Lädierte Hinzieher

Adduktorenzerrung **Die Diagnose Adduktorenzerrung fällt oft vorschnell, weiß Physiotherapeut Philipp Hausser. Dafür müssen jedoch bei der Untersuchung klar definierte Kriterien erfüllt sein. Dabei und auch in der Therapie helfen dem Therapeuten strukturierte Vorgehensweisen und dem Patienten spezielle Übungen.**

Nicht selten erleben es Physiotherapeuten, dass der Patient schon vor der Anamnese und Untersuchung den Begriff „Adduktorenzerrung“ in den Mund nimmt. Gepaart mit einem gezielten Griff in den schmerzhaften Bereich – die Leistenregion. Die Adduktorenzerrung ist eine der wenigen Pathologien, die auch der Laie kennt. Je sportlicher der Patient, umso häufiger ist sie zudem bereits mit einer Selbsterfahrung verbunden. Auch in den Medien fällt der Begriff häufig, beispielsweise wenn ein Fußballprofi wegen einer Adduktorenzerrung oder Leistenproblemen pausieren muss. 70 Prozent der Fußballspieler haben während einer Saison Leistenbeschwerden [1]. Die Muskelverletzungen im Fußball an sich sind mit 30–35 Prozent aller Verletzungen beschrieben, davon betreffen wiederum 23 Prozent die Leistenregion [2]. Allein anhand dieser Zahlen wird die Häufigkeit der Beschwerden im Leistenbereich

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Abb.: S. Oldenburg (nachgestellte Situation)

◄ ABB. 1 **Funktionsmassage der Adduktoren mit gestrecktem Knie**

Zerrungen

sind indirekte funktionelle Muskelläsionen ohne strukturellen Schaden, die nicht durch äußere Gewalteinwirkung entstanden.

deutlich. Nicht jeder Leistenschmerz muss allerdings gleich ein muskuläres Problem sein, geschweige denn eine Adduktorenzerrung.

Klare Definitionen mussten her → Lange Zeit gab es sogar weder eine einheitliche Definition noch eine generelle standardisierte Klassifikation von Muskelverletzungen [2]. Das erschwerte die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Disziplinen, und so entwickelten der Orthopäde und Sportmediziner Hans-Wilhelm Müller-Wohlfahrt und seine Kollegen 2013 auf der Münchener Konsensus-Konferenz zur Terminologie und Klassifikation von Muskelverletzungen die Idee einer gemeinsamen Sprache [3]. Sie definierten eine Muskelzerrung als eine indirekte Muskelverletzung ohne äußere Gewalteinwirkung und beschrieben sie als funktionelle bzw. neuromuskuläre Muskelläsion ohne strukturellen Schaden [3].

Die spindelförmige, aufgequollene und ödematöse Muskelzone bei einer Zerrung betrifft meist nur einen bestimmten Muskelabschnitt, häufig den Muskelbauch [2]. Kontinuitätsunterbrechungen im Muskelgewebe und Blutungen entstehen dabei nicht [2, 4]. Der Schmerz, der den Sportler letztlich daran hindert, weiterzumachen, vermuten Experten als hypoxämischen Schmerz. Demnach gäbe es einen Abschnitt im Muskelgewebe, der minderdurchblutet ist. Um dann die Gefahr, einen noch größeren Schaden zu nehmen, einzudämmen, sendet das Gewebe einen Reiz, den der Patient als Schmerz wahrnimmt und der ihn zum Abbruch der Aktivität zwingt.

Zu den am häufigsten betroffenen Muskelpartien an der unteren Extremität zählen die ischiokrurale Muskelgruppe, die Adduktoren, der M. quadriceps femoris und die Wadenmuskulatur. Genau in dieser Reihenfolge sind diese auch beschrieben. Die Adduktoren sind demnach sehr häufig von Verletzungen betroffen [5].

