

Sportverletzungen

Als erstes möchte ich mich bei den Herausgebern, in diesem Fall besonders bei Prof. Krettek, für die Überlassung des Themas bedanken, welches in dieser Ausführlichkeit bisher in *Der Unfallchirurg* noch nicht dargestellt werden konnte.

Sportverletzungen und Überlastungsprobleme begegnen uns täglich in den Praxen wie in den Notfallambulanzen der Kliniken und erfordern bei zunehmendem Level der Sporttreibenden eine immer raschere Information zur Diagnose, damit möglichst ohne Verzögerung die richtige Therapie eingeleitet werden kann. Nicht selten sind dabei unsere jüngeren Kolleginnen und Kollegen in einer schwierigen Situation.

Ein wesentliches Kriterium für die Auswahl der einzelnen Themen war die häufigsten, nicht die spektakulärsten Sportverletzungen und Überlastungsschäden auf dem neuesten Stand und wenn möglich evidenzbasierten Wissen zu präsentieren.

Muskelverletzungen stellen die häufigste Sportverletzung überhaupt dar. Neben der genauen klinischen Diagnostik sind bildgebende Verfahren für die exakte Klassifikation unabdingbar, um in Abhängigkeit von Lokalisation und Schwere der Verletzung die richtige Therapie einzuleiten. Der behandelnde Arzt steht hier in einem besonderen Spannungsfeld zwischen „Return to Sport“ und einer erneuten Verletzung. In diesem Beitrag wird die aktuelle Diagnostik und Klassifikation der Muskelverletzungen dargestellt und ein Überblick über die konservativen, pharmakologischen und operativen Maßnahmen sowohl bei den akuten als auch den chronischen bzw. Rezidivverletzungen gegeben.

Nicht die Kreuzbandverletzung, sondern die Verletzung des medialen Kolla-

teralbandes ist die häufigste ligamentäre Verletzung des Kniegelenks. Auch hier haben neue diagnostische Möglichkeiten und anatomische Kenntnisse zu einer differenzierteren Betrachtungsweise geführt. Die Verletzungsschwere kann exakt definiert werden und mit der klinischen Untersuchung des Instabilitätsgrades kann die daraus folgernde Behandlung sicherer eingeleitet werden. Auch neue Erkenntnisse in der Nachbehandlung und der konservativen Therapie werden dargestellt. In den seltenen Fällen einer chronischen medialen, klinisch symptomatischen Instabilität bieten Operationsverfahren, die wir von Prinzipien der Kreuzbandchirurgie oder Schulterchirurgie kennen, vielversprechende Ergebnisse.

Insbesondere am Wochenende, wenn Hochleistungsmannschaftssportarten auf fast allen Fernsehkanälen ausgestrahlt werden, bemühen Sportreporter schon mal das Wort Syndesmosenverletzung. Nur wenige wissen, dass es sich dabei im Rahmen von Distorsionen des Sprunggelenks um eine häufige Begleitverletzung handelt. Während die höhergradige distale Syndesmosenverletzung meist schon klinisch eindrucksvoll und damit erkennbar ist, werden Partialrupturen häufig übersehen. Diese stellen eine besondere Herausforderung für die Diagnose aber auch für die Therapieentscheidung dar. An Hand der aktuellen Literatur wird von der Anatomie über die Pathomechanik bis zur Therapie nach evidenzbasierten Kriterien ein Überblick gegeben.

Der letzte Beitrag beschäftigt sich mit den Stressreaktionen des Fußes im Sport. Das heißt, infolge sich immer wiederholender oder stereotyper Beanspruchungen kommt es zu strukturellen Schäden des Knochens. Betroffen sind nicht selten Jugendliche, bei denen sich das Missver-

hältnis von Belastung und individueller Belastbarkeit besonders bemerkbar macht. Oft führen diese Stressreaktionen zu langen Zwangspausen des Sportlers. Deshalb sollte jeder Sportmediziner die exogenen und endogenen Risikofaktoren und je nach Lokalisation die „High-risk-“ und „Low-risk-Frakturen“ kennen. Besonders Beschwerden über eine Dauer von 2 Wochen erfordern eine weiterführende Diagnostik; in erster Linie eine Magnetresonanztomographie, die einen Schaden dedektieren kann, wenn das konventionelle Röntgenbild noch negativ ist. Therapie der Wahl ist prinzipiell die konservative, in zwei Phasen ablaufende Behandlung. Nur selten ist die operative Therapie, z. B. der „delayed union“ erforderlich.

Ich wünsche allen beim Lesen der Beiträge die erhoffte Information

Prof. Dr. G. Bauer

Korrespondenzadresse



Prof. Dr. G. Bauer
Sportklinik Stuttgart
Taubenheimstraße 8,
70372 Stuttgart
bauerca@sportklinik-
stuttgart.de

Hier steht eine Anzeige.

