissur in Femurtrochlea.
- Verlauf:
 - Start der Triggerpunktbehandlung durch Arzt unmittelbar, m.sartorius und m.vastus medialis mit gutem ersten Ansprechen. In der Folge dichte Behandlungsserie alle 2-3 Tage.
 - Chondroitinsulfat/Glucosaminsulfat



Diagnosen

- 1. Myofaszialer Leisten/Oberschenkel-schmerz rechts mit TP m.sartorius, m.vastus medialis, m.gluteaus medius**
- 2. Leichte femoropatelläre Chondropathie**

- Therapie
 - Relative Schonung, Alternativtraining auf Velo und Aquajogging, Langlauf versuchsweise, nach drei Wochen wieder leichtes Jogging
 - Intensive Triggerpunktbehandlung durch Physio und Manualmediziner mit gutem Ansprechen (insgesamt 12-14 Sitzungen in 4 ½ Wo) mit nachfolgender leichter Kräftigung und Wiedereinstieg ins Lauftraining.
- Verlauf
 - Nach und nach, langsam steigernd Aufbau des regulären Lauftrainings und Einstieg auch in die Wettkampfsaison.





5. 67jähriger Laufsportler mit Leistenschmerz

- Anamnese
 - «Hüftschmerzen links mehr als rechts»
 - Die Beschwerden sind z.T. in der Leiste, vor allem aber auf der Hüftaussenseite, lumbal und gluteal lokalisiert, und verschlimmern sich vor allem am Abend und am Folgetag eines Lauftrainings
 - langjähriger Laufsportler mit zahlreichen Medaillen von nationalen Laufsportanlässen
- Klinik
 - Hüftbeweglichkeit mit unauffälliger Flexion-Extension, unauffälligem Viererzeichen, leichter Limitierung der Innenrotation und leicht positivem Impingementtest Hüfte links.

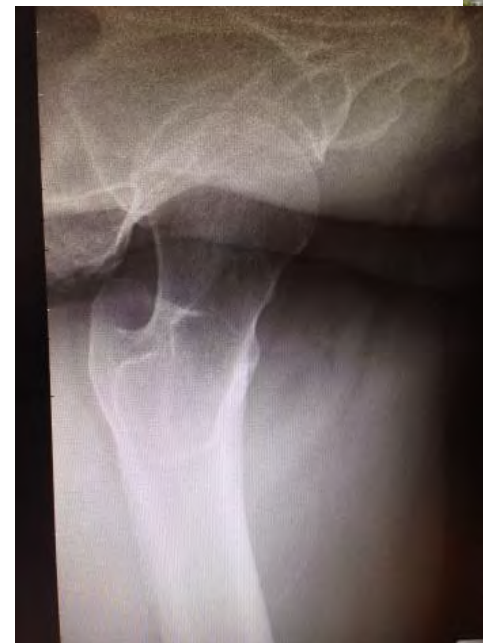
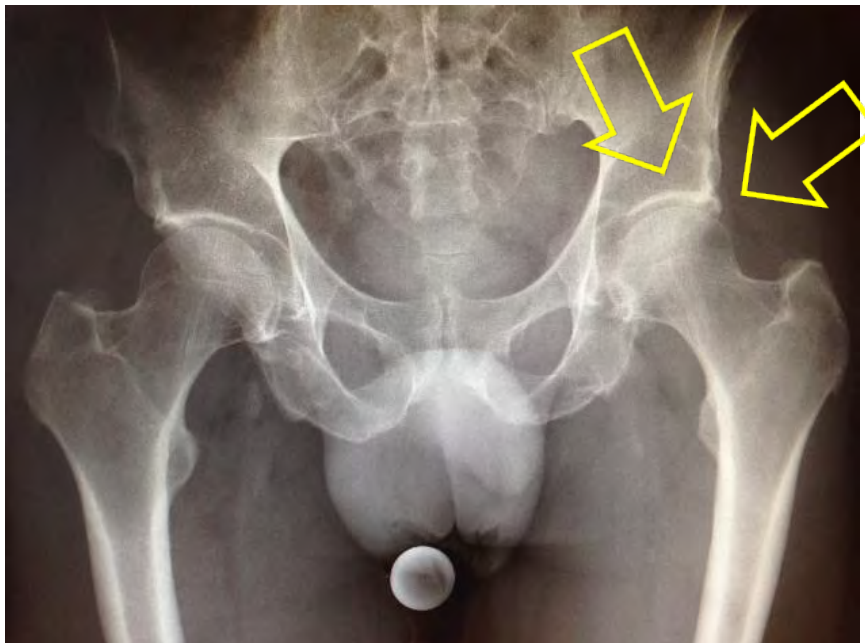


