

Sprunggelenksverletzungen

Das Sprunggelenk verbindet den Unterschenkel mit dem Fuss und muss bei jedem Schritt die gesamte Körperlast tragen und auf den Boden umsetzen. Zahlreiche Bänder und Sehnen sichern und führen das Sprunggelenk, bei einem normalen Gangzyklus entstehen dabei Kräfte, die dem Dreifachen des Körpergewichts entsprechen.

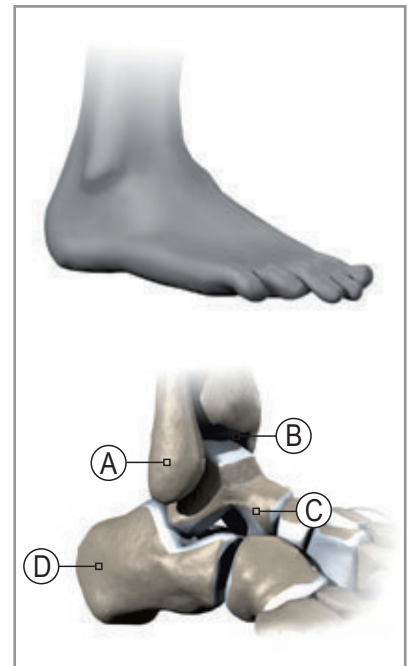
Dadurch ergeben sich verschiedene Verletzungsmöglichkeiten. Das so genannte »Umknicken des Fusses« ist wahrscheinlich die häufigste Sportverletzung: man schätzt, dass eine Sprunggelenkverletzung pro 10'000 Personen und Tag geschieht, im Sport sind zum Beispiel über 30% der Fussball-Verletzungen und 45% der Basketball-Verletzungen Sprunggelenksverletzungen.

Der »Bänderriss« der Seitenbänder (E) unterhalb des Aussenknöchels ist dabei die häufigste Diagnose. Seltener kann auch die Syndesmose (F) verletzt sein, welche die Sprunggelenksgabel zwischen Schien- und Wadenbein stabilisiert. Es treten aber auch Knochenbrüche, Knorpelverletzungen oder Sehnenrisse auf. Trotz korrekter konservativer Behandlung können in circa 20 – 40% der Fälle typische sekundäre Probleme auftreten. Dazu zählen das »Schlottergelenk« (chronische Bandinstabilität), das »Fussballer-Sprunggelenk« (anteriores Impingement = vordere Einengung) und die Osteochondralen Defekte (tiefe Knorpelschäden).

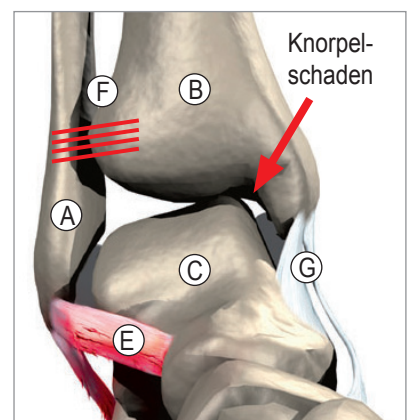
Meist wird primär eine konservative Behandlung mit Gips oder einer Schiene durchgeführt, gefolgt von funktionellem Stabilitätstraining evtl. unter physiotherapeutischer Anleitung. Primäre Operationen werden nur bei Sportlern, Begleitverletzungen oder bei wiederholtem Auftreten der Bänderrisse empfohlen.

Dank der minimalinvasiven Technik können heute die meisten Verletzungsfolgen versorgt werden, ohne das umliegende Gewebe zusätzlich zu beschädigen. Wie im Knie- und Schultergelenk hat sich dabei die Arthroskopie auch im Sprunggelenk durchgesetzt: Durch zwei bis drei stichartige Zugänge können vordere und hintere Knochen-spornen geglättet, Schleimhaut-Entzündungen im Gelenk und um die Sehnen reduziert, kleine Knochen- und Knorpelteile entfernt sowie ein so genanntes »Microfracturing« bei tiefen Knorpelschäden durchgeführt werden.

Im Falle einer Bandinstabilität wird heute bei uns ein minimal-invasives anatomisches Rekonstruktionsverfahren (arthroskopische Befestigung der Bänder mit Knochenankern) gegenüber der früher oft durchgeführten Sehnen-Ersatz-Operation (Tenodese) favorisiert. Langzeitstudien haben nämlich gezeigt, dass die anatomische Rekonstruktion nach 2 – 15 Jahren nicht nur eine höhere Patientenzufriedenheit und bessere mechanische Stabilität aufweist, sondern auch eine bessere Beweglichkeit und weniger degenerative Veränderungen im Sprunggelenk als nach einer Tenodese-Operation. Dies gilt sowohl für die allgemeine Population als auch für Athleten, die besonders hohe Ansprüche an ihr Sprunggelenk stellen.



- (A) Wadenbein (Fibula)
- (B) Schienbein (Tibia)
- (C) Sprungbein (Talus)
- (D) Fersenbein (Calcaneus)



- Sprunggelenksverstauchung:
- (A), (B), (C), siehe Legende oben
 - (E) Aussenbänder
 - (F) Syndesmose
 - (G) Innenbänder