Tonus und Aufwärmen spielen eine Rolle → Eine Muskelzerrung bzw. eine funktionelle Muskelläsion kann unterschiedliche Ursachen haben. Eine große Rolle spielen vor allem neuromuskuläre Tonusregulationsstörungen, die beispielsweise durch Ermüdung, Muskelschwäche oder ein Muskelungleichgewicht zwischen Adduktoren und Abduktoren entstehen [2, 6–9]. Zudem kann es zu Muskelzerrungen kommen, wenn der Sportler sich nicht adäquat zur bevorstehenden Beanspruchung aufwärmt [2, 6] oder wenn ihm noch die entsprechende sportartspezifische Bewegungskoordination fehlt. Dann kann er oft schnelle – vor allem exzentrische –Bewegungen und ein großes Bewegungsausmaß nicht ausreichend kontrollieren [2, 6, 10]. Auch Faktoren wie eine verminderte Beweglichkeit, Muskelsteifigkeit oder Muskelverletzungen sind in der Literatur als Auslöser für funktionelle Muskelläsionen beschrieben. Dies trifft jedoch insbesondere auf die ischiokrurale Muskelgruppe und den M. quadriceps femoris zu, weniger auf die Adduktoren [11].

Diagnostik im Ausschlussverfahren → Eine Muskelverletzung und ihre Klassifikation zu identifizieren, ist in der physiotherapeutischen Untersuchung schwierig bis nahezu unmöglich. Dem Arzt hilft hier die bildgebende Diagnostik in Form von Ultraschall oder der Magnetresonanztomografie, mit der er die Verletzung als strukturellen oder nicht strukturellen Schaden differenzieren kann. Der Physiotherapeut kann vielmehr anhand einer strukturierten Differentialdiagnostik die Hypothese muskuläre Problematik aufstellen.

Wichtig ist es hierbei, mit den möglichen schmerzauslösenden Strukturen der Leistenregion zu beginnen und Hinweise auf etwaige Red Flags zu beachten. Dies tat auch eine Expertenrunde auf der ersten „World Conference on Groin Pain in Athletes“ 2014 in Doha in Katar. Sie teilten den Leistenschmerz in sogenannte Subgruppen ein [12]:

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

ABB. 2 **Funktionsmassage der Adduktoren mit gebeugtem Knie**

1. Subgruppe Leistenschmerzen:
→ adduktorenbezogene Beschwerden
→ iliopsoasbezogene Beschwerden
→ leistenbandbezogene Beschwerden
→ schambeinbezogene Beschwerden

2. Subgruppe Hüftgelenk:
→ Femoroacetabuläres Impingement (FAI)
→ Arthrose/Arthritis

3. Andere Ursachen:
→ Schmerzausstrahlung LWS
→ Schmerzausstrahlung SIG
→ Nervenkompression (N. femoralis)

4. Nicht zu vergessen:
→ maligne Veränderungen
→ Stressfrakturen
→ viszerale Schmerzauslöser
→ lymphatische Veränderungen

1. Subgruppe Leistenschmerzen

Diese möglichen schmerzauslösenden anatomischen Strukturen sollte der Therapeut bei der Hypothese Adduktorenzerrung berücksichtigen und in der Differentialdiagnostik so gut es geht ausschließen. In der Subgruppe Leistenschmerz gelten dabei folgende Kriterien:

→ Ein adduktorenbezogener Leistenschmerz zeigt sich bei einer Palpation dieser Muskelgruppe sowie bei Widerstandstests in Adduktion und/oder einer Dehnungsprovokation.
→ Ein iliopsoasbezogener Leistenschmerz tritt bei einer Palpation dieses Muskels sowie bei Widerstandstests in Flexion und/oder auch bei einer Dehnungsprovokation auf.
→ Ein leistenbandbezogener Leistenschmerz äußert sich bei einer Palpation des Leistenbandes sowie bei Widerstandstests der Bauchmuskulatur bzw. beim Husten, Pressen und Niesen (Valsalva-Manöver).
→ Ein schambeinbezogener Leistenschmerz zeigt sich bei einer Palpation des Schambeins und der angrenzenden Knochen.