5. 67jähriger Laufsportler mit Leistenschmerz

- Klinik
 - Triggerpunkte im m.glutaeus medius, m.quadratus lumborum, m.iliacus und auch m.vastus lateralis



- Rx



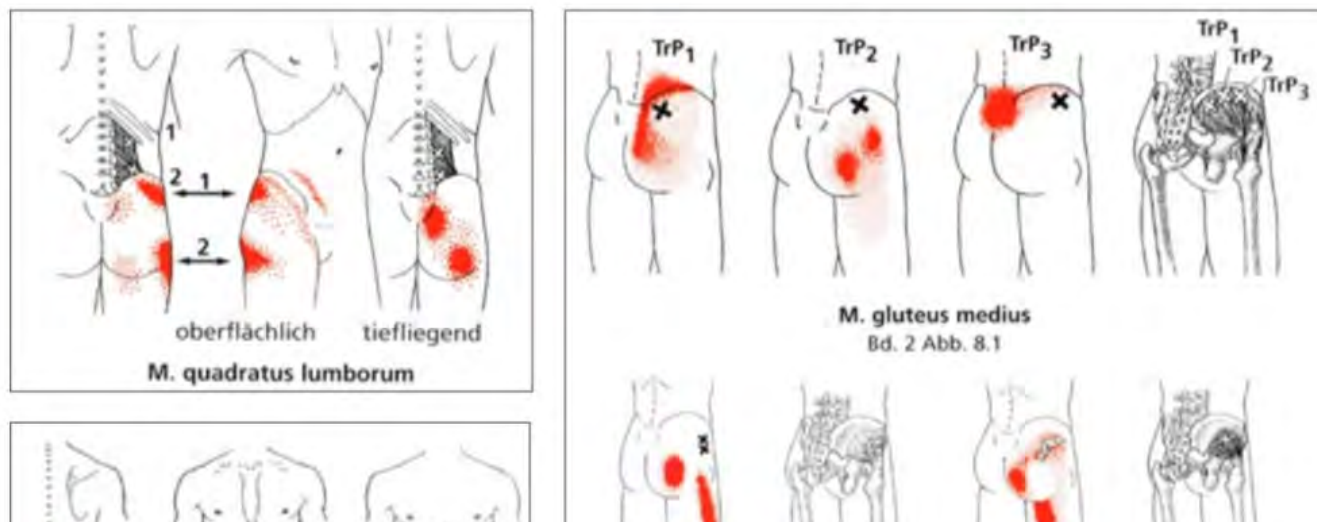


Tabelle 1: Artikulär vs nicht-artikuläre Beschwerden am Beispiel der Hüfte

	Artikulär	Nicht-artikulär
Anamnese	– Anlaufschmerz, – Schmerzexacerbation nach übermässiger Belastung (aktivierte Arthrose)	Schmerzen eher im Verlauf der Belastung
Schmerzlokalisierung	Leiste, «innen drin»	Hüftaussenseite, Gesäss, Oberschenkel
Klinische Untersuchung	Limitierung der Beweglichkeit, speziell aufgehobene und schmerzhafte IR mit hartem Stopp, Flexion limitiert mit hartem Stopp	Beweglichkeit zum Grossteil erhalten Evtl. spezifische muskuläre Befunde, muskuläre Verkürzungen und Triggerpunkte [1] (Abb. 2 a, b, c)
Bildgebung	Zu Anamnese und Klinik passende degenerative Veränderungen (Sklerose der Gelenkflächen, Gelenkspaltverschmälerung, evtl. Osteophyten)	Keine oder nur mässige degenerative Veränderungen

Der Seniorensportler in der sportmedizinischen Sprechstunde, G.E. Clénin,
Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie 62 (4), 17-22, 2014

