

Patientenmerkblatt „Bänderriss am Sprunggelenk“

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben sich eine ligamentäre Verletzung Ihres Sprunggelenkes zugezogen. Dieses Merkblatt soll Ihnen einige Fragen bezüglich der Verletzung beantworten, sowie Ihnen die Richtlinien zur Behandlung nahe bringen. Falls Sie noch weitere Fragen oder Probleme haben stehen Ihnen die Mitarbeiter der unfallchirurgischen Klinik gerne zur Beantwortung dieser zur Verfügung.

Bänderriss am Sprunggelenk

Synonyme: Fibulare Kapselbandruptur, Riss des Ligamentum fibulotalare anterius/posterius und oder des Ligamentum fibulocalcaneare, Bandruptur, Außenbandruptur, Desmorrhexis, OSG-Distorsion, Supinationstrauma, Bänderdehnung

Definition: Der **Bänderriss am Sprunggelenk** ist ein teilweises oder vollständiges Zerreißen eines oder mehrerer Bandstrukturen. An den betroffenen Gelenken zeigt sich eine Schwellung mit Schmerz und Bluterguß. Die Behandlung von Bänderrissen erfolgt meist durch Ruhigstellung für 2-6 Wochen oder operativ durch eine Bandnaht bzw. durch Fixierung ausgerissener Knochenstücke.

Häufigkeit: Schäden an den **Außenbändern des Sprunggelenks** gehören zu den häufigsten Sportverletzungen und damit zu den häufigsten Verletzungen überhaupt.

Ursache: Der Außenbandapparat besteht aus drei verschiedenen Bandanteilen, die die Spitze des Außenknöchels mit dem Fersenbein (Calcaneus) und dem Sprungbein (Talus) verbinden.
Am häufigsten reißen die Außenbänder bei jungen Erwachsenen. Ältere Menschen erleiden eher einen Bruch des Außenknöchels, während bei Kindern Verletzungen der Wachstumsfuge auftreten.
Eine Verletzung der Außenbänder entsteht meist durch Umknicken des Fußes nach außen. Mediziner beschreiben den Unfallhergang als „Sprunggelenks-Distorsion“ oder „Supinationstrauma“. Dabei können die Bänder nur „gezerrt“ werden (Überdehnung), es können einzelne oder auch alle drei Bänder anreißen (Teilriß) oder auch ganz durchreißen (Bänderriß/Ruptur). Der Schmerz läßt keinen eindeutigen Rückschluß auf die Verletzungsschwere schließen. Teilweise können Bänderdehnungen schmerzhafter sein als Bänderrisse, da beim Riß auch alle Schmerzrezeptoren zerstört werden und damit nicht mehr schmerzen können.
Vor allem bei Sportarten wie Fußballspielen, Tennis oder Volleyball kommt es häufig zu Verletzungen des Außenband-Apparates. Aber auch das Tragen von Schuhen mit hohem Absatz birgt die Gefahr, mit dem Fuß umzuknicken.

Symptome: In der Regel erkennt man bei einem Bänderriss eine deutliche Schwellung im Bereich des Außenknöchels, der durch Wassereinlagerung und Bluterguß (Hämatom) bedingt sind.
Es besteht ein starker Druck- und Bewegungsschmerz über den verletzten Bändern. Das Auftreten und Belasten des Fußes führen zu starken Schmerzen.
Wenn die Schmerzen nicht zu groß sind, läßt sich das Sprunggelenk „aufklappen“. Die Gelenkflächen lassen sich durch den Verlust der Außenbandfunktion voneinander entfernen, wenn man den Fuß nach innen dreht bzw. den Unterschenkel bei fixiertem Fuß Richtung Ferse drückt.

Diagnose: Für den Betroffenen selbst ist es nicht möglich zwischen einer Überdehnung und einem Riss des Außenbandes zu unterscheiden. Der Arzt stellt Fragen zum Unfallhergang, untersucht den Fuß und läßt eine Röntgenaufnahme anfertigen, um eine Verletzung eines Knochens ausschließen zu können.
Außerdem wird die Stabilität des Gelenkes überprüft, was bei frischer Verletzung zuweilen schmerzhaft ist. Bestehen danach weiter Zweifel, gibt eine Ultraschalluntersuchung in Lokalanästhesie zusätzlichen Aufschluss. Dabei wird der Fuß in eine Halterung eingespannt und das Gelenk aufgedehnt, so daß im

Ultraschallbild die Stabilität beurteilt werden kann. Da Gelenke bei jedem Menschen unterschiedlich weit aufgespreizt werden können, fertigt der Arzt in der Regel eine Kontroll-Aufnahme des gesunden Sprunggelenkes an.

Therapie:

Die Behandlung von Bänderrissen am Außenknöchel erfolgt heute meist **ohne** Operation. Bei starker Schwellung des Knöchels wird meist eine **Gipsschiene** angepaßt, um das Sprunggelenk ruhig zu stellen. Dies stabilisiert das Gelenk und beschleunigt das Abschwellen. Wir bitten Sie darüber hinaus das Bein so viel wie möglich **hoch zu lagern** und **Eisbeutel** aufzulegen. Die Ruhigstellung in der Gipsschiene erfordert ggf. eine Blutverdünnung, um Thrombosen vorzubeugen. Diese Thromboseprophylaxe wird von uns falls erforderlich als Fertigspritze rezeptiert, die Sie sich täglich selbst applizieren müssen.

