

Ett vanligt symtom hos idrottare och motionärer

Ljumsksmärter kräver noggrann diagnostik för rätt behandling

Ljumsksmärter är vanliga hos idrottare. I sin akuta form är smärtorna oftast relaterade till överbelastning och behandlas konservativt. Vid kroniska ljumsksmärter är symtombilden ofta mera komplex. Framgångsrik behandling förutsätter en korrekt diagnos, och det finns många tänkbara differentialdiagnoser. Positiva resultat har redovisats för kirurgi vid kroniska besvär. De vanligaste ingreppen är adduktortentotomi, bukväggsplastik och neurotomi av nervus ilioinguinalis och/eller nervus iliohypogastricus.

Ljumsksmärter är ett vanligt symptom hos både elitidrottare och motionärer. Besvären är ofta okarakteristiska och diffusa med en tendens till kronicitet. För en framgångsrik behandling krävs en korrekt diagnos, vilket understryks av att det finns många möjliga differentialdiagnoser [1-4]. Syftet med denna artikel är att ge en kortfattad sammanfattning i ämnet.

Definition och incidens

Begreppet ljumsksmärter är ett sammanfattande namn på en rad olika tillstånd som alla har det gemensamt att de orsakar smärtor i ljumskregionen. Det finns således ingen enhetlig patologisk diagnos. Ljumsksmärter förekommer inom många idrotter men framför allt i lagidrotter såsom fotboll, ishockey, bandy och innebandy.

Incidensen ljumskbesvär hos fotbollsspelare – definierat som frånvaro från träning eller match på grund av smärtor i ljumskregionen – har uppskattats till 0,8/1 000 timmars exponering. Svenska studier har funnit att ljumskskadorna utgör mellan 5 och 13 procent

Författare

JAN EKSTRAND

docent, Idrottskliniken, Linköping Medical Center, Linköping.

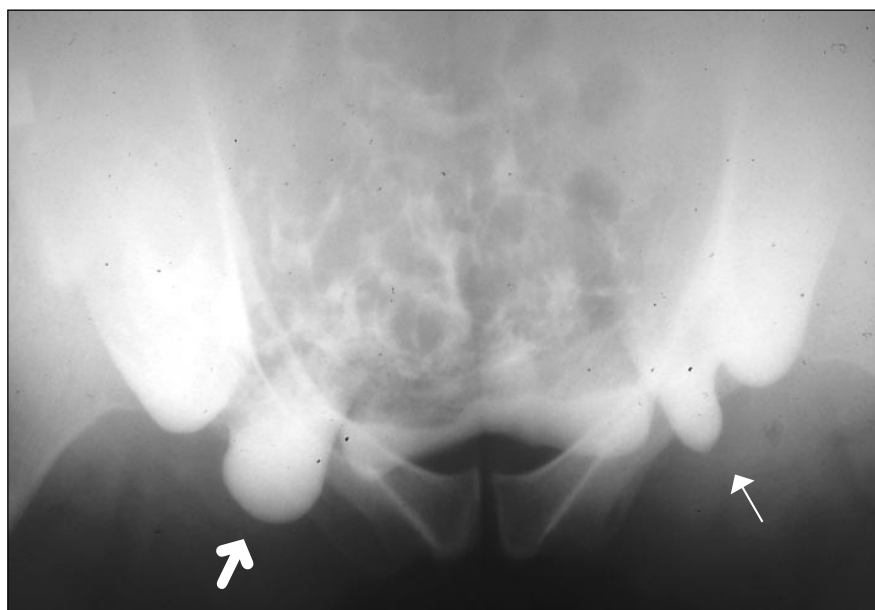


FOTO: SAM SMEDBERG, KIRURGIKLINIKEN, HELSINGBORG

av alla fotbollsskador hos män, och 4 procent hos kvinnor [2, 5-7].

Symtom och diagnos

Smärta är huvudsymtomet vid såväl akuta som kroniska ljumskbesvär. Svårigheten vid diagnostiseringen består i att identifiera vilken eller vilka strukturer som primärt är engagerade och vilken patologi som orsakar smärtan.

