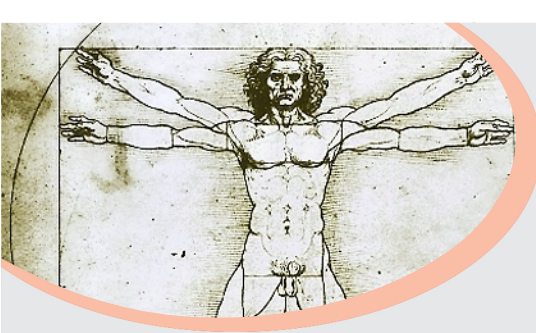


Die Sonntagsprechstunde

Verletzungen von Sehnen und Bändern am Sprunggelenk Von Prof. Dr. Klaus Fritsch



Bänder- und Sehnenverletzungen am Sprunggelenk gehören zu den häufigsten Sportverletzungen. Prof. Dr. Klaus Fritsch, Arzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, erklärt die wichtigsten Verletzungsformen.

Die häufigsten Bänderrisse am Sprunggelenk betreffen die Außenbänder. Von den drei Außenbändern reißt am häufigsten das vordere Außenband (Lig. fibulololare anterius). Der Verletzungsmechanismus ist ein Supinationstrauma, d.h. man knöchelt nach außen um. Danach zeigt sich eine Schwellung und Druckschmerz über den Bändern. Bei der Untersuchung zeigen sich eine vordere Schublade mit Vorwärtsschub des Rückfußes, und eine vermehrte Aufklappbarkeit in Supination. Die Diagnose des Bänderrisses kann durch Streß-Röntgenaufnahmen oder MRT gesichert werden. Die Therapie der Bänderrisse ist meist nicht operativ, zunächst mit Ruhe, Kühlung, Kompression, Hochlagern des Fußes. Es gilt die Grundregel: Je schneller die Gelenksschwellung gestoppt wird, desto kürzer ist die Rehabilitation

für den Patienten. Eine Knöchelschiene sollte für 6 Wochen getragen werden, um die gerissenen Bänder zum Verheilen zu bringen.

Bei chronischer Außenbandinstabilität kommen Schienen und Bandagen zum Einsatz und spezielle krankengymnastische Therapie (Propriozeptionstraining). Bei anhaltenden Beschwerden kann eine operative Stabilisierung durchgeführt werden. Z.B. eine Algren-Operation, bei der die Bänder gestrafft werden.

Treten nach einer Pronationsverletzung (Umknöcheln nach Innen) hinter dem Außenknöchel Schmerzen und Schwellung auf, sollte an eine Verletzung der Peronealsehnen (Riß oder Luxation) gedacht werden.

Innenbandrisse sind wesentlich seltener als Außenbandrisse und treten auch nach einer Pronationsverletzung auf. Sie erfordern eine Orthese und Teilbelastung mit Krücken von 6 Wochen. Wir empfehlen danach für mindestens 3 Monate feste Einlagen zur Stützung des Rückfußes und des Längsgewölbes. Bei nicht therapierten Innenbandrissen kann es

zu einer irreversiblen Fehlstellung im Sprunggelenk kommen.



Sprunggelenksorthese. Foto: red

Syndesmosenrisse betreffen die Bandverbindung zwischen den beiden Unterschenkelknochen. Der Unfallmechanismus ist eine Überstreckung des Sprunggelenks oder eine Außenrotationsverletzung des Sprunggelenks. Bei Hinweis auf eine frische Syndesmoseninsuffizienz mit Verbreiterung des Abstandes zwi-

schen Schienbein und Wadenbein sollte eine operative Stabilisierung durchgeführt werden.

Die Häufigkeit von Achillessehnenrisen nimmt zu. Dies hängt damit zusammen, dass die Anzahl von Menschen zunimmt, die einen Bürojob haben und relativ untrainiert in der Freizeit Sportsport betreiben („weekend-warriors“). Männer sind sechsmal häufiger betroffen als Frauen. Der Häufigkeitsgipfel ist um das vierzigste Lebensjahr. Die Risszone ist meist in dem Areal mit der schlechtesten Gefäßversorgung (mittleres Drittel der Sehne). Die meisten Verletzungen treten nach mehr als 30 Minuten sportlicher Belastung auf, wahrscheinlich durch Versagen neuromuskulärer Schutzreflexe aufgrund von Ermüdung und schlechtem Trainingszustand.

Die Patienten bemerken ein hörbares Schnappen und drehen sich häufig um, da sie das Gefühl haben, es hätte sie jemand in die Ferse getreten. Typisch ist der Thompson Test: Kompression der Wade in Bauchlage löst keine Beugung des Fußes aus. Eine tastbare Lücke und Ultraschall oder

MRT können die Diagnose sichern.

Die nicht operative Therapie kann mit Gips oder Lauforthese durchgeführt werden, wenn keine sportlichen Ansprüche und keine erhöhte berufliche Belastung vorliegen.

Die Operation sollte bei Sporttreibenden Patienten durchgeführt werden. Die Vorteile im Vergleich zur nichtoperativen Therapie: bessere Rekonstruktion der Sehnenlänge, geringere Rerupturrate, besseres funktionelles Ergebnis. Die meisten Patienten haben Angst davor, dass sich die Achillessehne rasch zurückzieht (wie ein gerissenes Gummiband), und nach einigen Tagen inoperabel wird. Die Achillessehnen-Operation ist jedoch keine zwingende Notfall-Operation, sondern kann in den nächsten Tagen nach dem Riss ohne Zeitdruck als Wahl Eingriff erfolgen. Hilfreich ist dabei, wenn der Patient sich vom Zeitpunkt des Risses bis zur Operation schont, damit die Verletzungsregion nicht sehr aufgeschwollen ist. Dies erleichtert die Operation und Rehabilitation.



Prof. Dr. Klaus Fritsch.

Mitglied im Ärztenetzwerk



Mein Gesundheitsnetzwerk

www.mein-gesundheitsnetzwerk.de

Weitere Informationen finden Sie unter: www.oc-bayreuth.de
In unserer nächsten Sonntagsprechstunde ist Dr. med. Ralf Nastvogel mit dem Thema „Strahlenbelastung in der medizinischen Diagnostik“ zu Gast.