

Verletzungen des oberen Sprunggelenks – Arthrodesese und OSG-Prothese

Diskussion mit dem Auditorium

Als Standardröntgendiagnostik wurden von Herrn Dr. von Recum nach Nachfrage aus dem Auditorium für seine Klinik das Röntgen des oberen Sprunggelenks a.-p. und seitlich sowie eine so genannte Gabelaufnahme in 20° Innenrotation des Unterschenkels angegeben. Diese letztere Aufnahme sei als wertvolle Ergänzung der normalen Röntgenaufnahmen in 2 Ebenen anzusehen.

Was die Wertigkeit der gehaltenen Aufnahme bei Verdacht auf eine Läsion des Außenbandapparats am oberen Sprunggelenk angeht, steht nach Meinung des Referenten die klinische Untersuchung eindeutig im Vordergrund. Die Konsequenzen der Stressaufnahmen werden als fraglich beurteilt. Bei klinisch eindeutiger Diagnose könne auf diese verzichtet werden.

Wie zu erwarten wurde aus dem Auditorium hinsichtlich der CT-Diagnostik bei Syndesmosenverletzungen nachgefragt. In seinem Vortrag hatte Herr Dr. von Recum ausgeführt, dass im Rahmen einer Studie mit Verwendung eines 3D-Bildverstärkers intraoperativ eine Fehlplatzierung der Fibula nach Stellschraubeninsertion in etwa 20% der Fälle festgestellt worden sei. Herr Prof. Zwipp aus Dresden hatte ähnliche Zahlen berichtet. Es wurde Einigkeit dahingehend erzielt, dass eine solche intraoperative CT- bzw. Schnittbilddiagnostik nicht gefordert werden kann. Zum einen ist der finanzielle Aufwand erheblich, zum anderen kann eine derartige techni-

sche Ausrüstung nicht allgemein verlangt bzw. vorausgesetzt werden.

Prof. Holz führte dazu aus, dass nach Hegel der Irrtum eben ubiquitär sei. Man müsse aber bei der Platzierung von Stellschrauben darauf achten, dass es nicht zu einer Verschiebung der Fibula komme. Die Stellschraube solle etwa 30° von hinten gebohrt und eingebracht werden.

Eine Rekonstruktion des Innenbands wurde allgemein nicht als notwendig angesehen. Innen- und Außenbandverletzungen werden heutzutage in der Regel funktionell behandelt. Prof. Weise gab jedoch zu bedenken, dass eine Revision des Innenbands in Ausnahmefällen, z. B. bei eingeschlagenem Bandapparat im Sinn eines Repositionshindernisses, durchaus indiziert sein kann.

Die Reposition der Fibula in die Inzision kann mit Hilfe einer spitzen Repositionszange gut bewerkstelligt werden. Die Platzierung der Stellschraube sollte dann nicht zu weit proximal der Syndesmose erfolgen.

Was die übersehene Syndesmosenverletzung mit nachfolgender OSG-Inkongruenz anbetrifft, wies Herr Dr. von Recum darauf hin, dass Prof. Zwipp aus Dresden eine von ihm entwickelte Rettungsoperation an einem kleinen Klientel vorgenommen hat. Die Erkenntnisse seiner Operationsmethode seien aber aufgrund eines nur kurzen Nachuntersuchungszeitraums noch nicht aussagekräftig. Eine Korrektur

sollte grundsätzlich so früh wie möglich erfolgen, je später sie vorgenommen werde, umso schlechter seien die Ergebnisse.

Entscheidend für die Erkennung der Syndesmosenverletzung sind die biomechanischen Kenntnisse. Die MRT-Untersuchung ist nach wie vor keine Standarddiagnostik.

Zur Arthrodesese des oberen Sprunggelenks führte Herr Prof. Holz am Beginn dieses Diskussionsteils nochmals aus, dass diese Operation im Vergleich mit dem endoprothetischen Ersatz des oberen Sprunggelenks das solidere Verfahren sei. Bei einem jetzt 30-jährigen Patienten, der sein oberes Sprunggelenk nicht überlaste, könne man natürlich grundsätzlich schon die Indikation zur Endoprothese sehen. Schlechte Weichteile sowie eine Fehlstellung mit nicht korrigierbarer ligamentärer Instabilität seien Gründe, um besser eine Arthrodesese vorzunehmen.

Die modernen operationstechnischen Verfahren werden mit Erhalt der Malleolengabel durchgeführt. Bei technisch exakt durchgeführter Arthrodesese ist das Schuhwerk von untergeordneter Bedeutung, viele Patienten können normales Konfektionsschuhwerk tragen.

Auch unter dem Aspekt, dass die modernen oberen Sprunggelenkprothesen mit wenig Knochenverlust implantiert werden können, ist die Konversion vom Prothesengelenk zur Arthrodesese immer noch ein schwieriger Eingriff.

Zu den so genannten Nagelarthrodesen wurde ausgeführt, dass man hier zugunsten einer besseren Sicherung und Stabilität immer das untere Sprunggelenk opfern müsse. Dies relativiert das Verfahren. Die sichere Versteifung des oberen Sprunggelenks gelinge ohne weitere Probleme mit Schrauben oder Platten.

Die Konversion von der Arthrodesese zur OSG-Prothese wurde bisher nur in Einzelfällen vorgenommen. Man kann diesen Gedanken aber grundsätzlich gerade bei jungen Patienten nicht völlig verwerfen. Deswegen ist der Erhalt der Bandstrukturen des oberen Sprunggelenks auch bei der Arthrodesese empfehlenswert.

Korrespondierender Autor

Prof. Dr. F. Maurer

Unfallchirurgische Klinik,
Oberschwaben-Klinik gGmbH,
Krankenhaus St. Elisabeth,
Elisabethenstraße 17, 88212 Ravensburg