2. Subgruppe Hüftgelenk

Im Rahmen einer Schmerzprovokation durch Widerstandstests sollte der Therapeut selbstverständlich immer auch an die anderen Subgruppen Hüfte, LWS und SIG denken, da die Muskelkontraktionen Kompressionsbelastungen in Gelenken auslösen [13]. Auch das Valsalva-Manöver gilt immer wieder als Schmerzauslöser im Bereich der LWS. Deshalb ist eine weitere Differentialdiagnostik notwendig. In der Subgruppe Hüftgelenk gelten hierbei diese Kriterien:

→ Eine Hüftpathologie im Sinne einer Arthrose oder Arthritis äußert sich durch multidirektionale Bewegungseinschränkungen in mehr als zwei Bewegungsrichtungen. Hinzu kommen morgendliche Unbeweglichkeit länger als 60 Minuten, eine Abweichung des Gangbilds (Trendelenburg, Duchenne) sowie eine Muskelschwäche – insbesondere der Abduktoren.
→ Eine Hüftpathologie im Sinne eines Femoroacetabulären Impingements (FAI) kommt dann in Frage, wenn intraartikuläre Tests positiv sind. Dafür eignet sich der sogenannte FADIR-Test in Flexion, Adduktion und Innenrotation. Zudem kann der Therapeut eine Labrumbeteiligung über den sogenannten Fitzgerald-Test (auch als Zirkumduktionstest bekannt) abklären [14, 15].

3. Subgruppe „Andere Ursachen“

In der Subgruppe „Andere Ursachen“ schließt der Therapeut die folgenden Pathologien aus:

→ Die Beschwerden sind als Schmerzausstrahlung der LWS zu werten, wenn sie sich durch eine LWS-Bewegung in Flexion, Extension, Seitneigung und Rotation provozieren lassen. Wenn sich dann durch wiederholte Bewegungen der LWS eine bevorzugte Bewegungsrichtung zeigt und das Phänomen der Zentralisation eintritt, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit einer Schmerzausstrahlung der LWS [16].
→ Eine Schmerzausstrahlung vom SIG ist es dann, wenn Schmerzprovokationstests diese auslösen. Die Wahrscheinlichkeit erhöht sich, wenn zwei von fünf beziehungsweise drei von sechs Tests positiv sind [17].
→ An eine Nervenkompression ist dann zu denken, wenn bei der Neurodynamischen Testung und/oder bei der Nervenpalpation Beschwerden auftreten [18].

4. Subgruppe „Nicht zu vergessen“

Bei erfolgloser mechanischer Provokation des muskuloskeletalen Systems könnte man auch an einen viszeralen Schmerzauslöser denken. Des Weiteren sollte man Gefäßproblematiken nicht außer Acht lassen und Hinweise auf Red Flags beachten, welche grundsätzlich keine Kontraindikationen für Physiotherapie sind, jedoch ärztlich betreut und oder abgeklärt gehören.

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Ziel bei diesem möglichen differentialdiagnostischen Vorgehen ist es grundsätzlich, den für den Patienten typischen Schmerz auszulösen. Die Hypothese „muskuläre Problematik in den Adduktoren“ in der Subgruppe Leistenschmerzen kann der Therapeut also nur dann differentialdiagnostisch bestätigen, wenn er alle anderen Ursachen ausgeschlossen hat oder diese nicht den typischen Schmerz auslösen. Zudem sollten die Beschwerden bei Palpation der Adduktoren, bei Widerstand in Adduktion und/oder bei einer Dehnung der Adduktoren auftreten. Auch das spricht jedoch noch nicht zwangsläufig für eine Muskelzerrung.