Ljumsksmärter blir ofta kroniska. En orsak är att den kliniska bilden ofta ändras under förloppet. Till en början är smärtan begränsad till sin utbredning men kan sedan ändra karaktär och lokalisation därför att idrottaren snedbelastar andra delar av bäckenet för att försöka kompensera för den ursprungliga smärtan [4, 8].

Differentialdiagnoser

Sen-muskelskador i adduktormuskulaturen har rapporterats som vanligaste klinisk diagnos [1, 3, 9].

Andra vanliga differentialdiagnoser är nerventrapment, ljumskbräck eller bukväggssvaghets, höftledsartros, stressfrakturer i collum femoris och bäcken, urogenitala åkommor och överförd smärta från ryggen [1, 3, 10-12].

Ekberg och medarbetare [10] utförde kliniska och radiologiska undersökningar på idrottare som hade kroniska

27-årig fotbollsspelare med högersidiga ansträngningsrelaterade ljumsksmärter. Herniografi visar: → = medialt bräck, höger sida, ← = begynnande medialt bräck, vänster sida.

ljumsksmärter. Resultaten visade en komplex patogenes med flera olika differentialdiagnoser. Författarna föreslår ett multidisciplinärt förhållningsätt till idrottare med ljumskbesvär.

I en annan studie användes kliniska och objektiva undersökningsmetoder för att bedöma den procentuella fördelningen av olika differentialdiagnoser vid akuta ljumskskador hos fotbollsspelare [7]. I Tabell I redovisas de kriterier som användes för klinisk respektive objektiv diagnos.

Den vanligaste kliniska diagnosen var adduktortendinit (56 procent) medan klinisk misstanke på hernia eller bukväggssvaghets endast förelåg i 8 procent. Med ultraljudsundersökning eller magnetresonanstomografi, MRT, kunde muskelruptur eller tendinit endast påvisas hos 8 procent av fallen, medan 60 procent av patienterna hade patologiska herniografifynd med antingen hernia eller bukväggssvaghets.

Bukväggssvaghets utan manifest bräck är vanligt förekommande hos fotbollsspelare [13-16]. Herniografi är en tillförlitlig metod och ett värdefullt diagnostiskt hjälpmedel för att påvisa

ANNONS

Tabell 1. Kriterier för klinisk respektive objektiv diagnos av ljumsksmärtor.

Diagnos	Klinisk undersökning/symtom	Objektiva fynd
Muskelruptur/tendinit	Lokal palpationsömhet + smärta vid kontraktion mot motstånd	Patologi vid undersökning med ultraljud med MRT magnetresonanstomografi
Entrapment av nervi ilioinguinalis eller iliohypogastricus	Palpationsömhet över ilioinguinalis- eller iliohypogastricusnerverna	Smärtfrihet efter nervblockad med lokalanestesi
Hernia/incipient hernia eller bukväggssvaghet	Palperbara bräck eller hoststöt + smärta vid palpation av annulus externus	Patologi vid herniografi
Symfysit	Palpationsömhet över symfylen samt smärta vid aktiv adduktion	Usurer, skleros, cystor, eller pålagringar vid slätröntgen av symfylen
Stressfraktur	Distinkt lokal palpationsömhet	Patologi vid skintigrafi
Koxartros	Inskränkt höftledsrotation	Koxartros vid slätröntgen

ljumskbräck eller bukväggssvaghet [10, 13-15, 17].

I en studie av idrottare med kroniska ljumsksmärtor fann Smedberg och medarbetare [15] patologiska herniografifynd på den symtomgivande sidan hos mer än 80 procent. Bara 8 procent hade kliniskt palperbara bräck.

Det har spekulerats om huruvida ljumsksmärtor hos fotbollsspelare skulle kunna orsakas av uttänjning av peritoneum och/eller töjning av nervus ilioinguinalis [14].

