

VERLETZUNGEN DES SPRUNGGELENKS

Konservative und operative Behandlungsmethoden



KLINIK DES BEZIRKS UNTERFRANKEN
ORTHOPÄDISCHE KLINIK
KÖNIG-LUDWIG-HAUS
W Ü R Z B U R G
LEHRSTUHL FÜR ORTHOPÄDIE DER UNIVERSITÄT





Röntgenbild – Arthrose oberes Sprunggelenk



Röntgenbild – Sprunggelenkersatz

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten Sie als Gast unserer Klinik herzlich begrüßen und Ihnen einen angenehmen Aufenthalt bei uns wünschen. Sie haben sich für eine Behandlung im König-Ludwig-Haus entschieden. Wir bedanken uns für dieses Vertrauen und bemühen uns, es zu Ihrer vollsten Zufriedenheit zu rechtfertigen.

Mit dieser Patientenbroschüre möchten wir Sie über die Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen des Sprunggelenkes informieren, so dass Sie sich ein erstes Bild machen können.

Das (obere) Sprunggelenk wird von Schienbein, Wadenbein und Sprunggelenk gebildet. Schienbein und Wadenbein formen mit dem Innen- und Außenknöchel die Sprunggelenksgabel, in der sich das Sprungbein bewegt, so dass wir den Fuß um eine quer durch die beiden Knöchel verlaufende Achse heben und senken können.

Das Gelenk wird durch die Gelenkkapsel und Bänder, aber auch durch ein fein abgestimmtes Zusammenspiel der gelenkübergreifenden Muskeln und Sehnen stabilisiert. Die miteinander in Kontakt stehenden Gelenkflächen sind von Gelenkknorpel überzogen, der nur halb so dick ist wie der Knorpel des Kniegelenkes und im Sprunggelenk besonders hohen Belastungen ausgesetzt ist.

Krankheitsbilder, Behandlungsmethoden und Nachsorge

Impingement

Als Impingement des Sprunggelenkes wird eine Erkrankung bezeichnet, bei der es zur Ausbildung von knöchernen Anbauten, s. g. Osteophyten kommt. Die knöchernen Veränderungen schränken nicht nur die Beweglichkeit des Gelenkes ein, sondern können durch wiederholtes Einklemmen von Kapselgewebe oder Gelenkschleimhaut für den Patienten auch sehr schmerzhaft sein. Ursache sind wiederholte Mikroverletzungen, wie sie z. B. klassisch und sportartbedingt beim Fußball auftreten, weshalb diese Erkrankung auch als Fußballer Sprunggelenk bezeichnet wird.

Die Diagnose wird neben dem typischen klinischen Befund durch das Röntgenbild gestellt. Es zeigt die knöchernen Randzacken, insbesondere an der Schienbeinvorderkante und am Hals des Sprungbeins. Weitere Informationen kann eine Kernspintomographie liefern, die auch Veränderungen des Knorpels und der Bänder und Sehnen aufdecken kann.

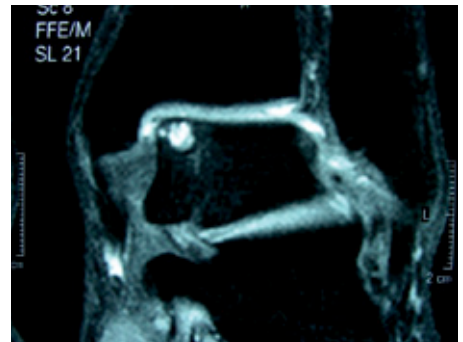


Impingement durch knöcherne Randzacken

Die Behandlung des Impingements des Sprunggelenkes ist in den meisten Fällen operativ, da eine Beseitigung der knöchernen Anbauten und eine Entfernung der ein-klemmenden Weichteile Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie sind. Die Operation erfolgt mittels einer Gelenksspiegelung (Arthroskopie) in minimal-invasiver Technik und kann auch ambulant durchgeführt werden. Über wenige Millimeter große Hautschnitte wird eine Optik in das Sprunggelenk eingeführt, mit feinen Instrumenten die krankhaften Veränderungen abgetragen und aus dem Gelenk entfernt.

