

Zeitschrift: Physiotherapie = Fisioterapia
Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband
Band: 32 (1996)
Heft: 9

Artikel: Die Therapie muskulär verursachter Leistenschmerzen
Autor: Dejung, Beat
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-929120>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 30.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Die Therapie muskulär verursachter Leistenschmerzen

Dr. med. Beat Dejung, Winterthur

Leistenschmerzen entstehen hauptsächlich durch muskuläre Überlastungen, bei einer Coxarthrose oder bei einem Leistenbruch. Muskulär bedingte Leistenschmerzen sind, auch wenn sie schon seit längerer Zeit bestehen, durch manuelle Triggerpunkttherapie gut behandelbar.

Zur Wahrung der Leserefreundlichkeit wurde in diesem Beitrag auf die schwerfällige Doppelform verzichtet. Die männliche Form gilt analog auch für die weibliche.

1. DIFFERENTIALDIAGNOSE DER LEISTENSCHMERZEN

Allgemeinpraktiker, Rheumatologen und Physiotherapeuten bekommen in ihren Praxen häufig Patienten mit Leistenschmerzen zu sehen. Es gibt drei Hauptursachen für Leistenschmerzen: die chronische Muskelzerrung, die Coxarthrose und der Leistenbruch. Bei allen anderen Diagnosen handelt es sich um Raritäten.

Bei Kindern kennt man die Coxitis fugax (den Hüftschnupfen), ein parainfektöser Gelenkerguss in der Hüfte mit normaler Senkung. Primarschüler können von einem Morbus Perthes befallen werden (einer aseptischen Knochennekrose) oder etwas später eine Epiphysiolyse erleiden (häufig allerdings verläuft diese Krankheit ohne Schmerzen).

Bei Erwachsenen können echte Coxitiden Leistenschmerzen oder auch einmal eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung im Sinne einer Algodystrophie verursachen. Selten ist die Femurkopfnekrose, selten auch der Morbus Paget. Bei Sportlern habe ich schon Ermüdungsfrakturen im Schambeingebiet gesehen und einmal auch eine atypische Bauchwandhernie im caudalen Bereich. Eine Appendicitis kann, wenn

auch selten, Leistenschmerzen verursachen, oder es kann sich um eine Hodentorsion handeln – beides sind absolute Notfallsituationen. Andere entzündliche oder tumoröse Prozesse im Urogenitalbereich und im kleinen Becken strahlen manchmal ebenfalls in die Leiste aus. Eine seriöse internistische Abklärung führt hier zur Diagnose. Nicht vergessen darf man, dass eine atypische Diskushernie vor allem im Leistenbereich einmal Schmerzen erzeugen kann. Auch Entrapementsituationen des N. ilioinguinalis und des N. genitofemoralis tun in der Leiste weh, meistens aufgrund von Muskelverspannungen. Nach einer urologischen Operation habe ich auch schon einen therapieresistenten Nervenschmerz im Leistenbereich infolge Kompression eines Nervs gesehen. Diese Fälle sind aber selten, vor allem in der physiotherapeutischen Praxis. Hier dominieren Leistenschmerzen infolge chronischer Zerrung oder infolge einer Coxarthrose.

2. DIE CHRONISCHE LEISTENZERRUNG

Zwei Typen von Unfällen können zu einer Leistenzerrung führen. Erstens die Prellballsituation beim Fussballspielen: Beide Gegner schlagen mit dem Innenrist auf den Ball und blockieren sich dabei. Bei einem oder beiden wird auf diese Weise in der Leiste ein Muskel akut überlastet und schmerzhaft beschädigt. Der zweite Unfalltypus ist der Sturz beim Langlaufen: Bei einer Abfahrt geraten die Skis auseinander, ein Sturz mit gespreizten Beinen wird unvermeidlich, eine Muskelzerrung in der Leiste ist das Resultat.

Unfälle geschehen in tausendfacher Abwandlung, und je nach Situation kann jeder Muskel im Leistenbereich gezerrt werden. Sind die wirkenden Kräfte sehr stark, so ist ein eigentlicher Muskelriss die Folge. Ein Hämatom erscheint nach Tagen unter der Haut, manchmal fließt es hinunter bis zum Knie. Dies ist aber eher die Ausnahme. In der Regel hat die Zerrung im Mikrobereich einer oder mehrerer Muskelfasern eine Dauerkontraktion an der verletzten Stelle zur Folge – neuerdings histologisch sehr schön sichtbar gemacht (3). Diese Kontraktion obliteriert am Ort des Geschehens die arterielle Durchblutung. Der Muskelschmerz ist also ein Ischämieschmerz. Eine reflektorische Dauerkontraktion überlagert das lokale Geschehen und perpetuiert es – ebenfalls neuerdings mit EMG-Untersuchungen sehr schön belegt (4).