Utredning och behandling

Den primära utredningen av en idrottare med ljumsksmärtor kan med fördel ske inom primärvården. Vid akuta ljumskbesvär underlättas diagnosen av att sekundära symtom oftast ännu inte hunnit utvecklas. Diagnosen bör baseras på anamnes och status. Vid anamnestagandet bör särskild vikt läggas vid analys av belastning respektive belastningsförändringar vid idrottsutövandet.

Behandlingen är konservativ med betoning på rådgivning, smärtfria aktiviteter och eventuellt antiflogistikabehandling. Funktionsanalys och behandling hos sjukgymnast är ofta värdefullt.

Om besvären kvarstår bör anamnes, status och analys av effekt av tidigare insatt behandling kompletteras med ytterligare utredning. En slätröntgenundersökning av bäcken + höftleder + sym-

fysfog med frågeställning symfys, sakroilit, avulsionsfraktur, koxartros eller annan patologi kan vara indicerad. Vid misstanke om ryggtulöst ljumsksmärta föreslås röntgen av ländrygg med frågeställning spondylolys/spondylolistes eller andra skelettförändringar.

Herniografi föreslås vid misstanke om bräck eller bukväggssvaghet. Nervblockad kan prövas vid misstanke om entrapment av ilioinguinalis- eller iliohypogastricusnerverna. Behandlingen är fortsatt konservativ och inriktas mot de sammanvägda fynden av anamnes, status och resultat vid objektiva undersökningar.

Patienter med kroniska besvär (symtomduration mer än 3 månader) är svårbedömda. Det finns i allmänhet ingen anledning att fortsätta med antiflogistikabehandling. Den utlösande orsaken måste identifieras och elimineras för att man ska kunna få en positiv behandlingseffekt. Remiss till kirurg/ortoped/idrottsmedicinare för »second opinion» kan vara befogad.

Kirurgi kan övervägas i detta skede. Martens och medarbetare [8] fann att bara en tredjedel av patienter med mer än tre månaders ljumsksmärtor blev förbättrade av konservativ behandling.

I en prospektiv randomiserad studie av fotbollsspelare med kroniska ljumsksmärtor och patologisk herniografi jämfördes kirurgisk och konservativ behandling [18]. En kontrollgrupp hade

oförändrade besvär under uppföljningstiden om 6 månader.

Två grupper som behandlades konservativt med egen träning respektive sjukgymnastik kombinerat med antiflogistika skilde sig ej från kontrollgruppen, dvs besvären var kvarstående.

En grupp som behandlades med kirurgi i form av bukväggssplastik kombinerad med neurotomi av nervus ilioinguinalis förbättrades signifikant jämfört med både kontrollgruppen och grupperna som erhöll konservativ behandling.

Val av kirurgisk metod

Positiva resultat har redovisats av operation vid kroniska ljumskbesvär, både med adduktortentotomi [8, 9, 11, 12, 16, 18-19], neurotomi av buknerver [20] och kombinationer av dessa ingrepp. Vilket kirurgiskt ingrepp som bör användas är avhängigt av resultatet av den utredning som pekats ut eller de faktorer som varit utlösande.

Adduktortentotomi är indicerad vid kroniska ljumsksmärtor där andra tänkbara orsaker uteslutits, där konservativ behandling varit utan effekt och där patientens huvudsymtom är smärta lokaliserad till det proximala adduktor longus-fästet [9]. Smärtan bör öka vid kontraktion av adduktormuskeln mot motstånd. Indikationen för detta ingrepp stärks om undersökning med ultraljud eller MRT visat patologi vid adduktorfästet.

Bukväggssplastik är indicerad vid kliniskt manifesterade ljumskbräck eller vid herniografiverifierad bukväggssvaghet där patientens symtom och kliniska undersökningsfynd är relaterade till röntgenfynden. Målsättningen med operationen är att stabilisera den sviktande bakväggen i inguinalkanalen [16].

