Unfallchirurg 2022 · 125:173–174
<https://doi.org/10.1007/s00113-021-01132-1>
Angenommen: 20. Dezember 2021

© The Author(s), under exclusive licence to Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2022

Arthrose des Sprunggelenks

T. Buchhorn¹ · H. Polzer²

¹Sporthopaedicum Regensburg-Straubing, Straubing, Deutschland

²Sektion Fuß- und Sprunggelenkchirurgie, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Muskuloskelettales Universitätszentrum München (MUM), Klinikum der Universität München, LMU München, München, Deutschland

Autoren

Dipl.-Sportwiss. Dr. med. T. Buchhorn

Prof. Dr. med. H. Polzer

QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Sehr geehrte Leserinnen und Leser!

Die Arthrose des Sprunggelenks betrifft ca. 1 % der erwachsenen Bevölkerung weltweit [1, 2]. Aufgrund des zunehmenden Alters der PatientInnen und des vermehrten Aktivitätsanspruchs stellt die Sprunggelenkarthrose eine zunehmend relevante Erkrankung dar [5]. Dennoch steckt sowohl ihre Behandlung als auch das Bewusstsein zur Therapierelevanz, verglichen mit beispielsweise der Knie- oder Hüftgelenkarthrose, selbst in den Fachkreisen noch in den Kinderschuhen. Entsprechend werden viele Aspekte bei der Behandlung von Arthrosen des Sprunggelenks kontrovers diskutiert.

Im Unterschied zu anderen Gelenken ist die Arthrose des Sprunggelenkes in ca. 70–90 % posttraumatischer Genese [7]. Ursächlich sind v. a. Frakturen der Malleoli, des Pilon tibiale und des Talus sowie auch osteochondrale Läsionen, insbesondere des Talus, aber auch chronische Bandinstabilitäten mit daraus resultierenden Instabilitäten [2]. Wesentlich seltener sind die Ursachen nichttraumatischer Genese, wie beispielsweise angeborene Fußerkrankungen, rheumatoide Arthritis, Hämophilie, Hämochromatose oder die primäre Arthrose [1, 7]. Unabhängig von der Ursache kommt es zu einer Spirale des zunehmenden Knorpelverlusts, die mit einem veränderten Gelenkmilieu einhergeht und zunächst zum lokalen und später zum vollständigen Verlust der Knorpelschicht führen kann. In ca. zwei Drittel der Fälle kommt es zu einer Malposition des Talus im Sinne einer Valgus oder einer Varusfehlstellung [6]. Dies mündet zunächst in eine asymmetrische Mehrbelastung des Sprunggelenks und im Verlauf in die vermehrte Abnut-

zung [3]. Je nach Ausmaß, aber auch individuell verschieden, verursacht dies unterschiedlich ausgeprägte Beschwerden. Diese bestehen meist aus Schmerzen, eingeschränkter Beweglichkeit, verminderter Belastungsfähigkeit und eingeschränkter Gehstrecke [2, 6]. Je nach zugrunde liegender pathologischer Veränderung kann sich die Ausprägung der Symptome unterscheiden. Im Fall einer primären Arthrose beispielsweise zeigten sich, verglichen mit der posttraumatischen/sekundären Arthrose, ein geringeres Schmerzniveau und eine geringere Bewegungseinschränkung, bei gleichzeitig höherem Alter der Betroffenen.

» Therapie der Sprunggelenkarthrose und Bewusstsein ihrer Relevanz stecken noch in den Kinderschuhen

Die Auswahl des therapeutischen Vorgehens ist immer eine individuelle Entscheidung und orientiert sich an diversen Faktoren. Zunächst ist es wichtig, die Einschränkungen im Alltag, damit verbundene Schmerzen und Beschwerden sowie Einschränkung der Gehstrecke und Schwellverhalten des betroffenen Gelenks zu erörtern [2] sowie den sportlichen Anspruch und die berufliche Belastung der PatientInnen zu klären. Stattgehabte Traumata, vorausgegangene Operationen sowie systemische Grunderkrankungen und deren Ausmaß bzw. dadurch vorliegende Beschwerden sollten erfragt werden. Bei der sich anschließenden körperlichen Untersuchung gilt es, das Gangbild, die Restbeweglichkeit und evtl. vorhandene Instabilitäten zu analysieren. Auch das Alignment des Rückfußes spielt eine wich-

tige Rolle. Ein weiterer wichtiger Aspekt bei der Therapieplanung ist die bildgebende Untersuchung. Die konventionellen Röntgenaufnahmen sollten als belastete Aufnahmen durchgeführt werden (Fuß antero-posterior und lateral, „mortise view“ des Sprunggelenks, Rückfußaufnahme, [2]). Darüber hinaus sind CT- und MRT-Aufnahmen für die Therapieplanung wichtig, um weitere pathologische Veränderungen genauer zu bestimmen. Vor allem bei gelenkerhaltenden operativen Maßnahmen sind diese zur Charakterisierung der Knorpelschädigung als obligat anzusehen.