Therapie an die Wundheilung anpassen → Auch bei der Therapie einer Adduktorenzerrung bietet es sich an, ebenso wie in der Diagnostik, strukturiert vorzugehen. Einen evidenzbasierten Ablauf gibt

> *Der Patient muss schmerzfrei sein, um in den Sport zurückzukehren, damit kein struktureller Schaden entsteht.*

es bis dato nicht, deshalb beruhen die gängigen Vorgehensweisen meist auf Erfahrungsberichten [2, 19]. Bei der Behandlung orientiert sich der Therapeut an der Wundheilung. Auch wenn bei der funktionellen Muskelläsion makroskopisch kein struktureller Schaden nachweisbar ist, kommt es doch zu einer spindelförmigen, aufgequollenen und ödematösen Muskelzone. Dies lässt wiederum auf einen akuten Zustand schließen. Einen möglichen Behandlungsplan beschreiben Müller-Wohlfahrt und Kollegen (BEHANDLUNGSAUFBAU).

Hinzu kommt, dass Muskulatur prinzipiell einen guten Selbstheilungsverlauf hat. Daher heilen diese Art von Verletzungen, vor allem bei Freizeitsportlern, häufig ohne Probleme und von selbst. Trotzdem sollte der Therapeut berücksichtigen, dass aus einer funktionellen Muskelläsion immer ein struktureller Schaden entstehen kann. Deshalb ist es wichtig, dass der Patient schmerzfrei ist, bevor er sportliche Aktivitäten wieder aufnimmt. *Philipp Hausser*

Literaturverzeichnis und Patienteninformation zum Download
www.thieme-connect.de/products/physiopraxis > „Ausgabe 10/17“

Autor

Philipp Hausser ist Physiotherapeut, immatrikulierter MSc/OMT, Sportlehrer und Teilhaber zweier Praxen. Er unterrichtet an einer Physiotherapieschule und in der Fort- und Weiterbildung für die FOMT in den Bereichen Manuelle Therapie und orthopädische Themenkurse tätig.

Behandlungsaufbau

Therapie nach Wundheilungsphasen

(mod. nach Müller-Wohlfahrt 2013) [2]:

1. Akutphase

Am Tag der Verletzung:
- → Belastung reduzieren
- → schmerzauslösende Bewegungen vermeiden
- → nach Bedarf Eisanwendungen (5–15 Minuten, um Haut auf unter 13 Grad Celsius abzukühlen) [20]
- → Salbenverbände

Tag 1 nach der Verletzung:
- → nach Bedarf Eisanwendungen (s. o.) [20]
- → Elektrotherapie (Schmerzlinderung und Stoffwechselanregung)
- → klassische Massage/Funktionsmassage (ABB. 1 und 2, S. 24/26)
- → Stoffwechsel-, Lauf-, Ergometertraining und, wenn vorhanden, Bewegungsbadtraining – Cave: ohne Schmerz

2. Subakutphase/Aktivitätsphase

Tag 2 nach der Verletzung:
- → siehe Tag 1 nach der Verletzung, nur mit erhöhter Intensität
- → aerobes Lauftraining (ca. 20 Minuten)
- → leichte dynamische Mobilisationsübungen (ABB. A–D, S. 28)
- → Physikalische Therapie
  - → Thermotherapie (z. B. heiße Rolle, Fango, Wärmepackung)
  - → Elektrotherapie (Schmerzlinderung und Stoffwechselanregung)
- → klassische Massage/Funktionsmassage (ABB. 1 und 2, S. 24/26)
- → Weiterhin sollten keine Schmerzen entstehen.

Tag 3 nach der Verletzung:
- → Lauftraining (länger als 20 Minuten, mit wechselnder Geschwindigkeit)
- → dynamische Mobilisationsübungen (ABB. A–D, S. 28)
- → Physikalische Therapie
  - → Thermotherapie (z. B. heiße Rolle, Fango, Wärmepackung)
  - → Elektrotherapie (Schmerzlinderung und Stoffwechselanregung)
- → klassische Massage/Funktionsmassage (ABB. 1 und 2, S. 24/26)
- → Weiterhin sollten keine Schmerzen entstehen.

