



## Ellenbogen: akutes und Mikrotrauma beim jungen Sportler

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

ein ungewöhnliches und ereignisreiches Jahr geht zu Ende und hat uns in vieler Hinsicht beschäftigt und gefordert. Die Möglichkeiten, sich fortzubilden und einen kollegialen Austausch wahrzunehmen, waren deutlich eingeschränkt bzw. vielfach auf digitale Medien beschränkt. Leider scheint uns nach einer Phase der sommerlichen Entspannung die Realität wieder einzuholen, sodass die Pandemie weiterhin unseren informellen und wissenschaftlichen Austausch bestimmen wird.

Mit diesem Heft, als „Hardware“, möchten wir uns dem Ellenbogen des jungen Sportlers widmen. Sowohl akute als auch mikrotraumatische bzw. überlastungsbedingte Veränderungen können beim Sportler die Kongruenz des Gelenks sowie die ligamentären und tendinösen Ansätze betreffen. Temporäre, aber auch längerfristige Einschränkungen des Ellenbogengelenks mit Schmerzen und Bewegungseinschränkung stehen einer suffizienten Ausübung der sportlichen Tätigkeit entgegen.

Die Fraktur des Radiuskopfes ist eine häufige akute Verletzung. In einem Übersichtsartikel beleuchten *Christopher Larsen et al.* diese Pathologie und weisen aufgrund des häufig zugrunde liegenden Luxationsmechanismus auf die Möglichkeit von Begleitverletzungen hin. Entsprechend der Frakturausdehnung bzw. Klassifikation werden die verschiedenen Therapiemöglichkeiten vorgestellt. Auch wenn die meisten geringgradigen Verletzungen mit guten Ergebnissen konservativ therapiert werden,

kann eine Blockierung der Rotationsbewegungen eine Operationsindikation darstellen. Höhergradige Verletzungen werden operativ versorgt, allerdings ist auch in diesen Fällen aufgrund des potenziellen Komplikationsprofils die Versorgung mittels kopferhaltenden und kopfersetzenden Verfahren kritisch zu überprüfen.

Die ligamentäre Luxation des Ellenbogens stellt letztendlich eine maximale Inkongruenz des Gelenks mit muskuloligamentärer Verletzung dar. *Kay Schmidt-Horlohé u. Alexander Klug* widmen sich dieser Thematik und beschreiben ausführlich die anatomischen und pathophysiologischen Grundlagen. Hinweise für eine zielgerichtete Diagnostik, Therapieentscheidung und Behandlung werden dargelegt. Obwohl die differenzierte konservative Therapie in der Vielzahl der Fälle eine gute und stabile Ellenbogenfunktion ermöglicht, ist bei manchen Patienten doch die Refixation der weichteiligen Strukturen indiziert. Gute klinische Ergebnisse sind sowohl nach konservativer als auch operativer Therapie zu erwarten. Interessanterweise konnten *Jana Willin et al.* beim Vergleich von konservativer und operativer Therapie eine klinisch stabilere Situation nach Bandnaht aufzeigen, dieses ließ sich in der dynamischen Sonographie allerdings nicht nachvollziehen, wie die Originalarbeit im weiteren Verlauf dieser Ausgabe zeigt.

Aufgrund repetitiver Mikrotraumatisierung können tendinopathische Veränderungen der Trizepssehne entstehen. *Sebastian Lappen et al.* beschreiben die Risikogruppen sowie verschiedene Risikofaktoren dieser insgesamt seltenen Patho-

logie. Letztendlich kann die Tendopathie der Trizepssehne in einer partiellen und kompletten Ruptur resultieren, die aufgrund der Funktionseinschränkung bei Kraftdefizit der Extension in einer operativen Versorgung enden kann.

Eine weitere Pathologie des Ellenbogens des jungen Sportlers ist die Osteochondrosis dissecans. Die zugrunde liegende Ätiologie ist multifaktoriell, da Mikrotraumatisierung, Ischämie und genetische Prädisposition diskutiert werden. *Thilo Khakzad u. Kathi Thiele* erörtern ausführlich die stadienabhängigen Therapieoptionen und weisen explizit darauf hin, dass die konservative Therapie nur den stabilen Fällen der Osteochondrosis dissecans vorbehalten ist.

Als nächster Themenkomplex steht die laterale und mediale Epikondylopathie auf dem Programm. *Nadine Ott et al.* weisen explizit darauf hin, dass die Beschwerdesymptomatik des Tennis- und Golferellenbogens ihre Ursache auch in anderen Pathologien wie Neuritiden, Osteoarthritis und auch Instabilität haben kann. Daher empfehlen die Autoren eine sorgfältige klinische und radiologische Evaluation dieses Symptomkomplexes. Auch wenn in einer Vielzahl der Fälle eine Beschwerdefreiheit nach 12 Monaten unter konservativer Therapie eintritt, so zeigen doch die Therapieversager, dass hier keine „Bagatellerkrankung“ zugrunde liegt.

Die potenzielle Komplikation der Trochleanekrose ist eine seltene Folge nach suprakondylären Humerusfraktur des Kindes. Sie erzeugt aber aufgrund der ausgeprägten Destruktion und Fehlstellung im Humeroulnargelenk mit konsekutiver Bewegungseinschränkung und Schmerz einen immensen Leidensdruck bei den betroffenen Patienten. Obwohl diese Komplikation grundsätzlich bei jeder suprakondylären Fraktur auftreten kann, scheint das Ausmaß der Frakturdislokation einen Einfluss auf das Auftreten zu haben (*Ott et al.*).

Ein solches Themenheft ist nur mit der Hilfe und Mitarbeit von zahlreichen Menschen möglich, bei denen wir uns dafür bedanken möchten. Wir wünschen Ihnen, liebe Kolleginnen und Kollegen, viel Spaß beim Lesen und hoffen, falls

noch nicht vorhanden, dass wir Ihr Interesse für den Ellenbogen geweckt haben.

Bleiben Sie gesund  
Ihre



Lars Müller



Christian Gerhardt

---

### Korrespondenzadresse

---

**Univ.-Prof. Dr. Lars P. Müller**

Schwerpunkt für Unfall-Hand- und Ellenbogenchirurgie, Universitätsklinikum Köln  
Kerpener Str. 62, 50937 Köln, Deutschland  
lars.mueller@uk-koeln.de

**Dr. Christian Gerhardt**

Klinik für Unfall- und Handchirurgie, ViDia  
Kliniken Karlsruhe  
Südenstr. 32, 76135 Karlsruhe, Deutschland  
christian.gerhardt@vincentius-ka.de

---

**Interessenkonflikt.** L.P. Müller gibt folgenden Interessenkonflikt an: Arthrex, Medartis und Medi. C. Gerhardt gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.