So heilt man nach der Distorsion

Der Umknick-Knigge für Sprunggelenke

Bis zu 40% der Patienten mit Sprunggelenksdistorsionen klagen auch drei Jahre nach der Verletzung noch über chronische Beschwerden. Die heute meist konservativ-frühfunktionelle Behandlung soll sich an den Heilungsphasen orientieren.

Umgeknickt? Dann leiden die Bänder an dieser Stelle.

Andauernde Schmerzen, chronische Instabilität oder erneutes Umknicken nach Sprunggelenkstraumata mit verletztem lateralen Kapselbandapparat kommen vergleichsweise häufig vor. Sportmediziner aus Deutschland und der Schweiz haben jetzt aktuelle Behandlungskonzepte Revue passieren lassen und geben nach kritischer Durchsicht der vorhandenen Literatur einige Empfehlungen.

Abschwellen, reparieren, umbauen

„Mit Ausnahme von Dreiband- oder Syndesmosenverletzungen können die meisten Außenbandverletzungen des Sprunggelenks konservativ-frühfunktionell behandelt werden“, so Dr. Raymond Best aus Stuttgart und seine Kollegen. Dieses Vorgehen sei längerer Immobilisationsphasen überlegen: Die Rückkehr in den beruflichen Alltag oder zu sportlichen Aktivitäten gelingt früher, die Rate späterer Komplikationen wie Schwellneigung ist deutlich kleiner. Andererseits muss bedacht werden, dass das Gelenk in der ersten Heilungsphase mit lokaler Entzündung und Schwellung gerade bei schwerer Verletzung von der zumindest kurzzeitigen Ruhigstellung profitiert, damit sich die Weichteile adaptieren können.

Diese erste Phase dauert etwa ein bis fünf Tage. Sind die Schwellung und die Primärsymptome abgeklungen, folgt die reparative Phase für etwa 5 bis 28 Tage

(Primärheilung). Die Fibroblasten proliferieren, es wird vermehrt Kollagen gebildet, Gefäße sprossen ein. Bis zum etwa 42. Tag finden schließlich in der dritten Phase Umbauvorgänge statt, die sich den ersten mechanischen Belastungen anpassen. Die gebildeten Kollagenfibrillen reifen, richten sich aus, die verletzten Bandstrukturen gewinnen an Stabilität. Individuell verlaufen diese Heilungsphasen unterschiedlich und überlappen. „Eine nahezu komplette Festigkeit der Bandstruktur wird nach etwa 16 bis 50 Wochen erwartet“, so Best und seine Kollegen.

Für jede Phase die richtige Orthese

Aus diesem Ablauf lässt sich eine phasenadaptierte Versorgung mit Orthesen ableiten. Sie erlaubt die allmählich zunehmende Belastung des Sprunggelenks. Soll in den Phasen I und II ein Zuviel an Bewegung vermieden werden, was eine überschießende Produktion des Kollagens Typ III und ein später elongiertes, weiches Band zur Folge hätte, sollen Orthese oder Tapeverband in der Umbauphase limitierte Bewegungen zulassen.

Herkömmliche Schalenkonzepte begrenzen vorzugsweise die Supination des Fußes. Nach Ansicht der Sportmediziner sollte zunächst auch die Plantarflexion und damit ein angespanntes vorderes Außenband v. a. während des Schlafes vermieden werden. Inzwischen werden

Orthesen mit modularem Bauprinzip angeboten, die ein schrittweises Abrüsten von der kompletten Fixation bis zum sportartspezifischen Training erlauben.

Und was hilft noch?

Unter medikamentöser Schmerztherapie können Patienten zu einer frühen Überlastung verleitet werden, entsprechende Aufklärung ist daher nötig. Mit zusätzlicher manueller Therapie konnte in Studien vor allem die Beweglichkeit signifikant verbessert werden. Elektrophysiologische Maßnahmen hatten dagegen allenfalls marginale Effekte. Zu physiotherapeutischen Maßnahmen und besonders auch zum propriozeptiven Training liegen widersprüchliche Ergebnisse vor. Dies hat unter anderem studienmethodische Gründe. Um Rezidivverletzungen zu vermeiden, erscheinen die begleitende Physiotherapie sowie ein sensomotorisches Training sinnvoll.

Zurückhaltend äußern sich Best und seine Kollegen zu Infiltrationen mit Hyaluronsäure und mit Blutplättchenangereichertem Plasma. Ziel dieser Maßnahmen ist es letztlich, die Reparaturprozesse und damit die Rehabilitation zu beschleunigen. Die Konzepte erscheinen zwar logisch und es liegen positive Studiendaten vor. Eine wirklich evidenzbasierte Grundlage für derartige Maßnahmen fehlt jedoch. (Thomas Meißner)

D Zeitschr Sportmed 2011, 62:57