

# Der/die sportlich aktive PatientIn mit Leistenschmerzen

Dr. med. Rubén Oliver, Allgemeine Innere Medizin, SAMM, SEMS  
Medbase Permanence Zürich HB – Winterthur Brunngasse

**medbase**

sport medical base  
approved by  **swiss**  
olympic

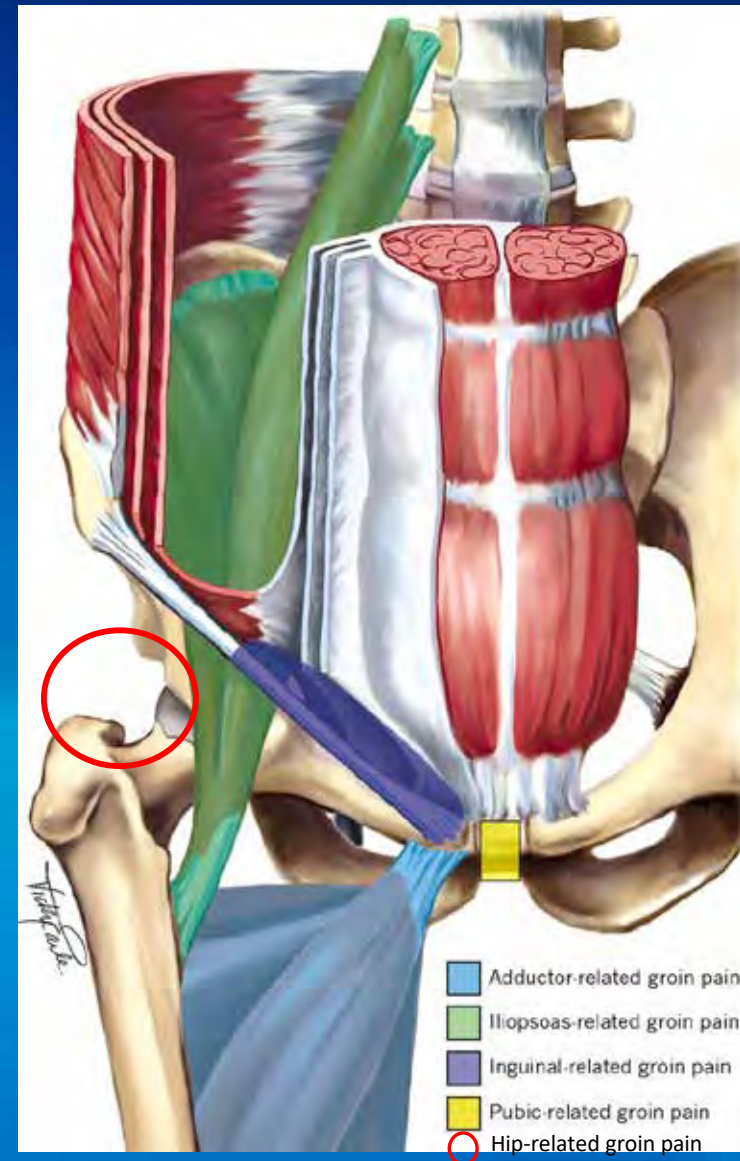
# Leistenschmerzen bei sportlich aktiven Patienten

- Artikuläre Ursachen: Impingement, Dysplasie, Osteonekrosen, aktivierte Coxarthrose
- Muskuläre Überlastungen / Muskelläsionen
- Insertionstendinopathien / Bursitis iliopectinea
- Apophysitiden oder Avulsionsfrakturen
- Stress-Frakturen (Femur, Pubic Ramus, Acetabulum)
- Ausstrahlungen: Lendenwirbelsäule, SIG
- Inguinal- oder Femoralhernien
- Nerven-Entrapment / Postoperative Beschwerden
- Internistische/Gynäkologische Erkrankungen, Lymphadenopathien