3. Vermehrte Aktivitätsphase/Trainingsphase

Tag 4–5 nach der Verletzung:
- → Wiederaufnahme des vollen Trainingsumfangs
- → Physikalische Therapie
  - → Thermotherapie (z. B. heiße Rolle, Fango, Wärmepackung)
  - → Elektrotherapie (Schmerzlinderung und Stoffwechselanregung)
- → klassische Massage/Funktionsmassage (ABB. 1 und 2, S. 24/26)
- → Weiterhin sollten keine Schmerzen entstehen.

4. Wettkampfphase

Um den Leistungsstand des Patienten zu analysieren und eine Empfehlung für den Wiedereinsteig in den Sport zu geben, eignen sich Assessments zum „Return to Activity“. Zudem sind Präventionsprogramme wie das FIFA 11+ aus dem Fußball (PHYSIOPRAXIS 9/17, S. 22) sinnvoll [21, 22].

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Übungen bei Adduktorenzerrung

Dehnung und Mobilisation der Adduktoren und Leistenregion mit gebeugtem Knie

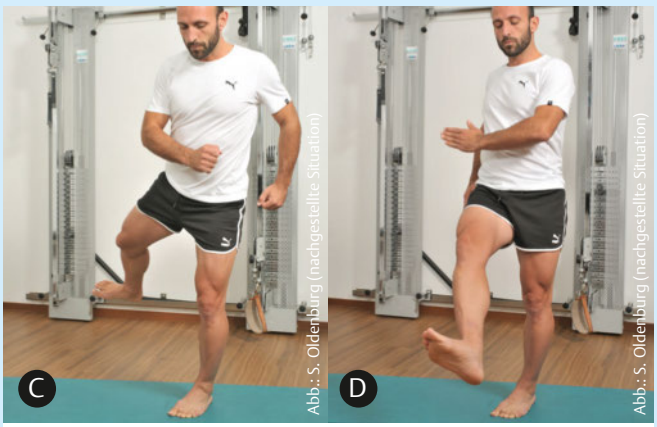
bitte ankreuzen ☐

Knien Sie sich auf eine Matte und stellen Sie das Bein, das Sie nicht dehnen und mobilisieren wollen, so auf, dass die Zehenspitzen vom Körper wegzeigen. Verlagern Sie das Gewicht auf das aufgestellte Bein, bis Sie eine Dehnung in den Adduktoren und der Leistenregion im knienden Bein spüren. Die Dehnung ist statisch und dynamisch möglich (👁 TRAININGSPARAMETER → DEHNUNG).

Dehnung und Mobilisation der Adduktoren und Leistenregion mit gestrecktem Knie

bitte ankreuzen ☐

Bei der Dehn-Version mit gestrecktem Bein gehen Sie erneut in den Kniestand, wie bei Übung A. Gedehnt wird diesmal das aufgestellte Bein. Dieses lassen Sie im Knie gestreckt und stellen es auf den Fußinnenrand am Boden ab. Verlagern Sie wieder das Gewicht auf das aufgestellte Bein, bis Sie eine Dehnung in den Adduktoren und der Leistenregion des gestreckten Beins spüren. Die Dehnung ist statisch und dynamisch möglich (👁 TRAININGSPARAMETER → DEHNUNG).



Dehnung und Mobilisation der Adduktoren und Leistenregion in der „Funktion“

bitte ankreuzen ☐

Stellen Sie sich mit dem gesunden Bein auf eine Matte. Schwingen Sie nun das zu mobilisierende Bein kontrolliert von hinten oben außen nach vorne oben innen (jeweils bis zum Bewegungsende). Wenn Sie dabei unsicher sind, können Sie sich an einem stabilen Gegenstand festhalten. Beginnen Sie mit kleinen Bewegungen und steigern Sie die dynamische Dehnung und Mobilisation dann (👁 TRAININGSPARAMETER → DEHNUNG).

Kräftigung der Adduktoren und der Leistenregion in Seitenlage mit gestrecktem Knie

bitte ankreuzen ☐

Legen Sie sich auf eine Matte auf die zu kräftigende Seite und stellen Sie das obere Bein vor dem Knie des unteren ab. Nun heben Sie das untere Bein so weit wie möglich von der Unterlage ab und lassen es langsam wieder absinken, ohne es auf dem Boden abzulegen. Wiederholen Sie die Bewegung (👁 TRAININGSPARAMETER → KRÄFTIGUNG).