Das Resultat solcher Ereignisse ist leicht zu tasten, sofern man die Mühe zu sorgfältiger Untersuchung nicht scheut. Der geschädigte Muskel ist von einem oder mehreren Hartspansträngen durchsetzt. An einem Ort ist ein solcher Strang ödematös verquollen und im millimeterkleinen Zentrum extrem druckempfindlich. Diese Stelle schmerzt auch bei Dehnung und bei Kontraktion. Wie seit bald 60 Jahren (5) bekannt, wird der Schmerz, der in der ischämisch gewordenen und entzündlich veränderten Muskelstelle entsteht, in benachbarte und manchmal in weitabgelegene Körperbezirke projiziert (referred pain).

Unmittelbar nach dem Unfall dominiert die Empfindlichkeit der geschädigten Muskelstelle. Nach Tagen bis Wochen ist man beeindruckt durch das starke Ödem, welches die verletzte Muskelstelle und die ganze Umgebung durchtränkt. Dieses Ödem (ähnlich der Kiblerschen Falte am Rücken) ist für den Diagnostiker der Wegweiser zur verletzten Muskelstelle. In den ödematischen Bezirken beginnt mit der Zeit eine bindegewebige Organisation. Es entsteht eine Myogelose, in welcher man die Empfindlichkeit der ischämisch gewordenen Verletzungsstelle nur noch bei präzisiertem Druck mit dem Fingernagel überhaupt identifizieren kann. Durch solche Reparationsvorgänge entsteht eine innere Narbe. Die Empfindlichkeit der verletzten Muskelstelle auf Druck, Zug oder Kontraktion nimmt ab. Das ganze Problem kann in die Latenz zurücksinken oder sogar ausheilen. Oft allerdings ist diese Heilung unvollständig. Bei jeder Wiederaufnahme des Trainings verspürt der Fussballer seine alte Verletzung wieder, und viele Spieler müssen wegen der ständig wiederkehrenden Schmerzen ihr geliebtes Hobby aufgeben.

frappant®

[illegible]

- 

Offizieller Ausrüster
des Schweiz. Skiverbandes



MTR

PH-01/S

MECOSANA

- Kleines, mobiles Therapiegerät zur risikolosen Schmerzlinderung ohne Nebenwirkung
- Elektrische Nervenstimulation über die Haut
- Bei chronischen und akuten Schmerzen
- Bedienungsfreundlich durch Haftelektroden

MECOSANA

Qualitätsprodukte für die Gesundheit

3. DER LEISTENSCHMERZ BEI DER COXARTHROSE

Die Pathogenese der Coxarthrose ist nicht bis ins letzte aufgeklärt. Oft spielen erhöhte Belastungsverhältnisse wegen einer veränderten Geometrie eine kausale Rolle. Bei der kongenitalen Dysplasie ist nur ein Teil des Kopfes vom Pfannendach überdeckt. Dieser Teil ist erhöhtem Druck ausgesetzt. Bei der Epiphysiolyse (sie entsteht in der späteren Kindheit und ist auf dem Röntgenbild gut sichtbar) rutscht die Kopfkalotte auf der Epiphysenlinie nach medial ab, die Druckverhältnisse ändern sich ebenfalls. Manchmal entstehen Coxarthrosen bei normaler Hüftgeometrie, was zur Annahme endogener Kausalfaktoren zwingt. In seltenen Fällen ist eine Coxarthrose Folge einer Arthritis, einer Femurkopfnekrose oder einer Fraktur mit Gelenkbeteiligung. Es ist nicht gesichert, ob sportliche Überlastungen eine Coxarthrose verursachen können; bei Extremlastungen wie bei 100-km-Läufen ist dies aber wahrscheinlich.

Eine Coxarthrose ist gekennzeichnet durch Abrieb des Gelenkknorpels, durch Phagocytose der Gewebetrümmer in der Synovialmembran, durch das Entstehen subchondraler Cysten und durch Neubildung von Osteophyten am Pfannenrand und am Schenkelhals. Die Diagnose ist eigentlich immer klinisch zu stellen. Schon früh ist die Hüftbeweglichkeit eingeschränkt, vor allem die Flexion und die Innenrotation. Mit der Zeit entwickelt sich ein Streckausfall des Hüftgelenkes und oft eine Aussenrotationsfehlstellung. Lange hat man den Coxarthroseschmerz als Ausdruck einer reaktiven Entzündung in der Synovialmembran und als Folge einer Hyperämie in den subchondralen Knochenbezirken betrachtet. Daneben spielen bei der Schmerzgenese sicher auch fibrositische Prozesse in der Gelenkkapsel eine Rolle. Die Ansicht, der Coxarthroseschmerz sei zur Hauptsache ein muskulärer Schmerz, hat

