

Definition

Das obere Sprunggelenk, bestehend aus dem unteren Schienbeinende, dem Innen- und Außenknöchel sowie dem Sprungbein (Talus), wird an der Außenseite von drei Bändern (vgl. Abb. 1) gehalten, welche die Spitze des Außenknöchels mit dem Fersenbein (FCA) und dem Sprungbein (FTP und FTA) verbinden. Wird dieser Außenbandapparat durch Umknicken des Fußes nach innen (Supinationstrauma) verletzt, kommt es zu einem Außenbandriss, bei dem die Bänder sowohl einreißen (Partialruptur) als auch durchreißen (Totalruptur) können. Meistens reißt zunächst die Bandverbindung zum Sprungbein (FTA).

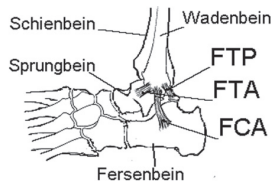


Abb. 1:
Schema des Sprunggelenks mit den Außenbändern zum Sprungbein (FTP: ligamentum fibulotalare posterius, FTA: ligamentum fibulotalare anterius) und zum Fersenbein (FCA: ligamentum fibulocalcaneare)



Abb. 2:
Supinationstrauma (linker Fuß) und Orthese (Aircast) zur Vermeidung dieser Bewegung (rechter Fuß)

Außenbandriss < S 93.2 >

Häufigkeit und Ursachen

Der Außenbandriss ist die häufigste Sportverletzung insbesondere in den Altersgruppen 10-30 Jahre und bei den Sportarten Fußball, Tennis, Basket- oder Volleyball. Im Alltagsbereich ist vor allem das Umknicken auf unebenem Boden oder aufgrund ungeeigneten Schuhwerks (z.B. hochhackige Schuhe) Ursache dieser Verletzung.

Hauptsymptome sind eine starke Schwellung des Außenknöchels mit entsprechendem Druckschmerz und nach ca. 1-2 Tagen ein Bluterguss unterhalb des betroffenen Außenknöchels. Das Auftreten ist oft sehr schmerzhaft oder gar nicht mehr möglich. Allerdings zeigt die Stärke des Schmerzes nicht die Schwere des Traumas an, da Zerrungen zuweilen schmerzhafter sind als Abrisse und ein Rezidiv meist schwächere Symptome aufweist.



Abb. 3:
Schwellung und Bluterguss am Außenknöchel

Diagnostik

Entscheidend für die Diagnose „Außenbandriss“ sind zunächst die genannten Symptome in Verbindung mit dem Unfallhergang (Supinationstrauma). Anschließend wird im Vergleich zur gesunden Seite getestet, ob und wie weit sich das Sprungbein (Talus) gegen den Unterschenkel verschieben lässt. Wenn die Vorwärtsverschiebung (Talusvorschub) 8 mm und die Innenverkipfung des Fußes 8° überschreitet, deutet sich ein Außenbandriss an. Wird diese Funktionsprüfung durch Schmerz bedingtes Gegenspannen des Patienten erschwert, kann die Stressuntersuchung zu einem späteren Zeitpunkt nach Abklingen der Akutsymptome nachgeholt werden. Ist die klinische Untersuchung nicht eindeutig, können sog. „gehaltene Röntgen-Aufnahmen“ durchgeführt werden, bei denen ein durch Ausübung eines „Supinationsstresses“ vermehrtes Aufklappen im Gelenk sichtbar wird. Selten wird eine weiterführende Diagnostik in Form der Kernspintomografie nötig.

Therapie

Seit Studien bereits vor 20 Jahren bewiesen, dass eine nichtoperative Therapie des Außenbandrisses ebenso gute Ergebnisse erzielt wie eine Operation, wird heute nur noch sehr selten operiert. Die Standardtherapie beginnt heute mit einer 1-wöchigen Ruhigstellung in einem Unterschenkelgips, wobei in dieser Zeit eine abschwellende Therapie (Kühlung, Hochlagerung und

Medikamente zur Abschwellung) im Vordergrund steht. Eine Thrombose-Prophylaxe mittels Bauchspritzen ist unverzichtbar, solange der Gips getragen wird. Anschließend erfolgt der Wechsel auf eine Orthese (vgl. Abb. 2) für 6 Wochen (Tag u. Nacht), danach noch 6 Wochen bei sportlicher Betätigung wobei das betroffene Bein voll belastet werden darf. Die Arbeitsfähigkeit wird bei sitzenden Berufen meist nach 2-3 Wochen erreicht. Eine folgenlose Ausheilung ist meistens der Fall.

Vorbeugend gegen späteres erneutes Umknicken sollte ab der 5. Woche eine krankengymnastische Therapie sowohl zur Stärkung der Muskelgruppen, die einem Umknicken nach innen entgegenwirken (Pronatoren), als auch zur Schulung der Eigenreflexe erfolgen. Sollte trotz dieser Maßnahmen ein Instabilitätsgefühl mit der Neigung zu wiederholtem Umknicken fortbestehen, so kann eine rekonstruktive Operation im späteren Verlauf in Erwägung gezogen werden, deren Ergebnisse nicht schlechter sind als bei einer Operation direkt nach dem Unfall.

Bei der Operation werden die beiden vorderen Bänder zusammen mit der immer eingerissenen Kapsel genäht. Das hintere Außenband muss nicht zwingend versorgt werden. Die Operationsnarbe liegt viertelkreisförmig am oder gerade vor dem Außenknöchel. Knochennahe Ausrisse werden mittels Fadenanker oder durch den Knochen ziehende Kanäle fixiert. Zur Ruhigstellung nach der Operation wird zunächst eine Unterschenkelchiene angelegt, anschließend eine Orthese für 6 Wochen (Tag u. Nacht), beim Sport für weitere 6 Wochen.

Autorin: Dr. med. Ramona Kiefer

