

Muskeln und Gelenke

HÄUFIGE SPORTVERLETZUNGEN

Ob Freizeit- oder Leistungssport, kaum eine Sportart führt nicht zu Verletzungen, sei es durch ein akutes Trauma oder durch Verschleiß. Was Sie bei Diagnose und Therapie beachten sollten und wie schnell wieder belastet werden darf, erfahren Sie hier.

(von Dr. med. Ulrike Aussem)

In Deutschland treiben ca. 24 Mio. Menschen regelmäßig Sport. Im Durchschnitt kommt es bei 5,5 % dieser Sportler zu einer Verletzung, die ärztlich behandelt werden muss, wobei Männer häufiger betroffen sind als Frauen. Während ungefähr 70 % der Verletzungen die untere Extremität betreffen, insbesondere das Knie und das obere Sprunggelenk, folgt die obere Extremität mit ca. 22 % der Verletzungen, und ein deutlich geringerer Anteil betrifft schließlich Kopf und Wirbelsäule. Der Bereich des Spitzensportes weist eine höhere Inzidenz an Verletzungen auf, die häufig auch schwerwiegender sind. Bei der Betrachtung der Verletzungen im Sport sollte unterschieden werden zwischen akuten Verletzungen und den Überlastungsschäden.

Akute Verletzungen des Myofaszialen Systems

Ein großer Teil der Verletzungen, die Sportler an den Extremitäten erleiden, betreffen das Myofasziale System, also Muskeln und Faszien. Inzwischen weiß man aus der modernen Faszienschicht, dass ein Großteil der Verletzungen nicht oder nicht nur die muskulären Anteile, sondern vor allem auch die verbindenden fasziellen Strukturen betreffen. Früher sprach man ausschließlich von Muskelprellungen und -zerrungen bis hin zu Faserrissen, korrekter ist die Bezeichnung „Verletzungen des Myofaszialen Systems“.

Das klinische Bild reicht von Schmerzen bis hin zum Funktionsverlust bei ausgeprägten Faserrissen – Muskelbündelrisse oder auch ganze Abrisse von Muskeln kommen deutlich seltener vor. Besteht ein entsprechender Verdacht bzw. kommt es zum Funktionsverlust, sollte eine MRT Diagnostik durchgeführt werden, um eine möglicherweise operative Revision und Refixation zu veranlassen. Der Sportler sollte hierfür Sportmedizinern bzw. in einer unfallchirurgischen Abteilung vorgestellt werden.

Liegt kein Funktionsverlust vor, kann zunächst mit milder Kompression über dem verletzten Areal gearbeitet werden, sehr bewährt haben sich Lympheanlagen mit kinesiologyischem Tape unter einem Kompressionsverband.

Bei vorliegender Einschränkung der Funktion sollte auf jeden Fall eine Ultraschalldiagnostik erfolgen, um Lage und Ausmaß der Verletzung zu dokumentieren. Es kann eine schmerzadaptierte Belastung erfolgen, die Aufnahme von sportlichem Training sollte bis zur Beschwerdefreiheit abgewartet werden, ebenfalls sollten in den ersten 3–4 Tagen keine Dehnübungen erfolgen. Eine Medikation mit NSAR kann bei ausgeprägter Schmerzsymptomatik hilfreich sein, ist in der Regel aber nicht notwendig – oft reicht eine unterstützende Hochlagerung und sehr moderate Kühlung (KEIN Eis).