sich noch nicht allgemein durchgesetzt. Selten lassen sich durch eine intraartikuläre Injektion alle Schmerzen beseitigen. Meistens lässt sich eine nachhaltige Besserung erzielen durch Injektion eines Lokalanästhetikums in Maximalpunkte der hüftnahen Muskulatur. Alle Muskeln können derartige Schmerzpunkte aufweisen. Der Tensor und der laterale Glutaeus medius sind meistens betroffen. Praktisch immer hat der Iliacus aktive Triggerpunkte. Besonders eindrücklich ist es, wenn man einen Patienten bei seinem ersten schweren Coxarthrose-Schmerzschub durch eine kleine Injektion in den proximalen Sartorius innert Sekunden wieder gehfähig machen kann. Auch die Tatsache, dass Leisten- und Oberschenkel Schmerzen nach Implantation einer Totalendoprothese öfters fortbestehen, spricht für eine Schmerzgenese aus der Muskulatur.

Bei der Genese des muskulären Coxarthroseschmerzes spielt eine besondere Konstellation eine Rolle: die chronische Belastung eines Muskels in verkürzter Stellung. Travell und Simons bezeichnen dies als einen der Hauptfaktoren bei der Entstehung einer muskulären Pathologie (6). Das Resultat ist genau gleich wie bei der chronisch gewordenen Zerrung. Nur ist das ganze bei der Coxarthrose ein circulus vitiosus: Ischämiestellen in den Muskeln führen zu Schmerzen, zu Schonhaltung und reflektorischen Verkürzungen. Diese ihrerseits erzeugen neue Hartspannsituationen und neue Ischämieschmerzen. Mit der Zeit ist die ganze Hüftregion verspannt und schmerzhaft geworden, die Beweglichkeit ist durch Kapselfibrose und Osteophyten derart eingeschränkt, dass nur die Implantation eines Kunstgelenkes den Schmerzen Abhilfe schaffen kann. Dies ermöglicht nach Wochen schon eine Dehnung der Muskulatur in allen Richtungen, die muskulären Schmerzen verlieren sich mit der Zeit. Wenn Restschmerzen weiterbestehen, eine Infektion oder eine Lockerung nicht gefunden werden, obliegt die detonisierende Behandlung der Muskulatur dem Physiotherapeuten.

4. DER LEISTENBRUCH

Eine Inguinalhernie kommt bei chronischen Leistenschmerzen oft als Differentialdiagnose in Frage. Die Diagnose ist einfach: Beim stehenden Patienten tastet man sich durch das Scrotum hindurch dem Funiculus spermaticus entlang in den Leistenkanal hinauf. Dann lässt man den Patienten husten. Liegt eine Leistenhernie vor, so wird diese beim Hustenstoss gegen den Finger des Untersuchers gedrückt. Gleichzeitig wird der heftige Schmerz ausgelöst, der den Patienten zum Arzt geführt hat. Die Hernie kann übrigens in der Achse des Leistenkanals vorfallen oder auch von der Seite her durch eine Lücke in der Musku-

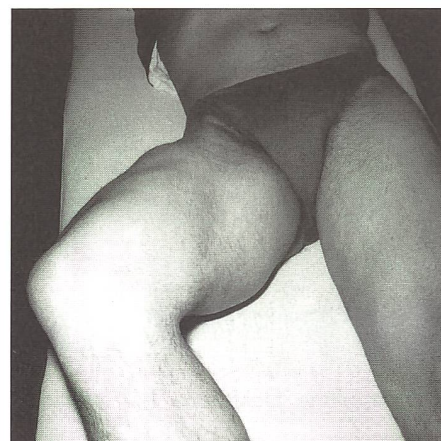


Abb. 1: Wenn das Bein in der Viererteichenstellung von der Unterlage abgehoben wird, springt der M. Sartorius hervor. Er dient im Leistenbereich als Orientierungsmarke.

latur. Bei der Frau ist der Leistenkanal ebenfalls angelegt, auch wenn er keinen Samenstrang enthält. Die Diagnose wird in gleicher Weise gestellt. Die Therapie des Leistenbruchs erfolgt chirurgisch, der Physiotherapeut kann nichts dazu beitragen.

5. DIE ANATOMIE DER LEISTE

Um sich in der Muskulatur der Leiste zurechtzufinden, sind ein paar Hinweise nötig.