Ist die Schwellung über dem Knöchel abgeklungen, wird eine **Sprunggelenkschiene** angepaßt. Mit dieser stabilisierenden Maßnahmen, die über mindestens **fünf Wochen** durchgeführt werden sollte, kann der Fuß wieder voll belastet werden. Eine Blutverdünnung ist dann nicht mehr notwendig.

Wichtig bei der Behandlung ist, daß die Stabilisierung **durchgehend** erfolgt, damit die zerrissenen Bänder straff vernarben können. Wird diese Behandlung nicht konsequent durchgeführt, besteht das Risiko, daß die Bänder locker verheilen. Folge sind dann unter Umständen wiederholte Verrenkungen im Sprunggelenk, da dieses durch die lockeren Bänder ungenügend stabilisiert wird.

Nach der fünfwöchigen Stabilisierung in der Knöchelschiene sollte für weitere sechs Wochen auf Sportarten verzichtet werden, die ein hohes Risiko neuerlicher Verrenkungen bergen. Ist ein sportlicher Einsatz nicht zu vermeiden, sollte das Sprunggelenk zumindest durch Klebeverbände (Tapeverband) geschützt werden.

Zusätzlich kann neuerliches Umknicken durch so genanntes **propriozeptives Training** unter physiotherapeutischer Aufsicht entgegengewirkt werden. Dabei handelt es sich um gezieltes Auftrainieren bestimmter Muskelgruppen, die das Sprunggelenk zusätzlich zu den vorhandenen Bändern stabilisieren können. **Sie bekommen von uns 10malig Krankengymnastik mit Propriozeptiventraining rezeptiert.**

Operation als letzte Option

Eine operative Versorgung von Bänderrissen am Außenknöchel wird heute nur noch dann durchgeführt, wenn trotz konsequenter, nicht operativer Behandlung weiterhin ein instabiles Gelenk besteht, welches immer wieder zu Verrenkungen führt.

Vergleichende Studien haben gezeigt, dass die früher übliche Erstbehandlung der Bänderrisse am Sprunggelenk durch eine operative Bandnaht hinsichtlich der Resultate gegenüber der nicht operativen Behandlung **keine** Vorteile bietet.

Prophylaxe:

Ein guter Trainingszustand und sorgfältiges Aufwärmen vor sportlichen Betätigungen minimieren das Risiko einer Distorsion / Umknickens erheblich, können ein Umknicken jedoch nicht letztendlich verhindern. Gutes Schuhwerk kann durch Gabe von ausreichend Stabilität ein Umknicken verhindern. Je höher der Sportschuh, um so sicherer der Schutz vor einer Bandverletzung. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass das Risiko eines Knochenbruchs oder einer Kniegelenksverletzung steigt. Vorbeugend können gefährdete Gelenke bei entsprechenden Sportarten auch bandagiert oder mit einem Tape-Verband geschützt werden.

Prognose:

Ziel jeder Therapie ist die Ausheilung des Bänderrisses mit Erhaltung der Stabilität und Belastbarkeit des Sprunggelenkes. Bei **Nicht-Behandlung** kann es zu bleibender Instabilität des Gelenkes mit vorzeitiger Gelenkabnutzung (**Arthrose**) kommen.

Einfache Bänderdehnungen heilen in der Regel innerhalb von **ein bis zwei Wochen** aus. Sind Kapselbänder gerissen, kommt es unter konservativer Therapie zu einer **narbigen Defektheilung der Bänder**. Meist reichen die vernarbten Bänder aus, um die ursprüngliche Funktion wieder übernehmen zu können. Wenn die Stabilität nicht ausreicht entsteht hierdurch eine Gelenkinstabilität. In diesen Fällen sollte eine Operation in Betracht gezogen werden. Solche Verletzungen können besonders bei Sportlern operativ versorgt werden. Bei komplikationslosem Verlauf ist die vollständige Sporttauglichkeit meist nach drei Monaten wieder gegeben.

Zusammenfassung

Der Bänderriß am Sprunggelenk ist eine relativ häufige Verletzung der ligamentären Strukturen des Knöchels, der sehr schmerzhaft sein kann. Die Diagnose erfolgt durch die klinische Untersuchung des Arztes, eine Röntgenaufnahme des Fußes, sowie ggf. durch eine Ultraschalluntersuchung des Fußes in Lokalanästhesie.

Die Therapie gliedert sich in folgende Einheiten:

- | | |
|-------------------|---|
| 1. Woche: | Bei starker Schwellung des Knöchels Ruhigstellung in Unterschenkelgipsschiene, ggf. Thromboseprophylaxe mit Heparin-Fertigspritzen zur Selbstapplikation. Des weiteren Kühlung und Hochlagerung des Fußes. |
| 2. – 5. Woche | Anlage einer Knöchelschiene, die kontinuierlich getragen werden sollte. Der Fuß kann voll belastet werden. Eine Thromboseprophylaxe ist nicht erforderlich. |
| Nach der 5. Woche | 10x Physiotherapie incl. Propriozeptionstraining von uns rezeptiert. Aktivitäten die mit erhöhtem Distorsionsrisiko verbunden sind (Fußball, tragen hoher Absätze) sollten für weitere 6 Wochen vermieden werden. |