© Georg Thieme Verlag Stuttgart
Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Kräftigung der Adduktoren und Leistenregion mit Theraband in der „Funktion“

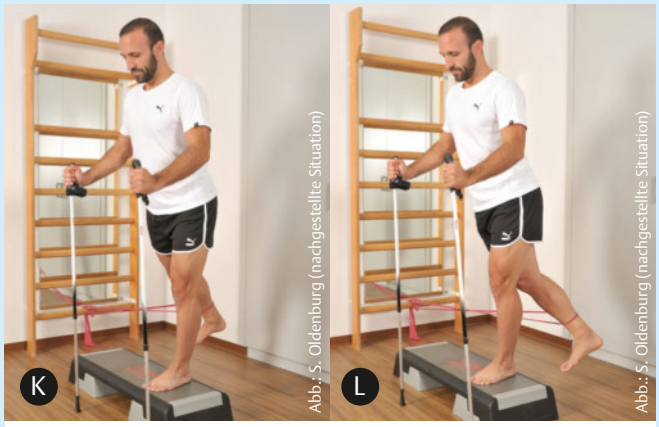
bitte ankreuzen ☐

Stellen Sie sich seitlich an eine Sprossenwand oder einen Tisch, an dem Sie ein Theraband befestigen können. Befestigen Sie das Band als eine Schlaufe etwa auf Höhe des Sprunggelenks und steigen mit dem zu kräftigenden Bein hinein. Das Theraband sollte in der Ausgangsposition nicht durchhängen. Nun führen Sie das gestreckte Bein über ein großes Bewegungsausmaß von hinten oben außen nach vorne oben innen und lassen sich langsam wieder zurückziehen. Wiederholen Sie die Bewegung (👁 TRAININGSPARAMETER → KRÄFTIGUNG).

Dehnung und Mobilisation der Adduktoren und der Leistenregion, Kräftigung der Abduktoren

bitte ankreuzen ☐

Legen Sie sich auf eine Matte und drehen sich auf die nicht betroffene Seite. Spreizen Sie die Beine, indem Sie die Knie voneinander wegbewegen – die Fußinnenflächen behalten den Kontakt. Sie können die Übung als Dehnung für die Adduktoren (👁 TRAININGSPARAMETER → DEHNUNG) oder als Kräftigung für die äußere Hüftmuskulatur, die Abduktoren, durchführen (👁 TRAININGSPARAMETER → KRÄFTIGUNG).



Kräftigung der Adduktoren und Leistenregion mit Theraband auf einer Erhöhung

bitte ankreuzen ☐

Stellen Sie sich etwas erhöht auf eine Stufe oder einen Hocker seitlich an eine Sprossenwand oder einen Tisch. Befestigen Sie das Band als eine Schlaufe und steigen Sie mit dem zu kräftigenden Bein hinein. Das Theraband sollte in der Ausgangsposition nicht durchhängen. Führen Sie diesmal das gestreckte Bein von vorne außen nach hinten innen und lassen sich langsam wieder zurückziehen. Durch die Erhöhung muss das Becken nicht gekippt werden. Wiederholen Sie die Bewegung (👁 TRAININGSPARAMETER → KRÄFTIGUNG).

Trainingsparameter

Dehnung:
- → Dehnungen und Mobilisationen können statisch und dynamisch sein:
- → statisch: 0,5–4 Minuten halten
- → dynamisch: 0,5–4 Minuten rhythmisch in die Dehnung federn

Kräftigung:
- → 15–20 Wiederholungen
- → 3 Serien
- → 1 Minute Pause
- → Trainingsrhythmus: 2–0–2
- → Es sollte ein Ermüdungsgefühl auftreten, welches sich bis zur maximalen Erschöpfung steigern lässt.

Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich gerne an uns:

Praxisstempel

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.