

Sprunggelenksverletzungen

Konservative verdrängen operative Therapien

Bandverletzungen des oberen Sprunggelenks stellen bis zu 40 Prozent aller Sportverletzungen dar. An erster Stelle der Risikofaktoren steht Sport – vor allem Fußball, Tennis und Basketball. Konservative Therapien haben bei Verletzungen des lateralen Kapselapparates die operative Versorgung fast vollständig abgelöst.



Einer aktuellen Studie zufolge erleiden rund 10.000 Menschen täglich eine Sprunggelenks-Verletzung. „Dies würde auf Österreich bezogen eine Zahl von 290.000 Verletzungen im Jahr ergeben“, rechnet Univ. Prof. Oskar Kwasny von der Abteilung für Unfallchirurgie und Sporttraumatologie am AKH Linz vor. Sport steht an erster Stelle der extrinsischen Risikofaktoren für Sprunggelenksverletzungen, vor allem Fußball, Tennis und Basketball. „Andere Sportarten mit häufigen Sprunggelenksverletzungen sind beispielsweise Volleyball, Squash, Badminton, auch Leitathletik und Tanzen“, ergänzt Kwasny. Ganz generell sind Mannschaftssportarten stärker betroffen als Individualsportarten. Durch das schnelle Beschleunigen, Abbremsen oder durch abrupte Richtungswechsel wird das Sprunggelenk überproportional belastet. Weil dadurch enorme Kräfte und Hebel auf das relativ kleine Gelenk einwirken, werden die stabilisierenden Innen- und Außenbänder über Gebühr stark beansprucht. In der Folge kommt es zu Sprunggelenksverletzungen, die in harmlosen Fällen zu Bänderdehnungen oder Bänderanrissen führen und in schwereren Fällen zu Syndesmose-Rissen und Kno-

chenfrakturen. „Bei Nicht-Sportlern ist die häufigste Unfallursache das banale Umknicken auf ebenem Untergrund wie zum Beispiel über eine Gehsteigkante oder auch bei schlechten Witterungsverhältnissen wie Glatteis“, berichtet Kwasny. Die P.E.C.H.-Regel fasst die Erstversorgung zusammen: Pause, Eis, Kompression und Hochlagerung.

Weitere Abklärung

Bei der Beurteilung einer Sprunggelenksverletzung hilft ein Versorgungsalgorithmus. Dazu gehört die entsprechende Verletzungsanamnese inklusive Beurteilung des Verletzungsmechanismus. „Auch die Fragestellung, ob es sich um eine akute Verletzung, ein wiederholtes Distorsionstrauma auf Basis einer chronischen Instabilität oder um eine chronische Instabilität handelt, ist wichtig“, erklärt Kwasny. Bei der klinischen Untersuchung würden die lokale Schwellungssituation und die entsprechenden Schmerzpunkte festgestellt. „Die Stabilität wird beurteilt, wobei sich zur Beurteilung einer eventuellen Syndesmoseninstabilität der Test nach Frick empfiehlt“, so Kwasny weiter. Allgemein gilt, dass

die Stabilität des oberen Sprunggelenks funktional gegeben sein muss. Dies sei einerseits durch die ligamentäre aber auch durch die funktionelle Stabilisierung gegeben. „Auch die knöcherne Geometrie hat Einfluss: So erhöht ein vermehrter Rückfuß-Varus die Belastung des lateralen Kapselapparates und ist damit ein wesentlicher Risikofaktor für die Entwicklung einer chronischen Instabilität“, berichtet Kwasny. Routinemäßig werde bei Neuverletzungen eine konventionelle Röntgenuntersuchung durchgeführt, um knöcherne Verletzungen und eventuelle osteochondrale Läsionen auszuschließen. „Für spezielle Fragestellungen können vor allem auch bei länger andauernden Beschwerden weiterführende diagnostische Maßnahmen wie CT zum Beispiel Syndesmosenpalt oder MRT bei osteochondralen Läsionen, Syndesmosenverletzungen, zusätzliche Sehnenrupturen und dergleichen indiziert sein.“

Am häufigsten passieren Verletzungen im Bereich des lateralen Bandapparates, wobei hier zumeist entweder Zerrungen oder partielle Bandläsionen vorliegen (Verletzung Grad 1 nach Weber). „An zweiter Stelle rangieren komplette laterale Band-

rupturen, die das Lig. fibulotarale anterior und eventuell das Lig. fibulocalcanare betreffen“, erklärt Kwasny (Grad 2-Verletzungen). Wesentlich seltener sind komplexe Verletzungen mit totalen Rupturen lateralseitig sowie medialeseitige Läsionen (Lig. deltoideum) oder Komplexverletzungen mit Syndesmoseläsionen, osteo-chondralen Fragmenten oder Frakturen (Grad 3).

Konservativ versus operativ

„Das typische Umknicktrauma des oberen Sprunggelenks im Sinn einer meist forcierten Plantarflexion- und Innenbandverletzung des Sprunggelenks mit Verletzung der Außenknöchelbänder wird heutzutage konservativ behandelt“, betont Kwasny. Dabei erhält der Patient eine spezielle Orthese. Schon in dieser Phase und auch nachfolgend erfolge ein entsprechendes sechswöchiges propri-

oszentions- sowie ein neuromuskuläres Aufbautraining. Eine entsprechende Belastungssteigerung bis hin zur Vollbelastung ist dann nach etwa acht bis zehn Wochen möglich. „Der Heilungsprozess selbst ist beim Sportler und Nichtsportler relativ ähnlich, wobei auch beim Sportler von einer zu frühen Maximalbelastung abgeraten werden muss, da das Verletzungsrisiko deutlich erhöht ist“, warnt Kwasny. Und weiter: „Bei komplexen Verletzungen mit zusätzlicher Ruptur der medialen Bänder, Knochenverletzungen, instabiler Syndesmosenläsion oder Osteochondraldefekten ist eine primär operative Therapie indiziert.“ So kämen heute bei insuffizienten ligamentären Strukturen – vor allem bei chronischen Instabilitäten – diverse modifizierte Periostlappenplastiken und Techniken nach Broström zur Anwendung. Auch Augmentationen des lateralen Bandapparates mittels Sehnen (zum Beispiel Plantaris longus-Sehne) werden

durchgeführt. Bandnähte sind heute eine zu vernachlässigende Behandlungsform. „Auch die früher angewendeten Tenodese-Verfahren sind heute eher wieder verlassen worden, da sie im Langzeitverlauf einen Stabilitätsverlust aufweisen und auch das Risiko einer Arthrose des unteren Sprunggelenks erhöhen würden.“

Das Verhältnis zwischen operativer versus konservativer Therapie fasst Kwasny folgendermaßen zusammen: Die operative Versorgung von Verletzungen des lateralen Kapselapparates war vor 25 Jahren die am häufigsten durchgeführte Operation. Sie ist von konservativen Therapien fast vollständig abgelöst worden. „Konservative Therapie bedeutet allerdings nicht Minimalismus oder gar Nihilismus, sondern strukturiertes und therapeutisches Vorgehen bei gleichzeitigem Ausschluss von operationswürdigen oder operationspflichtigen Verletzungen.“ STR/AM ◀◀