

Sprunggelenkdistorsion

VON M. GEßLEIN

Eine 19-Jährige ist am Nachmittag beim Joggen mit dem rechten Fuß nach innen umgeknickt. Zunächst läuft sie weiter, muss aber nach einigen hundert Metern aufhören, da das Auftreten zu sehr schmerzt. Am Abend ist der Fuß an der Außenseite stark geschwollen und die Patientin verspürt auch in Ruhe einen pochenden Schmerz.



— Verletzungen des oberen Sprunggelenks (OSG) entstehen i. d. R. durch ein „Umknicktrauma“. Das Gelenk besteht aus Anteilen der distalen Tibia, Fibula und des Corpus tali. Es ist von einer Gelenkkapsel und den ligamentären Strukturen zwischen den Knochen umgeben. Die Membrana interossea ist eine stabile, bindegewebige Verbindung zwischen Fibula und Tibia. Der distale Anteil oberhalb des Sprunggelenks, die Syndesmosis tibiofibularis, stabilisiert die Sprunggelenkgabel.

Klinik

Meist schmerzhafte Schwellung im Gelenkbereich. Die aktive Bewegung kann stark eingeschränkt sein. Oft ist eine schmerzfreie Belastung nicht möglich. Neben isolierten Bandverletzungen treten auch bei jungen Patienten, v. a. bei Sportunfällen, Frakturen am Außen- oder Innenknöchel auf.

Diagnostik

- Bewegungseinschränkung untersuchen. Fehlstellung als Hinweis auf Fraktur oder Luxation.
- Schwellung und Druckschmerz über dem Gelenkspalt?
- Motorik, Sensibilität und Durchblutung überprüfen.
- Testen der Bänderstabilität mit dem Schubladen- und Aufklapptest.
- Mituntersuchung der kniegelenksnahen Fibula (Maison-neuve-Fraktur!).
- Röntgen des OSG in zwei Ebenen bei Verdacht auf Fraktur.
- Bei Verdacht auf Mitverletzung der Syndesmose: Befundkontrolle mit Bildwandler.

Therapie bei Bandverletzungen

Isolierte Bandverletzungen haben nur am Außenband klinische Bedeutung. Bei Sportlern ist die laterale Kapsel-Bandruptur häufig. Sie wird i. d. R. konservativ behandelt.

- Hochlagern und Kühlen zur Abschwellung. Evtl. antiphlogistische Medikation. Elastische Bandage (Grad 1, s. Tabelle 1).
- Stabilisierende Luftkissenschiene, Spezialschuh, Tapeverband und frühfunktionelle Beübung (Grad 1 und 2).
- Nur bei starken Schmerzen sollte eine Immobilisation im Gips für einige Tage erfolgen (Grad 3).

Therapie bei Frakturen

- Lediglich undislozierte Frakturen ohne begleitende Bandverletzung bzw. Instabilität des Syndesmosenkomplexes können konservativ funktionell therapiert werden.
- Alle dislozierten Frakturen sollten durch eine Operation anatomisch reponiert werden. Ziel ist die übungsstabile Retention.
- Luxationen müssen sofort reponiert werden, offene Frakturen stellen eine Notfallindikation zur OP dar!

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. M. Geßlein, Klinik für Unfall- und Orthopädische Chirurgie, Klinikum Nürnberg-Süd, Breslauer Str. 201, D-90471 Nürnberg, E-Mail: markus.gesslein@klinikum-nuernberg.de

Tabelle 1

Einteilung der Außenbandverletzungen

- Grad 1** Zerrung der Gelenkkapsel oder des Lig. fibulotalare
- Grad 2** Teilruptur der Lig. fibulotalare und calcaneofibulare
- Grad 3** Totalruptur der Lig. fibulotalare und calcaneofibulare

Tabelle 2

Klassifikation der Außenknöchelfrakturen [nach Danis und Weber]

- Weber A** Fraktur der distalen Fibula unterhalb des Gelenkspalts ohne Syndesmosenverletzung
 - Weber B** Fraktur der distalen Fibula auf Höhe der Syndesmose mit möglicher Syndesmosenverletzung
 - Weber C** Fraktur der distalen Fibula oberhalb der Syndesmose mit Syndesmosenverletzung
 - Maison-neuve-Fraktur** Hohe Weber-C-Fraktur mit Verletzung der Membrana interossea
- Verletzungen des Innenknöchels, Innenbands und der hinteren Syndesmose sind hier nicht berücksichtigt.