Ellenbogenluxation

VON M. GEßLEIN, M. WAGNER, H.-W. STEDTFELD

Ein 27-jähriger Mann fällt während eines Stadtfestes alkoholisiert von der Bierbank. Er stürzt auf den ausgestreckten rechten Arm. Danach kann der rechte Ellenbogen nicht mehr bewegt werden und schwillt stark an. Bei der Vorstellung in der Notaufnahme hält der Patient den Ellenbogen in Flexionsstellung, um die Schmerzen zu lindern.

Foto: M. Geßlein

— Betrachtet man die Luxationen großer Gelenke, ist das Ellenbogen- nach dem Schultergelenk am häufigsten betroffen. Die Stabilität wird in diesem Gelenk durch statische (Kapsel-Band-Apparat und knöcherne Gelenkflächen) sowie dynamische Strukturen (Muskulatur) erreicht.

Beim Sturz auf den ausgestreckten Arm führt die von ventral nach dorsal einwirkende Kraft am Unterarm meist zu einer dorso-radialen Luxation (s. Abb.).

Seltener ist die ventrale Luxation. Sie wird beim Sturz auf den gebeugten Arm ausgelöst. Neben Zerreißen der ventralen Gelenkkapsel und der Seitenbänder finden sich in 50–60% der Fälle auch knöcherne Begleitverletzungen.

Diagnostik

- Durch die fixierte Fehlstellung von Radius und Ulna und die begleitenden Weichteilverletzungen kommt es zu einer äußerst schmerzhaften Bewegungseinschränkung mit Streckhemmung und Schwellung.
- Aufgrund der anatomischen Nähe von N. ulnaris, N. medianus und N. radialis zum Ellenbogengelenk ist eine genaue Dokumentation von Motorik und Sensibilität unerlässlich.
- Eine Röntgenaufnahme des Ellenbogens in zwei Ebenen sollte vor der Reposition erfolgen, um die Luxationsrichtung zu klären.
- Das gesamte Ausmaß der knöchernen Begleitverletzungen wird oft erst in einer Röntgenkontrolle nach der Reposition deutlich.
- In einigen Fällen verbleibt nach der Reposition aufgrund ausgeprägter Bandverletzungen oder Frakturen des Processus coronoideus eine Instabilität im Gelenk.
- Klinisch relevant sind die postero-laterale und die mediale Instabilität.
- Zur weiteren Diagnostik vor evtl. operativer Rekonstruktion kann ein MRT durchgeführt werden.

Therapie

- Die Ellenbogenluxation bei Erwachsenen wird durch Längszug am gebeugten Ellenbogen unter radiologischer Kontrolle in Analgosedierung oder Kurznarkose reponiert.
- Im Anschluss erfolgt eine Stabilitätsprüfung durch Varus-, Valgus- und Translationsstress sowie die Ruhigstellung in einem Oberarmgips in 90°-Flexion für zwei Wochen.
- Krankengymnastische Beübung mit geführten Bewegungen, um Bewegungseinschränkungen zu vermeiden, sowie eine begleitende Therapie mit NSAR sollten frühzeitig begonnen werden.
- Verbleibt eine Instabilität, wird eine temporäre Transfixation für vier bis sechs Wochen mit einem Kirschner-Draht oder einem Fixateur externe in gesicherter Repositionsstellung notwendig. Bewährt hat sich auch die Anwendung eines Bewegungsfixateurs mit Rekonstruktion des Kapselbandapparates, um eine frühzeitige funktionelle Therapie zu ermöglichen.

Was müssen Sie beachten?

- Die frühzeitige und anatomisch korrekte Reposition mit anschließender Therapie trägt entscheidend dazu bei, eine ausreichende Funktion des Gelenkes zu erhalten.
- Bei offenen Gelenkverletzungen, Kompartmentsyndrom und Verletzungen von Gefäßen oder Nerven muss eine notfallmäßige operative Therapie erfolgen.

Anschrift der Verfasser:

Dr. med. M. Geßlein, M. Wagner, Priv.-Doz. Dr. med. H.-W. Stedtfeld,
Klinik für Unfall- und orthopädische Chirurgie,
Klinikum Nürnberg Süd, Breslauer Str. 201, D-90471 Nürnberg,
E-Mail: markus.gesslein@klinikum-nuernberg.de