Das Leistenband ist gut tastbar, es ist der sehnige Ausläufer des M. obliquus abdominis externus. Sowohl der Externus als auch der Internus spannen sich an, wenn der auf dem Rücken liegende Patient den Oberkörper von der Liegefläche abhebt und gleichzeitig eine Rumpfrota-tion nach links bzw. nach rechts macht. Die Hartspannstränge sind so gut zu tasten. Psoas und Iliacus lassen sich gut in der Tiefe des Abdomens palpieren, wenn der liegende Patient sein gestrecktes Bein handbreit von der Unterlage abhebt. Auch durch das Abdomen hindurch lassen sich ödematische Verquellungen identifizieren. Die Ausgangsstellung für alle weiteren Palpationen ist ein Viererteichen des zu untersuchenden Beines (rechter Fuss neben linkem Knie), den Fuss handbreit von der Unterlage abgehoben. Dadurch kontrahiert sich der M. Sartorius, er springt plastisch hervor und dient jederzeit als Orientierungsmarke (Abb. 1).

Medial des proximalen M. Sartorius (Abb. 2) palpiert man den M. Iliopsoas, der unter dem lateralen Leistenband erscheint, sich verjüngt und am Trochanter minor in der Tiefe inseriert. Der M. Pectineus hat einen palpablen Unterrand, der in Viererteichenstellung vom Trochanter minor aus rechtwinklig zur Körperachse nach medial verläuft, unter dem Leistenband verschwindet

“ Auch wenn Rezidive vorprogrammiert sind, weil nur ein Symptom und nicht die Ursache behandelt wird, wird die physiotherapeutische Therapie sehr geschätzt, da sie den Zeitpunkt einer Prothesen-Implantation um Jahre hinausschieben kann. ”

TENS

Rasch schmerzfrei ohne Nebenwirkungen

Transkutane Elektrische Nervenstimulatoren (TENS) eignen sich zur Behandlung akuter und chronischer Schmerzen wie: Rücken-, Gelenk- und Spannungskopfschmerzen, Phantomschmerzen,



Ischias, Neuralgie, Migräne, Schmerzen bei rheumatischer Arthritis, sowie bei Verstauchungen und Muskelzerrungen.



Die Behandlung ist symptomatisch, die Schmerzempfindung wird unterdrückt. Tens-Geräte sind einfach zu bedienen und können, nach entsprechender Instruktion, vom Patienten auch zuhause eingesetzt werden.

Verlangen Sie weitere Informationen, Preise und die interessanten Mietbedingungen mit dem untenstehenden Coupon oder direkt bei Parsenn-Produkte AG, Abt. medizinische Geräte, Tel. 081/300 33 33.

Informations-Coupon

Transkutane Elektrische Nervenstimulatoren – **TENS** – interessieren uns.

- ☐ Senden Sie uns die Dokumentation
- ☐ Rufen Sie uns an Tel.: _____
- ☐ Wir wünschen eine Vorführung

Zuständig: _____



Parsenn-Produkte AG, 7240 Küblis
Telefon 081/300 33 33, Telefax 081/300 33 39

Zu verkaufen Schaumstoffe nach Mass:

- z.B. Sitzkeile, Nackenrollen etc.
- jede gewünschte Grösse

T. Hofstetter, Schaumstoffe + Felle
Bergstrasse 2, 8962 Bergdietikon
Tel. 01-741 47 19

PH-12/95

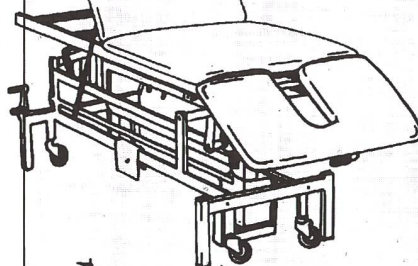
999.-

Administrations-Software für Physiotherapien

DNR Inter-Consulting, Hergiswil/NW
Donat N. Reinhard 041 953 557

BRAUCHEN SIE EINE BEHANDLUNGSLIEGE? KOMMEN SIE ZU PARAMEDI!

- elektrisch verstellbar von 45 bis 95 cm
- 3teilige Liegefläche 190 x 70 cm



- mit Gasfeder verstellbarer Kopf- und Mittelteil
- Drainage-Stellung
- inkl. Fahrgestell
- schöner, hellgrauer Kunstlederüberzug

Fr. 2990.-
inkl. MWST

Verlangen Sie unseren
ausführlichen Prospekt!



Saum 13
9100 Herisau
Tel. 071 - 352 17 20
Fax: 071 - 352 17 20

PHYSIOTHERAPIE
BEHANDLUNGSLIEGEN
MASSAGEPRODUKTE
GYMNASTIK

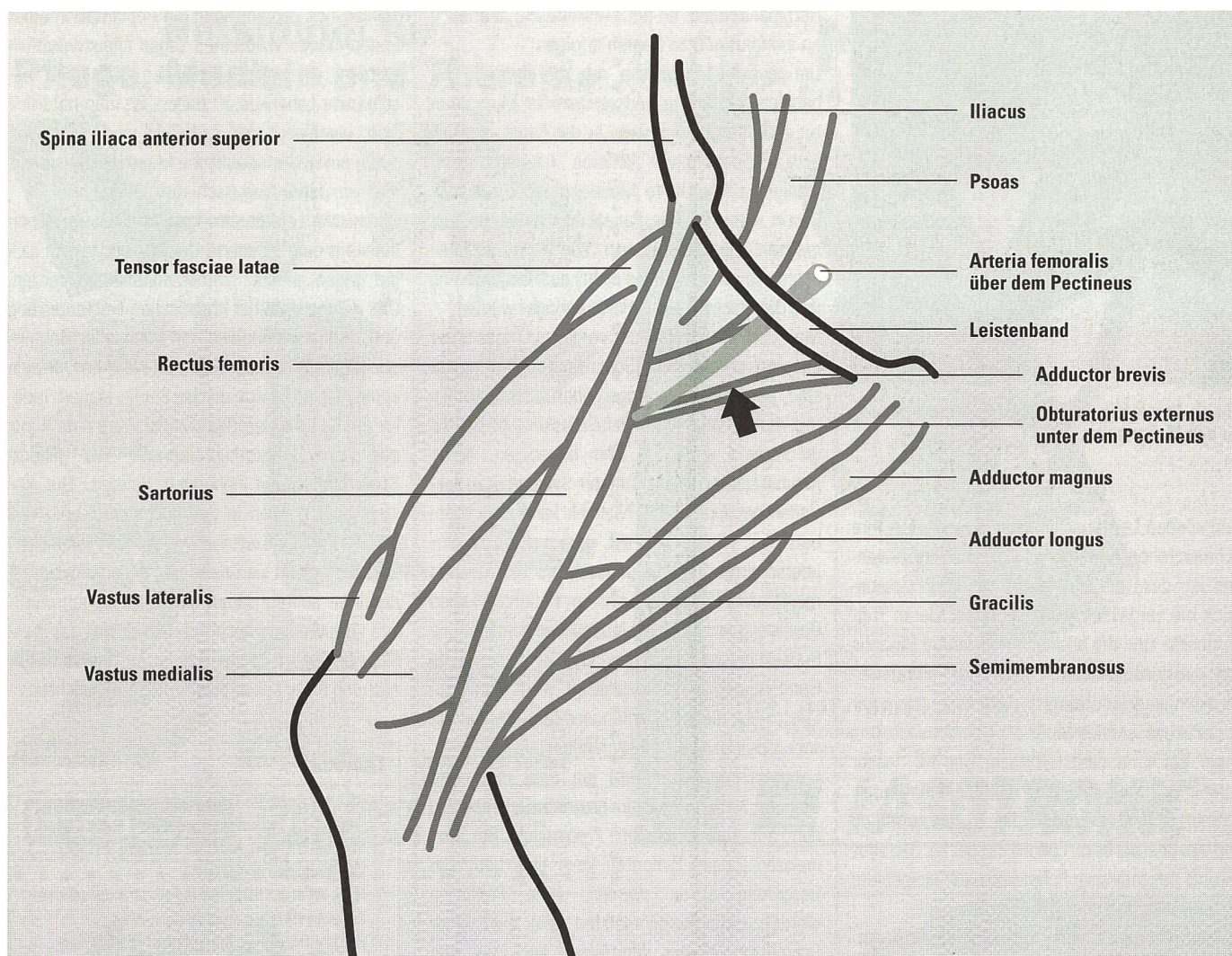


Abb. 2: Übersicht über die Muskulatur im Leistenbereich (siehe auch Text).

und am oberen Schambeinast inseriert. Quer über den M. Pectineus zieht die A. femoralis nach distal. Unter dem M. Pectineus verborgen verläuft der M. Obturatorius externus vom Foramen obturatorium aus nach lateral, hinter dem Hüftgelenk durch, er inseriert auf der Innenseite des Trochanter major. In der Tiefe einer Delle im proximalen Adduktorenbereich kann man ein Stück des M. Adduktor brevis palpieren, er entspringt dem medialen Schambeinbereich, zieht nach lateral/distal, verschwindet unter dem Vastus medialis und inseriert am Femurschaft. Der M. Adduktor longus zieht von parasymphysal noch tiefer an den Femur, proximal ist er ein dicker Wulst, der sich nach cranial verjüngt. Der M. Gracilis verläuft im Proximalbereich auf der Kante und medial des Adduktor longus. Er ist erst im mittleren Oberschenkelgebiet als dünner Wulst zu tasten und zieht von hier zu seinem Ursprung am hinteren Schambeinast und seinem Ansatz am Tuberculum adductorium am medialen Condylus femoris.

Geht man wieder zum vorspringenden M. Sartorius zurück, so kann man lateral davon den dicken M. Tensor fasciae latae tasten. Sein medialer Rand ist deutlich palpabel, sein Übergang zum Tractus iliotibialis und zum benachbarten M. Glutaeus medius ist fließend. Zwischen dem proximalen Sartorius und dem Tensor taucht aus der Tiefe eine Sehne auf, geht über in einen kräftigen Muskel, der seinerseits sehnig in die Patella einstrahlt: der M. Rectus femoris. Medial und lateral davon sind die Bäuche des M. Vastus medialis und des M. Vastus lateralis jedermann bekannt. Die zwei Muskeln sind aber auch am proximalen Oberschenkel tastbar und haben gerade dort manchmal ihre druckdolenten Problemzonen.

6. DIE DIAGNOSTIK BEI EINEM MUSKULÄR BEDINGTEN LEISTENSCHMERZ

Anders als in anderen Körperregionen lässt sich in der Leiste der geschädigte Muskel nicht durch

Dehnungstests einwandfrei identifizieren. Die Verlaufsrichtungen der meisten Muskeln sind hier zu ähnlich. Einige Dehnungstests sind aber doch hilfreich. Die Hüftbeuger können durch Extension/Innenrotation eines Hüftgelenkes schmerzhaft werden (der Test wird im Stehen ausgeführt), der M. Iliacus wird dabei durch eine Seitneigung zur Untersuchungsseite hin maximal gedehnt, der M. Psoas durch eine Seitneigung zur Gegenseite. Der M. Glutaeus medius lässt sich in Rückenlage durch Flexion/Adduktion/Außenrotation eines Hüftgelenkes dehnen. Den M. Tensor dehnt man am besten in Bauchlage durch Hüft-Extension/Adduktion/Außenrotation. Die Dehnung des M. Sartorius ist auf der Abb. 3 ersichtlich. Den M. Rectus femoris dehnt man bekanntlich durch maximale Flexion des Kniegelenkes und maximale Extension des Hüftgelenkes, also über zwei Gelenke hinweg. Aus der Lage der Schmerzen lassen sich nie Rückschlüsse auf die als Ursache wirkende Muskelstelle ziehen. Alle bisher erwähnten Mus-

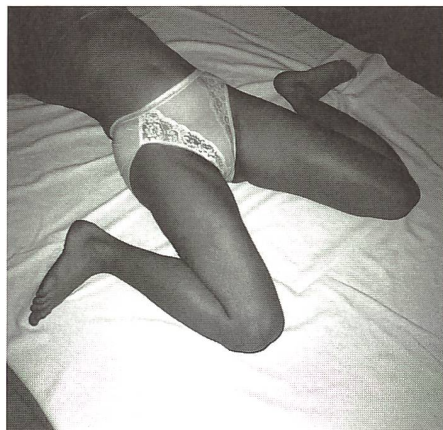


Abb. 3: Vorsichtig ausgeführte Stretching-Übung für den M. Sartorius.

keln können Leistenschmerzen verursachen, ihre Schmerzzonen überlagern sich jedoch. Zu erwähnen ist, dass die Hüftbeuger im Abdominalbereich nie vergessen werden dürfen. Deren Triggerpunkte sind die häufigste muskuläre Ursache von Leistenschmerzen. Viele der erwähnten Muskeln sind für projizierte Schmerzen nicht nur in der Leiste, sondern auch am Oberschenkel und sogar am Knie verantwortlich. Der M. Tensor kann in der lateralen Leiste weh tun, sein Hauptschmerzgebiet ist jedoch die Trochanterregion und das laterale Bein. Ebenso hat der M. Gluteus medius ausgedehnte Schmerzprojektionsgebiete am lateralen und dorsalen Oberschenkel.

Im Leistenbereich muss die Diagnostik hauptsächlich durch Palpation erfolgen. Wie oben erwähnt, suche man die Hartspannstränge, die ödematösen Zonen, bei chronischen Problemen die Myogelosen und man lasse sich von der Reaktion und der Auskunft des Patienten auf die Stelle leiten, die am meisten schmerzt. Diese Stelle muss behandelt werden.