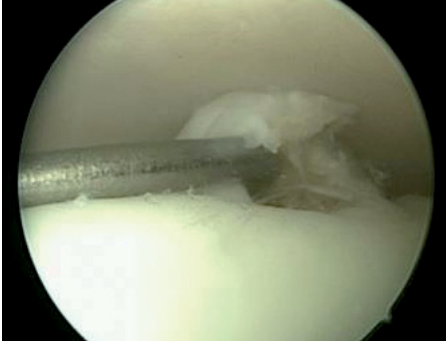
Osteochondrale Läsionen

Die von Knorpel überzogenen Gelenkflächen des Sprunggelenkes werden in vielen Berufen und insbesondere im Sport besonders beansprucht. Verschleißerscheinungen und Verletzungen führen zu Knorpelschäden oder auch zu kombinierten Schäden von Knorpel und dem unter dem Knorpel angrenzenden Knochenabschnitt (Osteochondrale Läsionen).



Kernspintomographie, osteochondrale Läsion im Sprunggelenk

Krankheitsbilder, Behandlungsmethoden und Nachsorge



Arthroskopie oberes Sprunggelenk mit Ablösung eines Knorpel-Knochen-Stückes

Schmerzen unter Belastung und Schwellung des Gelenkes sind die Hauptsymptome. Knöchelverletzungen, wie sie beim Umknicken im Sprunggelenk auftreten können, werden bereits in der Röntgenaufnahme erkennbar. Reine Schäden am Knorpel erfordern eine kernspintomographische Untersuchung, die auch eine Abgrenzung von anderen osteochondralen Läsionen ermöglicht, deren Entstehung multifaktoriell und deren Häufigkeit unbekannt ist, da sie bei vielen Patienten asymptomatisch bleiben.

Das Behandlungsspektrum reicht von der konservativen Behandlung der bei einem Sportunfall zufällig entdeckten Läsion bis zu den verschiedenen operativen Methoden, die angezeigt sind, wenn Beschwerden bestehen. Die Therapieoptionen reichen dabei vom Erhalt der Gelenkfläche durch Refixation eines abgelösten Fragmentes über das Debridement, bei dem abgelöste Knorpel und Knochteile entfernt und der freiliegende Knochen zur Bildung eines faserknorpeligen Ersatzgewebes stimuliert wird, bis



Klinische Stabilitätsprüfung des Sprunggelenkes

hin zum biologischen Wiederaufbau der Gelenkfläche, bei dem der Knochendefekt durch eine Knochentransplantation aufgefüllt wird. Der darüber fehlende Knorpelbelag wird durch das Einbringen einer zunächst zellfreien Matrix rekonstruiert, in die dann ortsständige Vorläuferzellen einwandern und sich unter der Bewegung in knorpelzellähnliche Zellen weiterentwickeln.

Chronische Instabilität des Sprunggelenks

Verletzungen der stabilisierenden Kapselbandstrukturen des Sprunggelenks sind unter den häufigsten orthopädischen und sportmedizinischen Verletzungen. Es sind vor allem die Außenbänder des Sprunggelenkes betroffen. Erfreulicherweise können diese Verletzungen häufig ohne Operation mit einer speziellen Schiene oder einem Gips zur Ausheilung gebracht werden, es sei denn, es liegen Begleitverletzungen der knöchernen Strukturen oder des Gelenkknorpels vor. Lesen Sie bitte weiter auf Seite 4, ...

Krankheitsbilder, Behandlungsmethoden und Nachsorge

Eine wichtige Rolle spielt auch die Physiotherapie, um die muskuläre Stabilisierung des Sprunggelenkes zu optimieren. Dennoch bildet sich in 20-40% der akuten Bandläsionen eine chronische Instabilität des Sprunggelenkes aus. Auch in der Behandlung der chronischen Sprunggelenksinstabilität steht zunächst die Verbesserung der muskulären Stabilität und des Gleichgewichts im Vordergrund.

