



JOURNAL CLUB

Mediale Kollateralbandverletzungen des Kniegelenkes im Profifußball

B. Drews¹, G. Bauer²¹St. Vinzenz Klinik Pfronten²SpOrt Medizin Stuttgart GmbH

Im Vergleich zu anderen Verletzungen des Kniegelenkes, wie der vorderen Kreuzband Ruptur, sind die epidemiologischen Daten zu Verletzungen des medialen Kollateralbandes (MCL) rar, obwohl sie als häufige Ligamentverletzung am Kniegelenk in Kontaktsportarten zählt. Des Weiteren ist sie die ligamentäre Knieverletzung, die am häufigsten zu Ausfallzeiten im professionellen Fußball führt. In einem Fußballteam erleiden durchschnittlich 2 Spieler pro Saison eine MCL-Verletzung. Auch ist die konservative Therapie insbesondere der MCL-Läsionen Grad I-II nicht einheitlich und Evidenz dies bezüglich fehlt. Der Hintergrund dieser prospektiven Kohortenstudie ist die Erhebung epidemiologischer Daten bei männlichen Profifußballern sowie die Analyse der durchgeführten konservativen Therapie.

Methodik

Es handelt sich hierbei um eine Teilauswertung aus der UEFA Elite Club Injury Study, welche seit 2001 durchgeführt wird. 51 Teams aus 17 europäischen Ländern mit 2018 Spielern wurden in den Saisons 2013/2014 – 2015/2016 analysiert. Eingeschlossen wurden MCL-Verletzungen, welche zu einem Spiel- bzw. Trainingsausfall aufgrund der Symptomatik führten. Die Klassifikation der Verletzung er-

folgte nach der bekannten Einteilung nach Hughston et al., 1976.

Ergebnisse

Von 4364 Verletzungen konnten 130 MCL-Läsionen bei 115 Spielern diagnostiziert werden (3%). 8,5% waren Re-Verletzungen binnen 2 Monaten nach return-to-play. 75,4% der Verletzung waren Kontaktverletzungen beim Tackling. 87,7% waren isolierte MCL-Verletzungen. Die durchschnittliche Ausfallzeit lag bei 24 Tagen, während bei der häufigsten Grad-I-Verletzung die durchschnittliche Zeit bei 10 Tagen lag. Das proximale Drittel des MCL war mit 54% am häufigsten betroffen. Ein MRT wurde lediglich in 54,6% der Fälle zur Verifizierung des klinischen und sonographischen Befundes durchgeführt. Bei Grad-II-Läsionen wurde lediglich in der Hälfte der Fälle eine stabilisierende Orthese verwendet. Diese Spieler hatten durchschnittlich eine längere Ausfallzeit (42 vs. 32 Tage). Eine PRP-Injektion erfolgte in 25% der Fälle und führte zu keiner signifikant kürzeren Ausfallzeit. In nur 2 Fällen (1,5%) der 130 Verletzungen erfolgte eine operative Versorgung.

Diskussion

Die Daten der Studie zeigen insbesondere, dass die MCL-Läsion vor-

Originalpublikation: Lundblad M et al. Medial collateral ligament injuries of the knee in male professional football players: a prospective three-season study of 130 cases from the UEFA Elite Club Injury Study. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2019;1(8):108–7.

rangig durch ein Kontakttrauma entsteht und hier vorrangig zu isolierten Verletzungen des Innenbandes führt. Die Verwendung des MRTs im vorliegenden Kollektiv erfolgte vorrangig zur prognostischen Abschätzung der Ausfallzeit und zur Analyse von Begleitverletzungen, nicht jedoch zur eigentlichen Diagnose der MCL-Verletzung. Die Studie zeigt des Weiteren einen klaren Zusammenhang zwischen Schwere der Verletzung und der Ausfallzeit, welche sich auch mit der bestehenden Literatur deckt. Die Gründe für die Verwendung einer Orthese bei Grad-II-Verletzung oder Verzicht auf diese sind nicht ganz klar und liegen am ehesten im jeweils team-eigenen Behandlungsschema. Selbiges gilt für die Anwendung von PRP.