Neurotomi (nervavskäring) är indicerad om patienten har palpationsömhet över nervus ilioinguinalis och/eller nervus iliohypogastricus och om smärtfrihet har erhållits efter nervblockad av dessa nerver med lokalanestesi samt att andra tänkbara orsaker uteslutits. Långtidsuppföljning av patienter som

Huvudbudskap

Kirurgi vid kroniska ljumsksmärtor hos idrottare är indicerad vid symtomduration \geq 3 månader och om konservativ behandling varit utan effekt.

Adduktortentotomi:

- Palpationsömhet över adduktorfäste.
- Smärta vid kontraktion av adduktorer mot motstånd.
- Patologiska fynd vid undersökning med ultraljud eller magnetresonanstomografi.

Bukväggssplastik:

- Palpationsömhet över annulus externus.
- Bräck eller bukväggssvaghet vid herniografi.
- Symtom och undersökningsfynd relaterade till röntgenundersökning.

Neurotomi av nervus iliohypogastricus och/eller nervus ilioinguinalis:

- Palpationsömhet över buknerver.
- Positiv nervblockad.

”Tennisarmbåge” orsakas oftast av annat än tennis

Ju tidigare behandling desto bättre; spontanläker oftast inom 8–13 månader

»Tennisarmbåge» är en gäckande åkomma som drabbar 1–2 procent av den vuxna befolkningen. Trots 125 års kännedom om syndromet finns ingen generell enighet ifråga om etiologi, patofysiologi och terapi. Behandling med kortisoninjektion, stretching, bandage eller kirurgi har bäst förutsättningar att lyckas om den sätts in så snabbt som möjligt.

Författare

SVEN-ANDERS SÖLVEBORN

överläkare i ortopedi, Lasarettet i Ystad, föregående ordförande i Svensk idrottsmedicinsk förening; generalsekreterare i North West European Chapter of FIMS (världsfederationen i idrottsmedicin).

»Tennisarmbåge» är ett välbekant tillstånd som berör många kategorier läkare (och andra vårdgivare). Det är en av de allra vanligaste åkommorna i muskuloskeletala systemet, och genom att både incidens och prevalens är ungefär desamma, 1–2 procent av vuxenbefolkningen [1], förstår man att problematiken är både envis och utbredd.

Termen tennisarmbåge är dock något tvivelaktig med hänsyn till att andelen tennisutlösta fall är liten i de kliniska materialen. I litteraturen anges de oftast till kring 5 procent [2], och i mina egna forskningsstudier på över 500 patienter är de till och med bara högst 2 procent. Å andra sidan drabbar tillståndet förr eller senare hälften av alla tennisspelare (över 30 år). Även den gängse beteckningen »lateral epikondylit» är oftast helt missvisande, eftersom det inte rör sig om någon inflammation (utom under den allra första fasen på någon till några veckor). Den lämpligare termen borde vara radial

epikondylalgi eller möjligen radial epikondylopati.

I flera artiklar som beskriver opererade patientgrupper har man inte i något enda fall fått svaret »inflammation» på PAD från biopsitagningen [3, 4]! Att därför av termen »epikondylit» ledas att sträcka handen efter receptblocket för att förskriva antiinflammatoriska medel är, i alla fall för de långdragna fallen, både meningslöst och onödigt riskabelt. Histologin har istället visat s k angiofibroblastisk hyperplasi, mukoid och hyalin degeneration.

Detta förbryllande syndrom betecknades av Cyriax år 1936 som relativt unikt och utan riktig motsvarighet i övriga kroppen. Det beskrevs i litteraturen första gången år 1873 av Runge (Berlin) och då som »Schreiberskrampf» (skrivkramp) [5]. Som ett kuriosum kan nämnas att just år 1873 spelades världens första tennismatch i England. Morris myntade i Lancet år 1882 benämningen »lawn tennis arm», medan Bahr först år

genomgått neurotomi av dessa buknerver på ovanstående indikationer har visat goda kliniska resultat och få restsymtom [20, 21].