Inversionsverletzungen des Sprunggelenkes

Das „Umknicken“ im Sprunggelenk ist eine der häufigsten Sportverletzungen und kann in sehr unterschiedlichen Ausprägungen auftreten. Eine Dehnung und Elongation der lateralen Seitenbänder des oberen Sprunggelenkes ist der geringste Ausprägungsgrad, es kommt zu moderater Schwellung und belastungsabhängigen Beschwerden. Mit zunehmender Schwere der Verletzung treten Teilrupturen gefolgt von kompletten Rupturen eines oder auch mehrerer Seitenbänder des äußeren Sprunggelenkbereiches auf. Die Schwellung ist dann vergesellschaftet mit einem ausgeprägten Hämatom und deutlichem Schmerz. Spätestens jetzt ist immer auch nach einer Fraktur der Fibula distal und proximal zu suchen, die Syndesmose sollte zumindest klinisch getestet werden und es ist an eine Teilruptur der vorderen Gelenkkapsel des oberen Sprunggelenkes zu denken. Eine Ultraschalluntersuchung kann erste Hinweise geben, letztlich bedarf es eines MRT, wenn Unsicherheiten in der Diagnose bestehen. Eine Fraktur kann mit einer Nativ-Aufnahme des Sprunggelenkes diagnostiziert werden (auch an die proximale Fibula denken) – gehaltene Aufnahmen des Sprunggelenkes sind obsolet!



Zerrungen am Sprunggelenk

Therapeutisch können Zerrungen der Bänder am Sprunggelenk funktionell mit Taping (kinesiologisch und/oder klassisch) behandelt werden, bei (Teil-) Rupturen sollte eine Ruhigstellung für drei Wochen in einer Orthese unter schmerzadaptierter Belastung erfolgen. Auch hier hat sich die Verwendung von Lymphzügen sehr bewährt in der initialen Phase zur Schwellungsreduktion. Eine früh verordnete Physiotherapie, unbedingt inkl. manueller Lymphdrainage, beschleunigt die frühfunktionelle Rehabilitation. Leichtes Training kann nach vier Wochen wieder aufgenommen werden, nach sechs Wochen sollte Stabilität erreicht sein. Es ist unbedingt auf die Funktion der Fibula und die Stellung des Talus posttraumatisch zu achten, da hier Dysfunktionen sehr häufig sind und zu Fehlbelastungen in der aufsteigenden Kette führen.

Verletzungen des vorderen Kreuzbandes (ACL)

Ein Riss des vorderen Kreuzbandes stellt eine recht häufige und schwerwiegende Verletzung des Kniegelenkes dar – Ballsportarten und alpiner Skisport sind die Sportarten, die am häufigsten zu einer solchen Verletzung führen. Es ist hierbei unbedingt zu beachten, dass es selten zu einer isolierten Verletzung des ACL kommt, sehr oft sind weitere Bandstrukturen – hier v. a. das mediale Seitenband – sowie die Menisken betroffen. Entgegen der Definition des klassischen „Unhappy Triad“ mit einer Kombinationsverletzung aus ACL, medialem Seitenband und Innenmeniskus, zeigen die Befunde bei einer weiteren Untersuchung des Gelenkes, insbesondere intraoperativ, oftmals auch eine Verletzung des lateralen Meniskus.

Diagnostisch ist eine sorgfältige klinische Untersuchung mittels Lachman-Test und Pivot-shift-Test häufig bereits wegweisend, eine MRT Untersuchung sollte unbedingt zur Diagnosesicherung erfolgen.

Bei massiver Schwellung des Gelenkes sollte eine Gelenkspunktion erfolgen, ergibt diese einen blutigen Befund ist von einer Ruptur oder Infarktion auszugehen.

In Abhängigkeit von der klinischen Instabilität des Kniegelenkes im Alltag und der sportlichen Aktivität des Patienten (weniger des Alters) sollte eine operative Rekonstruktion des ACL angestrebt werden. Das Ziel der Kreuzband-OP ist auch die Wiederherstellung der vollen Sportfähigkeit, das heißt, die sportliche Aktivität vor der Verletzung sollte wieder erreicht werden. Nach einer Verletzung ist ein abgestuftes Rehabilitationsprogramm erforderlich. Das bedeutet, dass Ergometerfahren nach ca. vier Wochen möglich ist, Kraul- und Rückenschwimmen nach ca. vier Wochen und lockeres Laufen nach ca. zwei Monaten. Kniebelastende Sportarten sollten frühestens nach neun Monaten durchgeführt werden. Dies gilt entsprechend für die konservative Therapie, die bei Patienten gewählt werden kann, die wenig sportlich aktiv sind, bereits degenerative Veränderungen der Knieinnenstrukturen aufweisen und klinisch kein Instabilitätsgefühl haben. Eine intensive Physiotherapie sollte zu einer guten muskulären Ansteuerung und Stabilisierung des Kniegelenkes führen.