7. MANUELLE TRIGGERPUNKTTHERAPIE

Im Grunde gibt es in der Manuellen Triggerpunkttherapie zwei Therapieprinzipien. Das erste besteht darin, dass wir unseren Fingerdruck auf die Muskelstelle der maximalen Ischämie und des maximalen Schmerzes wirken und den Patienten repetierend kleine Bewegungen mit dem betreffenden Muskel machen lassen. Dies führt zur sofortigen Detonisierung des Hartspannstranges. Die Physiologie dieses Vorganges ist noch nicht bekannt. Das zweite Therapieprinzip besteht darin, dass wir reaktiv entstandenes Bindegewebe mit sehr langsamen Handgriffen auseinanderdehnen. Wir schaffen so Platz für eine erhöhte Durchblutung und für die Dehnung bis dahin kontrakter Muskulatur. Diese Bindegewebsdehnungen können an der Myogelose, am

Hartspannstrang, an der Muskelfascie oder auch an intermuskulären Septen erfolgen.

Die physiotherapeutische, d.h. die manuelle Behandlung erkrankter und verspannter Muskulatur tut allen bekanntlich weh. In der Regel sage ich dem Patienten, wir könnten natürlich auch weniger schmerzhaft Muskelpartien behandeln. Davon will aber kein Patient etwas wissen. Die meisten sagen dann auch, die therapeutischen Schmerzen würden ihnen nichts ausmachen, wenn ihre Dauerschmerzen dadurch geringer würden.

Man darf allerdings nicht vergessen, dass unter unseren chronischen Schmerzpatienten einige sind, deren Verspannungen überdurchschnittlich und deren Weichteile flächendeckend ödematös durchtränkt sind. Es sind diejenigen, deren Schmerzzustände mit starken Sympathikusreaktionen gekoppelt sind. Manche kann man kaum berühren. Hier ist oft ein «point of no return» überschritten, und wir müssen als Therapeuten resignieren. Bei einigen unserer Patienten haben Berührung und Schmerz lebensgeschichtlich eine Bedeutung angenommen, die eine sachliche Handhabung solcher Vorgänge nicht mehr zulässt. Auch diese Patienten sind (aus psychologischen Gründen) nicht behandelbar.

Leistenschmerzen, sofern sie eine muskuläre Ursache haben, gehören grundsätzlich aber zu den gut behandelbaren Problemen. Bei den meisten jungen Patienten kann eine deutliche Besserung erzielt werden, viele Patienten werden definitiv schmerzfrei und sind ohne Schmerzen wieder sportfähig. Auch bei den Coxarthrosepatienten ist meistens eine deutliche Milderung der Schmerzen schon nach wenigen Behandlungen erreicht. Da man aber ein Symptom behandelt und nicht die Ursache, sind Rezidive vorprogrammiert. Man wird den Kampf

schliesslich verlieren und die Implantation einer Endoprothese wird eines Tages unausweichlich werden. Da solche Prothesen aber eine beschränkte Lebensdauer haben, ist man natürlich froh, wenn sich der Zeitpunkt einer Operation durch physiotherapeutische Massnahmen ein bis mehrere Jahre hinausschieben lässt.

Chronische Leistenzerrungen sind häufig, haben meistens eine definierte Ursache und lassen sich gut gegen andere Schmerzzustände abgrenzen. Das Schmerzbild der chronischen Leistenzerrung und deren Behandlung mit manueller Triggerpunkttherapie würde sich ausgezeichnet für eine kontrollierte therapeutische Studie eignen. Idealer Ort für eine derartige Studie wäre eine Klinik oder eine Physiotherapiepraxis, wo gehäuft Sportverletzungen behandelt werden. Die Kostenträger werden in den nächsten Jahren vermehrt Wirksamkeitsnachweise für Tätigkeiten fordern, welche sie finanzieren sollen. Physiotherapeuten sollten darum vermehrt wissenschaftlich tätig werden, auch auf dem Gebiet des muskulär bedingten Leistenschmerzes. Meine Unterstützung hierzu sei an dieser Stelle zugesichert.

Literatur:

- 1) DEJUNG B. (1988): Triggerpunkt- und Bindegewebsbehandlung. Physiotherapeut 1988; 6: 3–12.
- 2) DEJUNG B. (1991): Muskulär bedingter Schmerz, Der informierte Arzt 12/1991.
- 3) FEIGL W. et al. (1995): Vortrag am 11. Internationalen Kongress für Manuelle Medizin in Wien.
- 4) HUBBARD D.R. (1993): Myofascial Trigger Points show spontaneous needle EMG Activity. Spine, 13: 1803–1807.
- 5) KELLGREN J.H. (1938): Observations of referred pain arising from muscle. Clin Sci 3: 175–190.
- 6) TRAVELL J., SIMONS D. (1983): Myofascial pain and dysfunction. Williams and Wilkins, London.

