

durchschnittlich eine Vorwölbung der Faszia transversalis von 5,1 mm mit einer Seitendifferenz auf der schmerzhaften Seite von 1,58 mm. In einer Subgruppe von Patienten (n = 45 versorgte Leisten), die einer operativen Versorgung aufgrund weicher Leiste zugeführt wurden, betrug die Seitendifferenz der Vorwölbung im Mittel 1,65 mm. Die intraoperative Messung zeigte durchschnittlich 13,66 mm.

Es gibt zahlreiche Ursachen für den Leistenschmerz bei Sportlern, und die Diagnosestellung kann schwierig sein. Durch eine sorgfältige anamnestische Differenzierung des Schmerzcharakters, klinische Untersuchung und adäquate Bildgebung lässt sich frühzeitig die Diagnose stellen und eine zielgerichtete Therapie anstreben. Der Wert der Sonographie der Leistenregion scheint insbesondere im Ausschluss tatsächlicher nicht palpabler kleiner Hernien zu bestehen. Es scheint jedoch eine Differenz zwischen sonographisch gemessener Protrusion der F. transversalis und intraoperativ vorhandener Protrusion bei symptomatischen Sportlern zu bestehen. Somit scheint der alleinige sonographische Nachweis einer lokalisierten Vorwölbung der Leistenkanalhinterwand nur in Kombination mit der entsprechenden Beschwerdesymptomatik die Diagnosestellung zu bestätigen.

Schlüsselwörter: Leistenschmerzen, Sportlerleiste, Sonographie

<http://dx.doi.org/10.1016/j.orthtr.2019.04.028>

SY05-89

Therapie der Sportlerleiste – Systematischer Review und Up-Date

G. Bernhardt, S. Fischerauer,
G. Gruber

Universitätsklinik für Orthopädie und Traumatologie, Medizinische Universität Graz, Graz, Austria

E-Mail: gerwin.bernhardt@meduni-graz.at

Fragestellung: Die Sportlerleiste, oder vielfach auch noch Sportlerhernie genannt, stellt eine oft schwer zu diagnostizierende Ausschlussdiagnose dar. Es handelt sich um Schmerzen in der Leistenregion, die mit einer lokalen Schwäche der Abdominalwand einherzugehen scheint. Doch nicht nur die richtige Diagnose scheint schwierig zu sein, sondern auch die richtige Therapie dieses Schmerzsyndroms. Ziel dieser Arbeit ist es, einen aktuellen Überblick über die Therapie der Sportlerleiste nach evidenzbasierten Richtlinien zu geben.

Methodik: Die aktuelle Literatur wurde systematisch durchsucht. Neben der verschiedenen Begriffe der Erkrankung im Deutschen gibt es noch mehr unterschiedliche Bezeichnungen im Englischen, die als Mesh Terms bei der Suche in Pub Med Verwendung fanden: Athletic Pubalgia, Posterior Inguinal Wall Deficiency or Disruption, Gilmore's Groin, Slap Shot Gut, Soccers/Footballer's Groin, Hockey groin syndrome, Pubic Inguinal Pain Syndrome, Core Muscle Injury, Sportsman's Groin, Invisible Hernia. Diese Begriffe wurden in unterschiedlichen Schreibweisen mit der AND- und OR-Verknüpfung zusammen mit dem Wort „therapy“ verknüpft. Die Ergebnisse werden Jahresweise dargestellt (Tabelle).

Ergebnisse und Schlussfolgerung: Die Ergebnisse zeigen kaum Weiterentwicklung in Diagnostik und Therapie der Sportlerleiste innerhalb der letzten Dekaden. Der noch immer am häufigsten verwendete Begriff für diese Erkrankung ist die irreführende Bezeichnung der „sports her-

nia“. Die publizierten Daten beschränken sich zumeist auf kleine Fallserien oder Einzelreporte. Alle Arbeiten und abgeleiteten Empfehlungen präferieren einen primär konservativen, stufenweisen Therapieversuch. Bei ausbleibendem Therapieerfolg werden unterschiedlichste Operationsverfahren empfohlen mit sehr ähnlichen, guten Ergebnissen. Das Thema der Sportlerleiste ist in der wissenschaftlichen Literatur ein Randthema, obgleich diese Erkrankung bei Sportlern nicht selten ist. Wissenschaftliche Gesellschaften versuchen Leitlinien für Diagnostik und Therapie zu geben. Die Sammlung von Daten in groß angelegten Registern wären zu wünschen, um die Sportlerleiste besser verstehen und ihre Therapie optimieren zu können.

Schlüsselwörter: Leistenschmerz, Sportlerleiste, weiche Leiste, Hernie

<http://dx.doi.org/10.1016/j.orthtr.2019.04.029>

SY08 Prävention von

Sportverletzungen (Part II)

SY08-72

Symmetrie-Indizes des Sprungkraftverhaltens unverletzter Fußballspieler der 2. Bundesliga: Hilfreich für die Ableitung von Return-to-Play Kriterien?

C. Raeder¹, A. Praetorius¹,
C. Schoepp²

¹BG Klinikum Duisburg, Athletikum Rhein Ruhr, Duisburg, Germany

²BG Klinikum Duisburg, Duisburg, Germany

E-Mail: christian.raeder@rub.de