

Christian Schlegel

FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, Sportmedizin (SGSM), Manuelle Medizin (SAMM), Chefarzt
Swiss Olympic Medical Center, Grand Resort Bad Ragaz AG

Das Hüftgelenk im Sport: konservative Therapiemöglichkeiten

Zusammenfassung

In diesem Artikel wird kurz auf die differenzialdiagnostischen Probleme beim Leistenschmerz eingegangen.

Die konservative Behandlung bei Adduktorenproblemen wird aufgezeigt, einerseits die physikalischen Therapien mit Querfraktion und Excentrictraining sowie Stosswellentherapie, andererseits die Injektionstechniken.

Es ist äusserst wichtig, dass ein coxagener Schmerz beim Leistungssportler frühzeitig diagnostiziert und weiter abgeklärt wird. Bei Vorliegen eines femoroacetabulären Impingements muss seitens des Orthopäden ein operationswürdiger Befund ausgeschlossen werden. Bei zu später Diagnostik kann bereits ein bedeutsamer Knorpelschaden eingetreten sein.

Ein Knorpelschaden im Hüftgelenk ist längerfristig nicht nur ein mechanisches Problem, wie bei allen Arthrosen ist die entzündliche Komponente vor allem in der Therapie sehr wichtig. Entsprechend können diese Beschwerden medikamentös sehr gut angegangen werden, einerseits durch die gängigen Chondroprotektiva aber auch durch intraartikuläre Injektionen.

Summary

In this article we shortly discuss the diagnostic problems in groin pain.

We describe the conservative therapy of adductor tendinopathy consisting of physical therapy options like deep friction, excentric force training and extracorporeal shock wave therapy and local injections.

It is very important to have a detailed diagnosis for articular pain of the hip as soon as possible. If there are signs of a femoroacetabular impingement, we need an examination by a orthopaedic surgeon. He has to decide whether an operation is necessary or not because of possible cartilage damages in severe impingement situations.

The cartilage damage is not only a mechanical problem but also a problem of inflammatory processes. The inflammation can be treated by medication like chondroprotectiv agents or intraarticular injections.

Schweizerische Zeitschrift für «Sportmedizin und Sporttraumatologie» 58 (1), 20–21, 2010

Ein Patient mit Leistenschmerzen ist sehr aufwändig in der klinischen Diagnostik. Es müssen detailliert alle möglichen auslösenden Strukturen untersucht werden. Apparative Untersuchungen bringen nicht selten Fehlinformationen. Die Diagnose aus der bildgebenden Untersuchung muss kritisch hinterfragt und *klinisch* verifiziert werden.

Bei den Adduktorenproblemen muss die Ursache abgeklärt (technische Fehler, Materialfehler) und die sportliche Tätigkeit angepasst werden. Da der Sportler häufig nicht bereit ist, vollständig auf körperliches Training zu verzichten, muss unbedingt ein alternatives Training definiert werden. Wichtig dabei ist, dass die betroffenen Strukturen ebenfalls dosiert belastet werden, soweit das aufgrund der Diagnose möglich ist. Es erfolgt dann die befundorientierte Behandlung, wobei neben der Muskulatur und der Sehnenansätze auch der Beckenring und die Lendenwirbelsäule in die Behandlung einbezogen werden muss. Ziel ist es, das muskuläre Gleichgewicht wieder herzustellen und stufenweise die Belastung zu steigern.

Die Ansatzendinopathien der Adduktorensehnen können physiotherapeutisch mittels Dehnung, Excentrictraining, Querfraktionen und Ultraschall behandelt werden, es kommen aber auch gezielte Infiltrationen mit verschiedenen Substanzen in Frage. Bei der Infiltration der Adduktorenansätze muss die schmerzhafteste Zone genau palpirt werden und zuerst mit Knochenkontakt und einem Lokalanästhetikum der Punkt lokalisiert werden, bevor der Wirkstoff appliziert wird.

Auch mit fokussierter und radiärer Stosswellentherapie können gute Resultate erzielt werden. Die Rezidivgefahr ist bei dieser Behandlung deutlich geringer als bei den lokalen Infiltrationen.

Die Muskulatur selber wird manuell mit Triggerpunkttechniken behandelt. Zusätzlich werden auch Faszientechniken und Dry-Needling eingesetzt.