Referenser

1. Karlsson J, Swärd L, Kälebo P, Thomee R. Chronic groin injuries in athletes. *Sports Med* 1994; 17: 141-8.
2. Renström P, Peterson L. Groin injuries in athletes. *Br J Sports Med* 1980; 14: 30-6.
3. Renström PAHF. Tendon and muscle Injuries in the groin area. *Clin Sports Med* 1992; 11: 815-31.
4. Roos HP, Renström PAFH. Pain about the hip and pelvis. Manuscript 1997.
5. Brynhildsen J, Ekstrand J, Jeppsson A, Tropp H. Previous injuries and persisting symptoms in female soccer players. *Int J Sports Med* 1990; 11: 489-92.
6. Ekstrand J, Gillquist J. The frequency of muscle tightness and injuries in soccer players. *Am J Sports Med* 1982; 10: 75-8.
7. Ekstrand J, Hilding J. The incidence and differential diagnosis of acute groin injuries in male soccer players. Manuscript 1997.
8. Martens M, Hansen L, Mulier JC. Adductor tendinitis and musculus rectus abdominis tendopathy. *Am J Sports Med* 1987; 15: 353-6.
9. Åkermark C, Johansson C. Tenotomy of the adductor longus tendon in the treatment of chronic groin pain in athletes. *Am J Sports Med* 1992; 20: 640-3.
10. Ekberg O, Persson NH, Abrahamsson PA, Westlin NE, Lilja B. Longstanding groin pain in athletes, a multidisciplinary approach. *Sports Med* 1988; 6: 56-61.
11. Hackney RG. The sports hernia: a cause of chronic groin pain. *Br J Sports Med* 1993; 27: 58-62.
12. Taylor DC, Meyers WC, Moylan JA, Lohnes J, Bassett FH, Garrett WE. Abdominal musculature abnormalities as a cause of groin pain in athletes. Inguinal hernias and pubalgia. *Am J Sports Med* 1991; 19: 239-42.
13. Gullmo Å, Broomé A, Smedberg S. Herniography. *Surg Clin North Am* 1984; 64: 229-44.
14. Gullmo Å. Herniography. *World J Surg* 1989; 13: 560-8.
15. Smedberg S, Broomé AE, Gullmo Å, Roos H. Herniography in athletes with groin pain. *Am J Surg* 1985; 149: 378-82.
16. Smedberg S. Herniography and hernial surgery [thesis]. Lund, Sweden: Lund University, 1986.
17. Smedberg S, Broome A, Elmér O, Gullmo Å. Herniography in the diagnosis of obscure groin pain. *Acta Chirurgica Scandinavica* 1985; 151: 663-7.
18. Ekstrand J, Ringborg S, Kolehmainen K. Behandling av kroniska ljumskmärtor – en prospektiv randomiserad studie på fotbollsspelare. Svenska Läkaresällskapets Riksstämman, Stockholm. Svenska Läkaresällskapets handlingar Hygiea 1996; 105.
19. Malycha P, Lovell G. Inguinal surgery in athletes with chronic groin pain: the »Sportsman's» hernia. *Aust N Z J Surg* 1992; 62: 123-5.
20. Gerjy R, Boivie J, Ekstrand J. Uppföljning efter neurotomi av ljumsknerver. Svenska Läkaresällskapets Riksstämman, Stockholm. Svenska Läkaresällskapets handlingar Hygiea 1997; 106.

Summary

Correct treatment of groin pain requires meticulous diagnosis

Jan Ekstrand

Läkartidningen 1999; 96: 480-3

Groin pain is common among athletes. In its acute form the pain is usually overuse-related and is treated conservatively, whereas in chronic groin pain the clinical picture is often more complex. Successful treatment is dependent on correct diagnosis, as there are multiple differential diagnosis. Surgery has been associated with good results in chronic cases, the most common interventions being adductor tenotomy, abdominal wall repair, and neurotomy of the ilioinguinal and/or iliohypogastric nerve. Which surgical approach should be adopted is dependent on the results of investigation to identify the causative factor.

Correspondence: Dr Jan Ekstrand, Dept of Sports Medicine, Linköping Medical Centre, Klostergatan 68, SE-582 23 Linköping, Sweden.