# DOHA Agreement-Meeting



Adam Weir et al. Br J Sports  
Med 2015; 49: 768-774

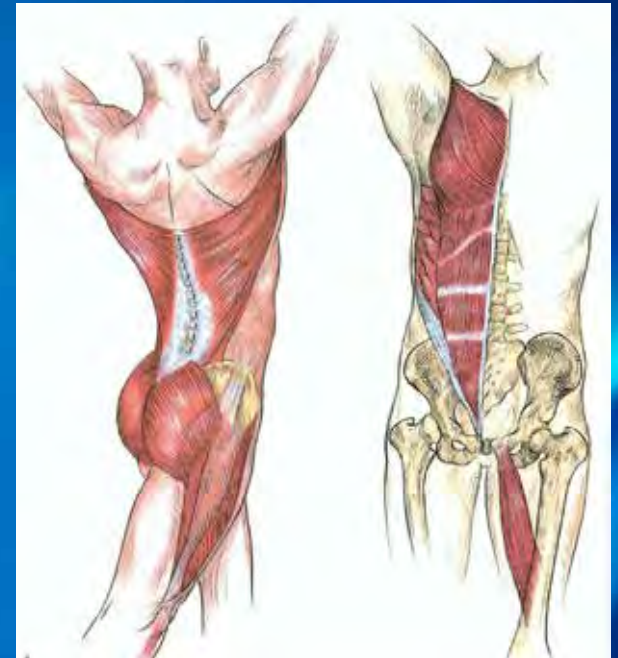


# Patient 1

25j., Leichtathlet und Kampfsportler

## Jetziges Leiden

- Seit 3 Wochen Schmerzen in der Leiste rechts nach dem Training
- plötzliches Auftreten, kein Trauma oder Ausrutscher
- am stärksten beim Speerwerfen im Stemmschritt



## Anamnese

- Schmerzen belastungsabhängig zunehmend während dem Training
- Stemmschritt beim Speerwerfen oder bei Läufen/Sprints
- Auftreten bei Seitwärtsbewegungen des Rumpfes
- Zunahme bei der Planke und seitlichen Stabilisationsübungen
- ***Frühere Rückenbeschwerden***
  - thorakal betonten Rückenschmerzen mit Diagnose M. Scheuermann
  - Besserung unter Osteopathie und Physiotherapie

**Sozialanamnese:** Studium Bauingenieur, Zwischenjob als Lagerist

**Familienanamnese:** Negativ für Gelenkerkrankungen

# Untersuchung



# Untersuchung



## Befund

- Flüssiger Gang, Knickesenkfüsse mit Rückfuss valgus linksbetont
- Beckenverwringung mit Ileum posterior rechts
- LWS-Lordose mit guter LWS-Beweglichkeit
- BWS hyperkyphosiert mit eingeschränkter Beweglichkeit
- Hüftgelenke seitengleich gut beweglich, Impingement-Test bds. negativ
- Druckdolenz an der Symphse rechts deutlich mehr als links mit Punctum maximum am Ansatz des M. rectus abdominis rechts
- Triggerpunkte im Bereich des M. iliacus rechts sowie im M. adductor brevis rechts mehr als links
- Einbeinstand / Einbeinkniebeuge mit Unsicherheit rechtsbetont
- leicht abgeschwächte Kraft der Abduktoren rechts M5-



## Beurteilung

- Osteitis pubis (Symphysitis) rechts mit
  - Überlastung der M. rectus abdominis-Muskulatur
- Hyperlordose mit leicht abgeschwächter tiefer Rumpfstabilisation und Glutaealmuskulatur
- Überlastung M. iliacus und Mm. adductores longus/brevis rechts

## Therapievorschlag

- ▶ Trainingspause 3-4 Wochen (insbesondere Lauf- und Sprungbelastungen)  
NSAR für eine Woche  
Physiotherapie mit Aufbau der Rumpf-Becken-Stabilisation
- ➔ Information über langwierigen Verlauf (mind. ca. 3 Monate)



## Verlaufskonsultation nach 4 Wochen

- Nach Einnahme von Entzündungshemmern und drei Wochen Trainingspause keine deutliche Besserung der Beschwerden
- seit Beginn mit Physiotherapie Leistenschmerzen rechts bei diversen Übungen verspürt
- Planks und seitliche Stabiübungen würden weiterhin schlecht vertragen

### Befund:

- weiterhin deutliche Druckdolenz Symphysen-nah am Os pubis
  - Ansatz M. rectus abdominis/pyramidalis
  - Ansätze der Adduktoren am Ramus superior/inferior ossis pubis

