E. Basad

Zentrum für Hüft-, Knie-Endoprothetik und Regenerative Gelenkchirurgie, ATOS-Klinik Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Erratum zu: Therapie von Begleitverletzungen der Sprunggelenksinstabilität

Erratum zu:
Arthroskopie (2015) 28:131–136
DOI 10.1007/s00142-015-0011-8

Aufgrund eines technischen Fehlers entspricht der publizierte Beitrag nicht der vom Autor freigegebenen Version. Bitte beachten Sie die folgenden fett ausgezeichneten Änderungen.

Ergänzte Literaturangabe [24] auf S. 131, linke Spalte, 2. Absatz:

Die meisten LFTA- und LFC-Verletzungen und ebenso die Begleitverletzungen werden als Bagatelltraumata angesehen oder ganz übersehen. Daher ist von einer nicht diagnostizierten Dunkelziffer auszugehen. Etwa 40 % aller Sprunggelenksdistorsionen mit Ligamentverletzung führen zu einer chronischen Sprunggelenksinstabilität (CSI) [24, 26, 29].

Ergänzte Literaturangabe [13] unter der Überschrift „Chondrale und osteochondrale Talusschäden“ auf S. 134, linke Spalte, letzter Absatz:

In der bildgebenden Diagnostik hat sich die MRT als Standardverfahren mit hoher Sensitivität und Spezifität für chondrale Defekte und subchondrale Veränderungen etabliert [10, 28]. Zur Darstellung morphologischer und metabolischer Informationen in einem kombinierten diagnostischen Verfahren eignet sich die Einzelphotonen-Emissionscomputertomographie (SPECT). Diese Untersuchung bietet eine hohe Sensitivität und Spezifität bei der Lokalisation schmerzhafter subchondraler Prozesse am Talus [13, 14].

Wortänderung „auffüllen“ unter der Überschrift „Osteochondrale autologe

Transplantation“ auf S. 134, rechte Spalte, 2. Absatz:

Bei größeren subchondralen Defekten muss der debridierte Knochen ersetzt werden. Dazu eignet sich die Einbringung von autologem Knochen aus dem Beckenkamm oder der distalen Tibia. Aufgrund der besseren mechanischen Belastbarkeit und eines höheren Gehalts an mesenchymalen Stammzellen bevorzugen wir den Beckenkamm als Spenderort. Die Spongiosachips werden mit einem Stößel so verdichtet, dass sie „press-fit“ den Defekt bis auf die Höhe der umgebenden Knochenplatte **auffüllen**. Alternativ kann bei großen subchondralen Zysten mit intakter subchondraler Platte und Gelenkknorpel eine retrograde Ausräumung und Auffüllung durchgeführt werden [2].

Korrespondenzadresse

E. Basad

Zentrum für Hüft-, Knie-Endoprothetik und Regenerative Gelenkchirurgie, ATOS-Klinik Heidelberg
Bismarckstr. 9–15, 69115 Heidelberg, Deutschland
basad@atos.de

Die Online-Version des Originalartikels ist unter <http://dx.doi.org/10.1007/s00142-015-0011-8> zu finden.