Nach Stand der derzeitigen Fachliteratur stehen je nach Arthrostadium, Begleitumständen und Patientenwunsch sowohl konservative als auch operative, gelenkerhaltende, -ersetzende und versteifende Behandlungsoptionen zur Verfügung [3]. Klare Therapieempfehlungen wie etwa Guidelines existieren nachzeitigem Stand der Literatur nicht [4].

In den folgenden Beiträgen in diesem Heft von Der Unfallchirurg werden daher sowohl konservative als auch die verschiedenen operativen Behandlungsoptionen, ihre Rationale sowie deren wissenschaftliche Evidenz aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet. Eine Übersichtsarbeit zum Thema der Endoprothetischen Versorgung haben wir bewusst ausgelassen, da eine differenzierte Betrachtung den Umfang eines Beitrages sprengen würde. Alternativ haben wir uns für eine fallbasierte Diskussion entschieden, um die Entscheidungskriterien für und wider Prothese/Arthrodeese aufzuzeigen. Es freut uns, dass wir für die Beiträge renommierte Autoren gewinnen konnten, die sich sehr intensiv mit der Behandlung der Arthrose des Sprunggelenks beschäftigen. Wir wünschen Ihnen viel Spaß bei der Lektüre.

Ihr
T. Buchhorn und H. Polzer

Korrespondenzadresse

Dipl.-Sportwiss. Dr. med. T. Buchhorn
Sporthopaedicum Regensburg-Straubing
Bahnhofplatz 27, 93415 Straubing,
Deutschland
tom@buchhorn.biz

Prof. Dr. med. H. Polzer

Sektion Fuß- und Sprunggelenkchirurgie,
Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie,
Muskuloskelettales Universitätszentrum
München (MUM), Klinikum der Universität
München, LMU München
Ziemssenstr. 5, 80336 München, Deutschland
hans.polzer@med.uni-muenchen.de

Interessenkonflikt. T. Buchhorn und H. Polzer geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Barg A, Gaffney CJ, Valderrabano V (2016) Ankle osteoarthritis. In: Valderrabano V, Easley M (Hrsg) Foot and ankle sports orthopaedics. Springer, Cham
2. Barg A, Pagenstert GI, Hügler T, Gloyer M, Wiewiorski M, Henninger HB et al (2013) Ankle osteoarthritis: etiology, diagnostics, and classification. Foot Ankle Clin 18(3):411–426
3. Bloch B, Srinivasan S, Mangwani J (2015) Current concepts in the management of ankle osteoarthritis: a systematic review. J Foot Ankle Surg 54(5):932–939
4. Castagnini F, Pellegrini C, Perazzo L, Vannini F, Buda R (2016) Joint sparing treatments in early ankle osteoarthritis: current procedures and future perspectives. J Exp Orthop 3(1):3
5. Egloff C, Gloyer M, Barg K et al (2013) Arthrose des oberen Sprunggelenks – Ätiologie und Biomechanik. Fuß & Sprunggelenk 11:179–185
6. Glazebrook M, Daniels T, Younger A et al (2008) Comparison of health-related quality of life between patients with end-stage ankle and hip arthrosis. J Bone Joint Surg Am 90(3):499–505
7. Harrasser N, von Eisenhart-Rothe R, Pohl F et al (2017) Arthrose des oberen Sprunggelenks. Orthopäde 46:625–638

Anteriore Schulterinstabilität

Die vordere Schulterluxation stellt die häufigste Luxation beim Menschen dar. Neben konservativen Behandlungsmethoden

sollten daher gerade im Bereich der vorderen Schulterinstabilität stets die neuesten Aspekte und Entwicklungen zur Diagnostik und Therapie ins Auge gefasst werden.

Lesen Sie im Themenheft „Anteriore Schulterinstabilität“ (Ausgabe 01/2021) von Obere Extremität mehr zu folgenden Themen:

- Konservative Behandlung der traumatischen vorderen Schultererstluxation
- Alternative und additive arthroskopische Weichteileingriffe bei vorderer Schulterinstabilität
- Goldenstandard in der Behandlung knöcherner Defekte im Bereich der vorderen Schulterinstabilität - aus amerikanischer und europäischer Sicht
- Bankart-Repair mit knotenlosen Ankern aus Fadenmaterial
- Labrumläsionen bei traumatischer vorderer Schultererstluxation
- Arthroskopische Stabilisierung bei anteriorer Schulterinstabilität mit multidirektionaler Hyperlaxität

Suchen Sie noch mehr zum Thema?

Mit e.Med – den maßgeschneiderten Fortbildungsabos von Springer Medizin – haben Sie Zugriff auf alle Inhalte von SpringerMedizin.de. Sie können schnell und komfortabel in den für Sie relevanten Zeitschriften recherchieren und auf alle Inhalte im Volltext zugreifen.

Weitere Infos zu e.Med finden Sie auf springermedizin.de unter „Abos“