Korrigendum zum Artikel «Erfahrungsberichte: Wichtige Führungsinstrumente» «PHYSIOTHERAPIE» 8/96, S. 35

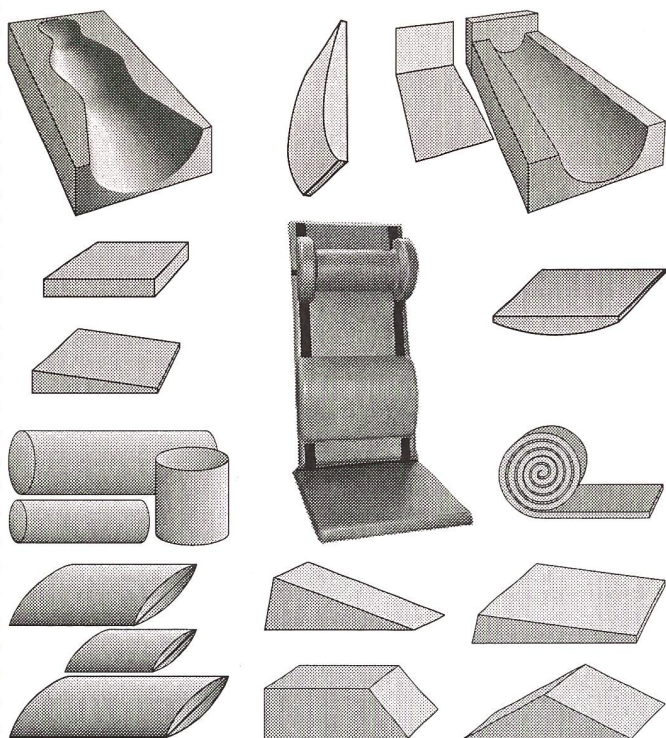
Unglücklicherweise hat sich im Beitrag von Frau Annick Kundert (1. Abschnitt) ein sinnverändernder Fehler eingeschlichen, den wir nachfolgend richtigstellen und für den wir uns in aller Form entschuldigen möchten.

ANNICK KUNDERT

(Freipraktizierende Physiotherapeutin und Lehrerin an der Physiotherapieschule Kantonsspital Basel und an der Schule für Physiotherapie am Bethesda-Spital)

Die Aussage von Frau Kundert lautet, korrekt wiedergegeben: «Die «Fachkompetenz», das «Spezialistentum» kann ohne weiteres bei den MitarbeiterInnen höher sein als bei den Vorgesetzten.»

Hilfsmittel für: Pflege, Medizin und Therapie



**SCHAUMSTOFFE
MOUSSES-FOAMS**

CH-3510 Konolfingen
Fax 031 791 00 77
Telefon 031 791 23 23



MED-2000

Ein Laser für schwierige Fälle:



1. Analgesie
2. Regeneration
3. Immuno-Stimulation
4. Entzündungshemmung

Tel.: 041-768.00.33, Fax.: 041-768.00.30
Pour la Romandie Tel: 021-732.12.57, Fax: 021-731.10.81
LASOTRONIC AG, Blegistr. 13, CH - 6340 Baar - Switzerland

LASOTRONIC®

AIREX®

Gymnastikmatten

Neuheit!
AIREX Hydro-buoy
und Hydro-noodle
Verlangen Sie Unterlagen!

Sanitized®

Die sichere Basis für professionelle Physiotherapie

- ◆ hautfreundlich und körperwarm
- ◆ auch im Wasser einsetzbar
- ◆ hygienisch, leicht, handlich
- ◆ einfach zu reinigen und problemlos einrollbar

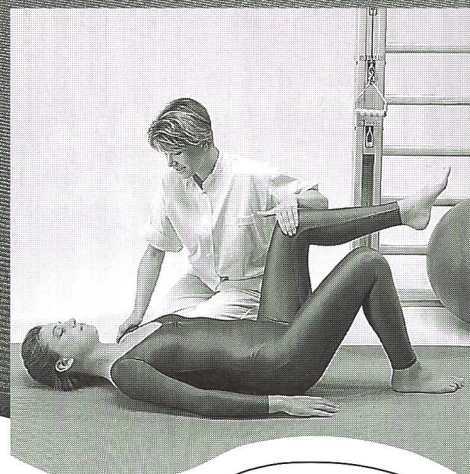
Verkauf via Fachhandel. Bezugsquellen bei:

Eugen Schmid Handels AG
Steingasse 65
5610 Wohlen
Telefon 056 621 00 25
Telefax 056 621 85 19

**Professional
Gym-mats**



Ein Unternehmen der A•L Alusuisse-Lonza Gruppe



COUPON

Ich will/Wir wollen mehr über AIREX
Gymnastikmatten für professionelle Physiotherapie wissen

Physio