5. 67jähriger Laufsportler mit Leistenschmerz

- Diagnose
 - Glutealgie und Leistenschmerz links primär myofaszial mit leichter Coxarthrose links
- Therapie
 - Gabe von Chondroprotektivum, Physiotherapie mit Focus auf Triggerpunktbehandlung mit promptem Ansprechen. Instruktion eines Kräftigungsprogrammes für segmentale Stabilisation und Training der Hüftabduktoren.
 - Anpassung der sportl. Belastung, Diversifizieren und mehr Low-Impact-Sportarten





eige

oasse

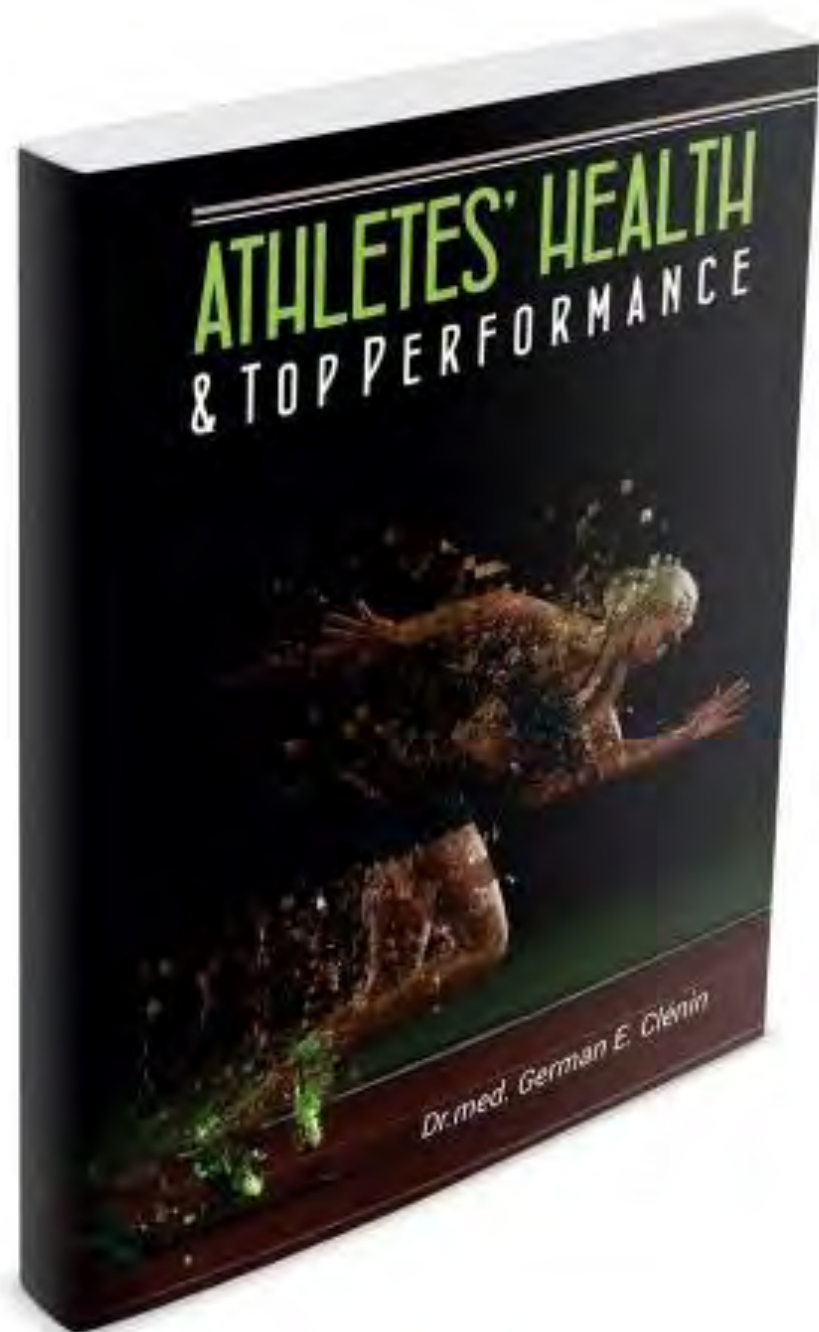
für e

nbitio

Hebbyvertler

DrAthletesHealth.ch,
smzbi.ch oder
amazon.de...

oder bei mir 😊



Conclusions

- Gute Anamnese – Zeit zum Zuhören
 - Verschlimmernde und verbessernde Faktoren, bisherige therapeutische Bemühungen
- Exakte manualmedizinische - klinische Untersuchung
 - anatomische Lokalisation,
 - Qualität der Palpation
 - Harter oder weicher Stopp
- Myofasziale Schmerzfelder und Triggerpunkte kennen, ist in der Sportmedizin ein MUST
- Test and Treat ist eine gute Option
- Enge Zusammenarbeit mit einem (Sport)-Physiotherapieteam zahlt sich aus



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