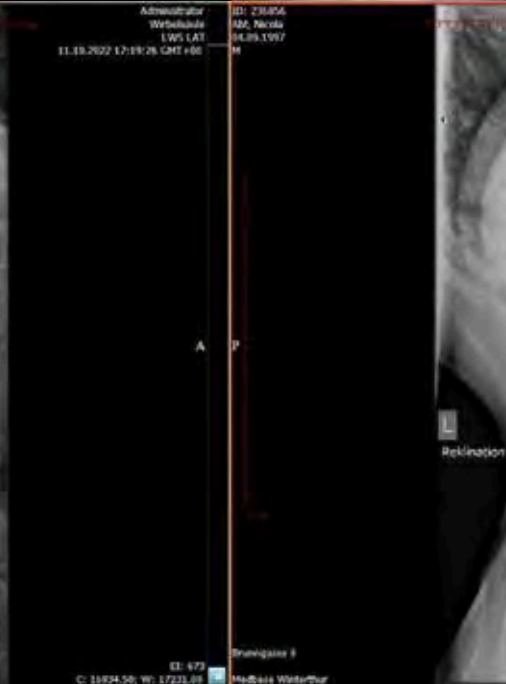
**Fokussierte Stosswellentherapie?**

## Befund





# LWS + Funktions- aufnahmen



## MRI LWS-Becken vom 10.07.22:

- Kein Nachweis einer Ostitis pubis. kein Anhalt für Sehnenläsionen
- Bilaterale Spondylolyse LWK 5 mit leichter Anterolisthesis LWK 5 gegenüber SWK 1



## Diagnosen

- chronisch rezidivierendes Thorako-Lumbovertebralsyndrom
  - positive LWS-Provokationstest mit Ausstrahlung inguinal rechts
- Scheuermann-Residuen der BWS
- LWS Hyperlordose
- Diskusdegenerationen und Spondylarthrosen L4/5 und L5/S1
- Spondylolyse LWK5 gegenüber SWK1
  - Hyperlaxitätssyndrom (Beighton Score 9/9)
  - jahrelanges intensives Karate-Training
- eingeschränkte Rumpfstabilität

## Procedere:

- Physiotherapie mit Triggerpunktbehandlung
- konsequentem Aufbau der Rumpf- und Haltemuskulatur, intensives Heimprogramm
- Training der Hüftabduktoren und Hüftextensoren (Mini Bands)
- Optimierung der Fuss-Beinachsenstabilität und Koordinationstraining
- im Verlauf sportartspezifisches Kraft- und Athletik-Training



# Patientin 2

41-jährig, Profitänzerin + Fitnessinstruktorin

## Jetziges Leiden

- Konstanter Schmerz in der linken Flanke und der Leiste seit mehreren Monaten
- Ziehendes Gefühl im linken Unterbauch
- Schmerz sei ständig da, das linke Bein fühle sich müde an
- beim Drücken auf die proximale Beinmuskulatur ziehe es das Bein hinunter

## Beschreibung der sportlichen Aktivitäten



## Anamnese

- Schmerzen auch weiter hinten am Beckenkamm
- könne aktuell nicht länger Stehen und Herumlaufen sowie Akrobatik-Stunden unterrichten
- keine nächtlichen Schmerzen, am Morgen jeweils keine Beschwerden
- Bisherige Therapie:
  - Osteopathische Behandlungen
  - Physiotherapie 2x 9 Sitzung, mehrheitlich passive Therapie

**Sozialanamnese:** Tänzerin lateinamerikanische Rhythmen, Pole-Dance

**Familienanamnese:** Negativ für Rheuma und Gelenkerkrankungen

## Bisherige Abklärungen

- Ultraschall Abdomen, Darm- und Magenspiegelung unauffällig
- **Frühere Rückenbeschwerden:**
  - St.n. Lumbaler Diskushernie (L5/S1) im 2006
  - 12/2021: Thorakale Beschwerden und Flankenschmerzen links myofascialer Genese
  - unauffälliges Spiral-CT (bei positivem D-Dimer)

# Untersuchung



## Untersuchung



## Befund

- Flüssiger Gang. Wirbelsäule im Lot, Beckengeradstand, Vorlauf- und Spinetest unauffällig
- LWS-Beweglichkeit unauffällig mit FBA in Flexion 0cm (flache Hand), normaler Extension und Lateralflexion. Quadrantentest und Lasègue neg.
- Negative pa-Provokation der DF in Bauchlage , active SLR-Test neg.
- BWS mit guter Beweglichkeit, keine Schmerzprovokation
- segmentale Dysfunktion thorakolumbaler Übergang
- Triggerpunkte M. psoas maior und M. quadratus lumborum tiefer Anteil li
- Druckdolenz am Beckenkamm links
- sehr gute Core-Stabilisation
- leicht eingeschränkte Beckenstabilisation links>rechts im Einbeinstand