Kommentar

Obwohl die Verletzung des MCL eine der häufigsten Bandverletzungen am Knie ist, zeigt auch diese Analyse aus dem Profisport mit einer der besten medizinischen Versorgungskonstrukte, dass hier keine einheitlichen Behandlungs- und Diagnosekonzepte existieren. Es fehlen weiterhin RCTs mit großen Fallzahlen, welche die optimale Therapie der MCL-Läsionen, basierend auf einer diffizilen Erfassung der jeweiligen Bandläsion, darstellen. Auf der anderen Seite wurde aber auch gezeigt,

dass auch im Profisport nicht jede MCL-Verletzung einer ausgedehnten bildgebenden Diagnostik mit MRT bedarf, sondern eine abgestufte Diagnostik von klinischer Untersuchung, über Sonographie und zuletzt erst Kernspintomographie erfolgen kann. Wenn MRT, dann ist eine exakte Beschreibung der vorliegenden Ligamentläsion zu fordern.

Konsensus-Statement zum Management der Gehirnerschütterung im Kampfsport

Originalpublikation: Neidecker J et al. Concussion management in combat sports: consensus statement from the Association of Ringside Physicians. Br J Sports Med. 2019;53(6):328-333.

Trotz der großen Anzahl der Publikationen zur Gehirnerschütterung (Concussion) im Sport in den letzten Jahren wird der Bereich des Kampfsportes nur gestreift. Aus diesem Grund entwickelte die Association of Ringside Physicians (ARP) ein Konsensus-Statement basierend auf der aktuell vorliegenden Studienlage aus dem Nicht-Kampfsport und dem derzeitigen praktischen Vorgehen.

Definitionen

Der „KO“ im Boxen/Kickboxen muss nicht zwingend durch einen Kopftreffer verursacht sein, so dass

auch nicht zwingend eine Concussion vorliegt. Bei den Mixed-Martial-Arts (MMA) ist der KO definiert durch einen Bewusstseinsverlust durch einen Kopftreffer und somit zwingend assoziiert mit mindestens einer Concussion oder einer schwerer Kopfverletzung. Ein Technischer KO (TKO) kann unterschiedlichste Ursachen haben und auch durch den Ringarzt indiziert werden. Es muss somit nicht zwingend von einer Gehirnerschütterung ausgegangen werden. Aufgrund der geringen Datenlage aus dem Kampfsport sind die Inzidenzen schwer einzuschätzen. Aus dem Kickboxen werden Zahlen von ca. 19,2 Concussions/1000 Kämpfe berichtet.

Empfehlungen

Bei Zeichen einer Concussion sollte der Kampf beendet werden. Nach einem TKO bedingt durch eine Concussion sollten Kämpfe/Sparring für 30 Tage, nach einem KO ohne Bewusstseinsverlust für 60 Tage und nach KO mit Bewusstseinsverlust für 90 Tage unterbunden werden. Jeder Kampfsportler sollte unmittelbar nach einem Kampf auf Zeichen einer Gehirnerschütterung untersucht werden. Nach einer Gehirnerschütterung kann Nicht-Kontakt Training nach 1 Woche wiederaufgenommen werden, sofern die Symptome rückläufig sind. Sparring oder Kämpfe sind bei bestehenden Symptomen unter allen Umständen zu

untersagen. Es wird ebenfalls empfohlen, dass nach einer Concussion eine Untersuchung durch einen spezialisierten Mediziner erfolgt und ebenfalls, wie in Non-combat-Sportarten, neurophysiologische Baseline-Tests verpflichtend durchgeführt werden.

Diskussion

Durch die vorliegende Studienlage haben sich die o.g. Empfehlungen bereits in Nicht-Kampfsportarten durchgesetzt. Im Kampfsport ist dies bisher nicht der Fall und bezieht sich häufig nur auf den Verlierer des Kampfes. Weiterhin wird ein 3-phases Return-to-fight-Programm nach Gehirnerschütterung empfohlen (Nalepa et al., 2017).

Kommentar

In den Nicht-Kampfsportarten wie Fußball oder American Football hat sich das Concussion Screening aufgrund der klar dargestellten Notwendigkeit zum Schutz des Athleten bereits durchgesetzt, in den Kampfsportarten erstaunlicherweise bisher nicht. Um hier im Verlauf eine Verbesserung zu erzielen, sind sicher auch Vereinheitlichungen der Regularien zwischen den einzelnen Kampfsportarten und Verbänden bezüglich der medizinischen Betreuung/Untersuchung und dem Return-to-fight sinnvoll.

Für Sie gelesen und kommentiert:

DER JOURNAL CLUB

Der Journal Club liefert einen Überblick über aktuelle internationale und sportorthopädisch relevante Publikationen.

Redaktion „Journal Club“ B. Drews, G. Bauer, Email: b.drews@me.com

Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect