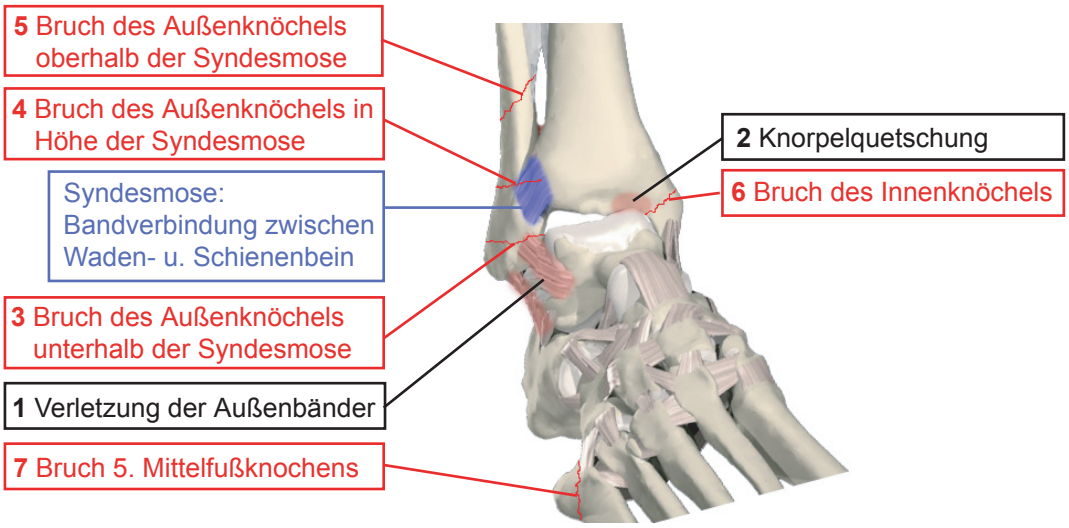
ORTHOPAEDICUM
Orthopädie und Unfallchirurgie
Gesundheitszentrum Kiel-Mitte • Prüner Gang 15 • 24103 Kiel • Tel. 0431-60 05 60 • E-Mail: info@orthopaedicum.info
Praxis Kiel-Elmschenhagen • Dorfstraße 9 • 24146 Kiel • Tel. 0431-78 45 45 • E-Mail: info-elm@orthopaedicum.info
www.orthopaedicum.info

Verletzungen der Sprunggelenke

Verletzungen der Sprunggelenke zählen zu den häufigsten Alltags- und Sportverletzungen. Die Verletzungsschwere reicht von Zerrungen und Verstauchungen bis hin zu komplizierten Brüchen mehrerer Knochen. Dementsprechend vielfältig ist die erforderliche Therapie.



Erstmaßnahmen:

Alle Maßnahmen sind darauf ausgerichtet, Schmerzen zu lindern und eine stärkere Schwellung zu verhindern. Wie bei der Behandlung anderer Sportverletzngen auch folgen die Maßnahmen der PECH - Regel:

P = Pause : Nach der Verletzung nicht versuchen, die Belastung fortzusetzen.

E = Eis : Sofortige Kühlung mit Kühlspray, Coolpack oder Eisbeutel.

Vorsicht : Immer eine Zwischenlage zwischen Haut und Kühlobjekt. Durch Unterkühlung der oberen Hautschichten kann es sonst zu Verbrennung kommen.

C = Compression : Wickeln der Gelenkes mit elastischer Binde von den Zehen bis zum Unterschenkel.

Vorsicht : bei zunehmender Schwellung unter dem Verband kann es zu Durchblutungsstörungen kommen. Bei Gefühlsstörungen oder zunehmender Schwellungder Zehen muss der Verband umgehend gelockert werden.

H = Hochlagerung : Eine Entstauung durch Hochlagerung wird nur erreicht, wenn der Fuß höher als das Herz gelagert wird. Also nicht am Schreibtisch sitzen und den Fuß in eine Schublade legen, sondern tatsächlich im Bett oder auf dem Sofa mit flachliegendem Oberkörper liegen und den verletzten Fuß z.B. auf einem Kissenstapel oder einem umgedrehten Wäschekorb lagern.

