

Caroline Mercedes Sobotta
Dr. med.

Die Sportlerleiste: ein eigenständiges Krankheitsbild. Ursache, Diagnostik und Therapieoptionen. Eine retrospektive Studie bei 544 Patienten.

Fach/Einrichtung: Chirurgie/Klinikum Stuttgart/Bad Cannstatt
Doktorvater: Prof. Dr. med. Jörg Köninger

Der Begriff „Sportlerleiste“ wurde 1992 von Malycha und Lovell eingeführt. Der englische Begriff „Sportsman’s Hernia“ wurde von Ronald N. Shaw geprägt. Die Terminologie ist jedoch weiterhin uneinheitlich und kontrovers diskutiert. Historische Aufzeichnungen über Leistenprobleme reichen bis in die Antike zurück, aber eine spezifische Betrachtung im sportlichen Kontext entstand erst im 20. Jahrhundert. Die Sportlerleiste betrifft vor allem junge, sportlich aktive Personen, insbesondere in Mannschaftssportarten. Die Inzidenz variiert je nach Sportart und reicht bei Profifußballern von 10–18 % bis hin zu 15–20 % bei professionellen Eishockeyspielern.

Die Leistenregion und das Becken spielen eine zentrale Rolle bei der Entstehung der Sportlerleiste. Wesentliche Strukturen sind das Leistenband, die Bauchmuskulatur und die Adduktoren des Oberschenkels. Eine Schwäche oder Verletzung dieser Strukturen kann zu den typischen Symptomen führen. Die Pathophysiologie der Sportlerleiste ist komplex und multifaktoriell. Zu den Faktoren gehören biomechanische Belastungen, anatomische Anomalien, muskuläre Imbalancen und entzündliche Prozesse. Auch genetische Prädispositionen können eine Rolle spielen. Hauptsymptom sind chronische Leistenschmerzen, die oft in den Unterbauch oder die Oberschenkel ausstrahlen. Die Schmerzen verstärken sich bei sportlichen Aktivitäten und anderen Belastungen wie Husten oder Niesen. Eine genaue Diagnose ist aufgrund der unspezifischen Symptome schwierig. Die Diagnostik erfolgt hauptsächlich klinisch durch Anamnese und körperliche Untersuchung. Apparative Methoden wie Sonographie und MRT können zur Bestätigung herangezogen werden. Der Manchester Consensus definiert diagnostische Kriterien für die Sportlerleiste. Die Behandlung variiert je nach Schweregrad und Ursache der Beschwerden. Primär wird eine konservative Therapie mit Sportkarenz, Physiotherapie und medikamentöser Therapie empfohlen. Bei anhaltenden Beschwerden kann eine operative Therapie notwendig sein. Verschiedene operative Techniken, wie die Shouldice-Operation oder die TAPP, haben sich als effektiv erwiesen. Die Mehrheit der Patienten kann nach der Operation ihre sportliche Aktivität wieder aufnehmen. Die Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis ist hoch. Die Komplikationsrate nach Operationen ist gering. Die Patientendaten zeigen typische demografische Merkmale von Sportlern mit Sportlerleistenverletzungen. Die Ergebnisse der Studie bestätigen die Wirksamkeit multimodaler Therapieansätze. Die Rückkehr zur sportlichen Aktivität hängt von verschiedenen Faktoren ab, einschließlich der Art der Behandlung und der Dauer der Beschwerden.