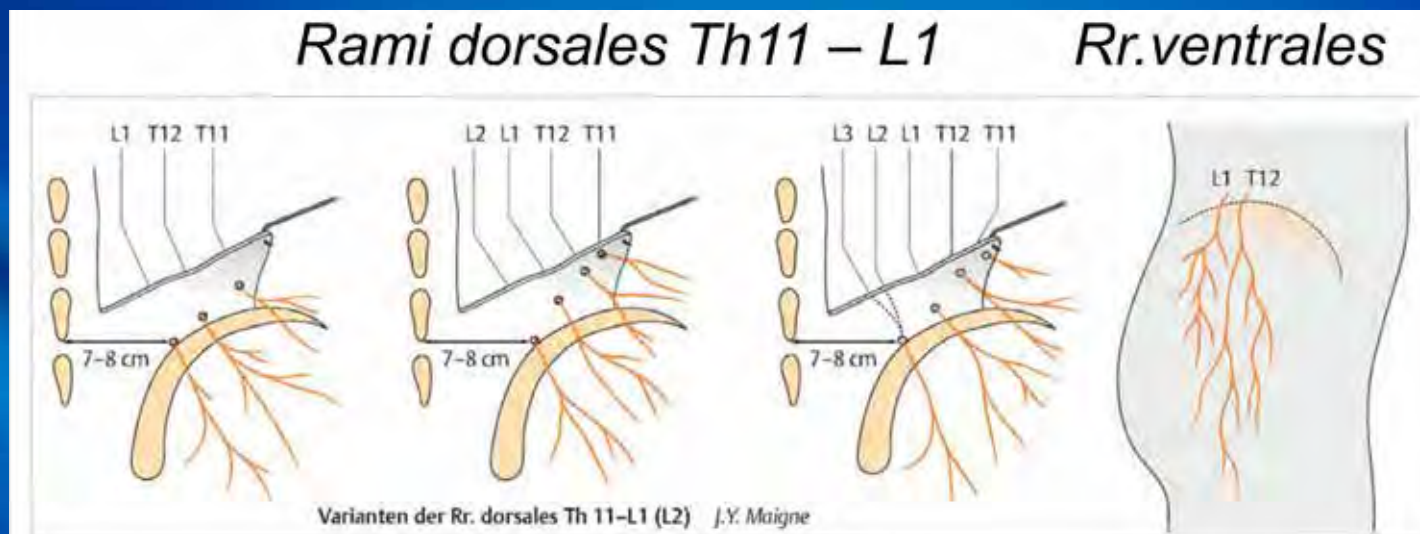




## Diagnosen

### Thorakolumbale Überlastung (Maigne-Syndrom)

- Myofasciale Triggerpunkte M. iliopsoas und M. quadratus lumborum
- Dolenz am Beckenkamm dorsal links (Austrittsstellen Nn. Clunii supp.)
- Osteochondrose und St.n. lumbaler Diskushernie L5/S1 (2006)



## Therapie

- Segmentale Mobilisation Th12/L1 in Seitenlage
- M. psoar maior: Man. Triggerpunkttherapie und Druckinhibitions-Techniken
- M. quadratus lumborum (laterale Anteile): Manuelle Triggerpunkttherapie (tiefe Weichteil- und Faszientechniken), Dry Needling



## Verlaufskonsultation

- nach der Behandlung 2-3 Tage deutliche Linderung
- nach Monaten nun schmerzfreie Momente
- beim Tanzen ein paar Tage später erneut starke Flankenschmerzen links

## Therapie:

- Segmentale Mobilisation Th12/L1
- manuelle Triggerpunkttherapie:
  - M. psoas maior
  - M. quadratus lumborum
  - M. obliquus externus abdominis

## Procedere:

- Physiotherapie mit Triggerpunktbehandlung
- Hyperlordosierung und starke seitliche Beckenbewegungen vermeiden
- Aufdeckung Defizite Fuss-Beinachsenstabilität
- Anpassung der Trainingsintensität und Dauer (Pacing)
- Angepasste Steigerung der Trainingsintensität

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

