Rückfußfrakturen

Frakturen des Talus und Kalkaneus sind für die betroffenen Patienten schwerwiegende Verletzungen, da sie in der überwiegenden Mehrzahl mit einer direkten Schädigung der funktionell bedeutsamen oberen und unteren Sprunggelenke einhergehen. Ebenso wichtig wie die exakte anatomische Rekonstruktion der Gelenkflächen ist die Wiederherstellung der physiologischen Achsen- und Längenverhältnisse am Rückfuß, um posttraumatische Fehlstellungen mit erheblicher Einschränkung der globalen Fußfunktion und einer fast unvermeidlichen Arthroseentwicklung zu verhindern.

Das vorliegende Themenheft widmet sich der anspruchsvollen Akutversorgung von Talus- und Kalkaneusfrakturen. Während die zentralen Frakturen von Talus und Kalkaneus aufgrund des typischen Unfallmechanismus, der entstehenden Deformität und des begleitenden Weichteilschadens meist augenfällig sind, werden periphere Frakturen mit ihren subtilen klinischen und radiologischen Zeichen nicht selten primär übersehen, was zu schmerzhaften Fehlstellungen und rasch progredienten Arthrosen führen kann.

Frakturen von Taluskörper und Talushals sind relativ seltene und von ihrer Pathoanatomie her sehr variable Verletzungen. Die historisch hohen Raten der avaskulären Nekrosen konnten in den vergangenen Jahrzehnten durch verbesserte Osteosynthesetechniken deutlich verringert werden. Zudem sind lediglich Totalnekrosen des Taluskorpus mit Kollaps klinisch relevant, partielle Nekrosen hingegen nicht mit einer schlechteren Prognose behaftet. Während bei Luxationsfrakturen die dringliche Indikation zur Reposition besteht, um insbesondere den Weichteilschaden zu minimieren, zeigen die eigenen Ergebnisse in Übereinstimmung mit

der Literatur, dass die sofortige definitive Osteosynthese nicht zu einer weiteren Verringerung der Nekroserate führt.

Periphere Talusfrakturen betreffen unterschiedliche anatomische Regionen: den Taluskopf – und somit das Chopart-Gelenk – den Proc. fibularis (lateralis), den Proc. posterior, die mediokaudale Taluskante sowie osteochondrale Taluskanntenfrakturen. Sie entstehen häufig durch Distorsions- und Luxationsmechanismen der oberen und unteren Sprunggelenke. M. Richter stellt in seinem differenzierten Beitrag die Diagnostik und therapeutische Strategie dieser nicht selten übersehenen oder unterschätzten Verletzungen dar und gibt auch einen Ausblick auf knorpelregenerierende Verfahren.

Die richtige Strategie bei der Behandlung dislozierter intraartikulärer Kalkaneusfrakturen war und ist Gegenstand kontroverser Diskussionen sowie mehrerer Paradigmenwechsel. H. Zwipp hat maßgeblich das individuelle Herangehen an diese, für den Patienten potenziell schwerwiegenden Verletzungen im deutschsprachigen Raum und darüber hinaus geprägt. Neben der mittlerweile klassischen Versorgungsstrategie mittels Plattenosteosynthese über einen ausgedehnten lateralen Zugang wird in der vorliegenden Arbeit auch das weniger invasive Verfahren mittels Kalkaneusnagel vorgestellt, mit welchem sich die trotz subtiler Präparationstechnik bei ausgedehnten Zugängen nicht vollständig vermeidbaren Wundkomplikationen deutlich reduzieren lassen.

Frakturen des Sustentaculum tali stellen spezielle, periphere Kalkaneusfrakturen dar und sollten, entgegen mancher Darstellung in der Literatur, als intraartikuläre Frakturen angesehen und dementsprechend einer exakten anatomischen Reposition zugeführt werden. Die in die-

sem Heft vorgestellte Serie von C. Dürr *et al.* ist die bislang größte in der Literatur und zeigt den hohen Anteil an Begleitverletzungen entlang der Subtalar- und Chopart-Gelenke, welche meist erst in der CT erkennbar sind und konsequent versorgt werden müssen.

Auch die Frakturen des Proc. anterior calcanei sind periphere Frakturen des Kalkaneus. Sie entstehen – im Gegensatz zu den klassischen, zentralen Frakturen mit Beteiligung der posterioren Gelenkfacette des Subtalargelenks – durch eine Gewalteinwirkung auf das Chopart-Gelenk und werden nach wie vor regelmäßig übersehen. S. Ochman *et al.* stellen die Analyse und spezielle Versorgung dieser atypischen Verletzungen des Kalkaneus in übersichtlicher Weise vor und verweisen auf die Notwendigkeit des Erkennens von Begleitverletzungen, vor allem im medialen Aspekt des Chopart-Gelenks.

Ich bedanke mich bei allen Autoren, die an der Erstellung dieses Themenhefts mitgewirkt haben, und wünsche nunmehr viel Freude bei der Lektüre.

S. Rammelt

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. S. Rammelt

Klinik und Poliklinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden
 Fetscherstr. 74, 01307 Dresden
 stefan.rammelt@uniklinikum-dresden.de

Interessenkonflikt. S. Rammelt gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.