RISIKOREICHE SPORTARTEN

Die häufigsten Sportarten, die zu Verletzungen führen sind

- Fußball mit 37 % aller verletzten Sportler (höchste Inzidenzrate) gefolgt von
- Ski alpin (11,9 %) sowie den Ballsportarten
- Handball,
- Tennis und
- Volleyball (7,8 %).

Bei den Frauen spielen Handball und Volleyball eine stärkere Rolle als Fußball, gefolgt von Turnen und Gymnastik.

Chronische Überlastungsschäden

Die meisten der chronischen Sportverletzungen bzw. Schäden betreffen Überlastungen des Myofaszialen Systems, überwiegend am Übergang von Sehnen zu ihren knöchernen Ansätzen. Wir finden solche Reaktionen u. a. am Ellenbogen bei den Epicondylitiden, sowohl radial als auch ulnar, an der Schulter im Rahmen eines Impingementsyndroms, als sog. „Läuferknie“ beim ILTB (Iliotibial-Band-Syndrom) oder als „jumpers knee“ am patellaren Ansatz des Ligamentum patellae. All diese Überlastungsreize können sehr langwierig sein und bedürfen einer konsequenten konservativen Therapie.

Die Diagnostik erfolgt in der Regel durch die klinische Untersuchung, ggf. ergänzt durch Ultraschall und nur in Ausnahmefällen einem MRT. Die Therapie sollte vordringlich eine Reduktion der Belastung beinhalten, unterstützend kommen moderates Stretching der Myofaszialen Strukturen, Iontophorese bzw. Ultraschall, Querfraktionen, kinesiologisches Taping, Kräftigung der funktionellen Kette zur Entlastung sowie die Stoßwellenbehandlung in Frage. Eine Injektion mit Kortison sollte die ultima ratio bleiben, da es so zu Einschmelzungen des Gewebes kommen könnte.

Achillodynie

Ein gerade bei Läufern sehr häufiges Überlastungssyndrom betrifft die Achillessehne bzw. die fasziellen Gleitschichten der Sehne. Persistiert ein durch Überlastung bedingter Reizzustand, verändern sich die kollagenen Fasern von Typ 1 zu Typ 3 Kollagen, das deutlich weniger belastbar ist. Schwellung und ein deutlicher Belastungsschmerz, im weiteren Verlauf sogar Ruheschmerz, resultieren. Diagnostisch ist das klinische Bild bereits sehr klassisch, im Ultraschall und dem MRT sind die Auftreibung der Sehne sowie des peritendinösen Gewebes deutlich sichtbar.

Trainingspause, moderate Kühlung, Quarkumschläge als einfaches aber sehr effizientes Hausmittel, sanftes dynamisches Dehnen und ggf. eine Stoßwellentherapie (die auf jeden Fall auch die Wadenmuskulatur mit einbeziehen sollte) sind erprobte Mittel.

Mit dem Sport sollte erst wieder bei Schmerzfreiheit begonnen werden, Physiotherapie zur Unterstützung ist hilfreich, effektiv kann hier z. B. auch die Arbeit nach dem FDM (Fasziendistorsionsmodell) sein.

DIE AUTORIN



Dr. med. Ulrike Aussem
 Privatpraxis für ganzheitliche
 Schmerztherapie und Osteopathie
 Bahnhofstr. 25
 61476 Cronberg i. Ts.
 Tel.: +49 (0)6173 - 325 12 90
 Fax: +49 (0)6173 - 325 12 89
 www.pro-motus-aussem.de
 info@pro-motus-aussem.de