Behandlungskonzepte

Zerrung und Verstauchung s. Abb. 1 u. 2:
Kompression mit Tape-Salbenverband für ca. 1 Woche. Danach erneute Überprüfung der Bandstabilität. Bei festen Bandverhältnissen Versorgung mit einer elastischen Bandage. Die Bandage sollte bei Alltagsbelastungen getragen werden bis Schmerzfreiheit eintritt. Bei Sportbelastungen für einen Zeitraum von mindestens 6 Wochen. Eine spezielle Krankengymnastische Nachbehandlung ist nicht erforderlich.

Außenbandriss s. Abb. 1 u. 2:
Je nach Ausmaß der Instabilität und der Schwellung zunächst Tape-Salben-Verband oder gespaltener US-Gips/Gipsstiefel. Teilentlastung an Unteramgehstützen. Nach Abschwellung bei mäßiger Instabiltät Versorgung mit stabilisierender Bandage. Bei deutlicher Instabiltät Gipsfixation für mindestens 3 Wochen. Danach Beginn mit Bewegungsübungen und Versorgung mit stabilisierender Bandage. Während der Gipsfixation muss ein Thromboseschutz mit Heparinspritzen durchgeführt werden. Eine spezielle Krankengymnastische Nachbehandlung ist nicht erforderlich. Belastbarkeit ohne Bandage für Alltagsbelastungen frühestens nach 6 Wochen. Sportbelastungen nach ca. 8 Wochen möglich.

Knochenbrüche s. Abb. 3-7:
Die Behandlung von Knochenbrüchen am Sprunggelenk reicht von rein konservativen Maßnahmen mit Gipsruhigstellung bis hin zu operativen Rekonstruktionen der Knochen und Bänder. Welches Verfahren jeweils zur Anwendung kommt hängt davon ab, ob die Sprunggelenksgabel durch die Verletzung instabil geworden ist und wieweit die gebrochenen Knochen verschoben sind.

Knochenbrüche mit geringer Verschiebung im Bereich des Außenknöchels unterhalb oder auf Höhe des Syndesmosenbandes (S. Abb. 3 u. 4) sowie der Basis des 5. Mittelfußknochens (s. Abb. 7) können meist mit einer Gipsruhigstellung über einen Zeitraum von 6 Wochen konservativ behandelt werden. Ca. 1 Woche und und 3 Wochen nach dem Unfall werden Röntgenkontrollen durchgeführt, um sicher zu sein, dass es nicht nachträglich zu einer Verschiebung des Bruches kommt.

Knochenbrüche des Außenknöchels oberhalb des Syndesmosenbandes und des Innenknöchels (s. Abb. 5 u. 6) führen immer zu einer Instabilität des Sprunggelenksgabel und müssen daher auch operativ behandelt werden. Durch Verschraubung, Verdrahtung und die mit kleinen Metallplatten wird die Stabilität der Sprunggelenksgabel wieder hergestellt. Je nach Bruchform und in Abhängigkeit von der Knochenfestigkeit kann unter Umständen schon nach 3 Wochen mit Bewegungsübungen und einer Teilbelastung begonnen werden. Während der Gipsfixation muss ein Thromboseschutz mit Heparinspritzen durchgeführt werden. Eine Belastbarkeit für Alltagsbelastungen besteht frühestens nach 6 Wochen. Bis dahin ist die Teilentlastung an Unterarmgehstützen erforderlich. Problemloses Gehen in normalem Schuhwerk ohne Gehstützen nach ca. 8 Wochen. Häufig ist eine Krankengymnastische Nachbehandlung zur Normalisierung der Sprunggelenksbeweglichkeit und des Gangbildes erforderlich.

Komplikationen:
In seltenen Fällen kann es unabhängig von der Schwere der Verletzug zu einer lang anhaltenden Schwellneigung und belastungsabhängigen Schmerzen kommen. Bei diesen Verläufen sind weitere Behandlungsmaßnahmen wie Krankengymnastik, Lymphdrainage, Kompressionsstrümpfe und Schuhzurichtungen erforderlich.