Wenn sich durch diese nicht operativen Massnahmen jedoch keine stabile Situation erreichen lässt, sollte die operative Stabilisierung des Sprunggelenkes geplant werden. Dabei wird zunächst eine Gelenkspiegelung durchgeführt, um eventuelle Verletzungen innerhalb des Gelenkes, zum Beispiel des Gelenkknorpels zu erkennen und mit behandeln zu können. Dann werden die nicht verheilten Bänder genäht und gegebenenfalls mit einem Lappen aus Knochenhaut oder durch eine Sehnenübertragung verstärkt.

Nach der Operation muss für sechs Wochen eine Gipsruhigstellung durchgeführt werden, damit die Rekonstruktion stabil verteilbar kann.

Arthrose des oberen Sprunggelenkes

Arthrose ist Gelenkabnutzung. Insbesondere handelt es sich dabei um einen Verschleiß des Gelenkknorpels. Bedauerlicherweise ist ein flächenhafter Knorpelschaden aktuell noch nicht wieder herstellbar. Bei der Arthrose des Sprunggelenkes ist meistens ein

Unfall die Ursache für die Gelenksschädigung. Es gibt Verschleißerscheinungen des gesamten Sprunggelenkes, oder innen/außen-betonte bei Gelenkfehlstellung. Da es im Moment keine Möglichkeit gibt, Gelenkknorpel wieder herzustellen, können nicht operative Behandlungen allenfalls das Voranschreiten der Erkrankung verlangsamen. Dabei wird mit Physiotherapie, optimierter Schuhversorgung und Schmerzmitteln eine Linderung der Beschwerden erzielt.

Je nach Ausmaß und Ausprägung der Erkrankung gibt es unterschiedliche Möglichkeiten der operativen Verbesserung. Zunächst wird dabei fast immer eine Arthroskopie (Gelenkspiegelung) durchgeführt, um das genaue Ausmaß der Knorpelschädigung zu erfassen. Dann können instabile Knorpelanteile, störende Knochenkanten, oder Vernarbungen der Gelenkschleimhaut entfernt werden. Bei einseitig ausgebildeten Verschleißerscheinungen des Sprunggelenkes entweder an der Innen- oder der Außenseite kann dann eine Verbesserung der Beschwerden durch die Geradstellung des Knochens (Osteotomie) erreicht werden. Der Vorteil ist hier der Erhalt des eigentlichen Sprunggelenkes.

Bei fortgeschrittenem Verschleiß bleiben die Möglichkeiten, ein künstliches Sprunggelenk einzusetzen oder das Gelenk zu versteifen. Dabei entscheiden Knochenqualität, Gelenkkonfiguration und Fußstellung sowie individuelle Ansprüche darüber, welches die optimale Methode ist. Wir werden die bestmögliche Therapie unter Berücksichtigung ihrer individuellen Situation und Wünsche planen.



Dieses Informationsblatt ist lediglich eine Ergänzung zum Gespräch mit dem Arzt und zum persönlichen Behandlungsplan. Beachten Sie auch weitere Hinweise zu Risiken und Komplikationen auf dem Aufklärungs- und Einwilligungsfomular.



Kooperationspartner des
Onkologischen Zentrums des
Universitätsklinikums Würzburg



Lehrstuhl für Orthopädie
der Universität Würzburg



Orthopädisches Zentrum für
Musculoskelettales Forschung

KLINIK DES BEZIRKS UNTERFRANKEN
ORTHOPÄDISCHE KLINIK
KÖNIG-LUDWIG-HAUS
W Ü R Z B U R G



Brettreichstr. 11 · 97074 Würzburg

Tel. 0931-8 03-15 00

Fax: 0931-8 03-15 09

eMail: info@koenig-ludwig-haus.de

www.koenig-ludwig-haus.de