In den letzten Jahren wurden wir vermehrt aufmerksam auf die coxagene Schmerzursache beim Leistenschmerz, häufig im Rahmen eines Femoroacetabulären Impingement bei Leistungssportlern. Die Diagnostik erfolgt durch Anamnese und klinische Untersuchung. Bei unklaren Situationen ist eine diagnostische und evtl. therapeutische Infiltration des Hüftgelenkes mit Kontrastmittel und Röntgenkontrolle sinnvoll.

Bei coxagenen Schmerzen muss durch bildgebende Verfahren und ein orthopädisches Konsilium ein operationswürdiger Befund ausgeschlossen werden. Der Zeitpunkt eines operativen, korrigierenden Eingriffes darf nicht zu spät gesetzt werden, um darauffolgenden Knorpelschäden bei femoroacetabulärem Impingement vorzubeugen.

Bei der Therapie einer coxagenen Schmerzproblematik ist aus physikalisch-medizinischer Sicht die Zentrierung im Hüftgelenk sehr wichtig, insbesondere über den Aufbau der Abduktoren, welche bei Gelenkproblemen häufig abgeschwächt sind. Durch abgeschwächte Abduktoren kommt es zu einem Trendelenburgphänomen, wodurch die Hüftüberdachung durch Absinken des gegenseitigen Beckens reduziert wird. Neben der Zentrierung des Hüftge-

lenkes über die Abduktoren muss die Muskulatur im Bereich der gesamten Kette stabilisiert werden d.h. über die Rumpfmuskulatur, Beinachsentraining und Training der Fussmuskulatur. Dabei muss insbesondere auch die tiefe Muskulatur angesteuert werden können.

Neben diesen mechanisch-funktionellen Korrekturen müssen Knorpelschädigungen ebenfalls gezielt behandelt werden. Ein Knorpelschaden ist kein rein mechanisches Problem. Sehr wichtig ist auch die immer damit vergesellschaftete entzündliche Komponente, welche gut medikamentös peroral und intraartikulär behandelt werden kann. Dazu werden Chondroprotektiva wie Chondroitinsulfat und Glucosaminsulfat eingesetzt sowie intraartikuläre Injektionen mit Steroiden, Hyaluronsäure oder autologen Interleukin-1-Antagonisten.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Christian Schlegel, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, Sportmedizin (SGSM), Manuelle Medizin (SAMM) Chefarzt Swiss Olympic Medical Center, Grand Resort Bad Ragaz AG, CH-7310 Bad Ragaz, Telefon 0041 81 303 38 26, Fax 0041 81 303 38 27, E-Mail: christian.schlegel@resortragaz.ch

Literaturverzeichnis

- Machotka Z., Saravana Kumar S.: a systematic review of the literature on the effectiveness of exercise therapy for groin pain in athletes. *Sports Med. Arthrosc. Rehabil. Ther. Technol.* 2009, 1:5:eoi:10.1186/1758-2555-1-5.
- Ruane J.J., Rossi T.A.: when groin pain is more than "just a strain": navigating a broad differential. *Phys-Sportsmed.* 1998, 26 (44): 78-103.
- Ekberg O., Persson N.: long standing groin pain in athlete. A multidisciplinary approach. *Boards net.* 1998, 6: 56-61.
- Verrall G.M., Slawotinek J.P.: outcome of conservative management of athletic chronic groin injury diagnosed as pubic stress injury. *Am. J. Sports med.* 2007 35 (3): 467-74.
- Hölmich P.: Long standing groin pain in sportspeople falls into three primary patterns, "clinical entity" approach: a prospective study of 207 patients. *Br. J. Sports Med.* Apr. 2007; 41(4): 247-52.
- Roland M. Biedert, Silvia Albrecht: sportbedingte Beckenringinstabilität. *Sportorthopädie, Sporttraumatologie* 2003; 19, 167-172.
- Carlson J., Swärd L.: chronic groin infil? L athletes. *Sports med.* 1994; 17 (2): 141-148.
- Mark E. et al: osteoitis pubis in collegiate football players. *Med. Sci. Sports exercise.* 1995; Vol. 27, Nr. 5, pp 629-633.
- Biedert R., Meier S.: Das Symphysensyndrom beim Sportler. *Schweizerische Zeitung für Sportmedizin* 1997; 45 (1).
- Dora C., Rüdiger H.A.: Differentialdiagnose und Abklärung der schmerzhaften Leiste. *Leading Opinions Orthopädie* 3/2009; 6-8.