

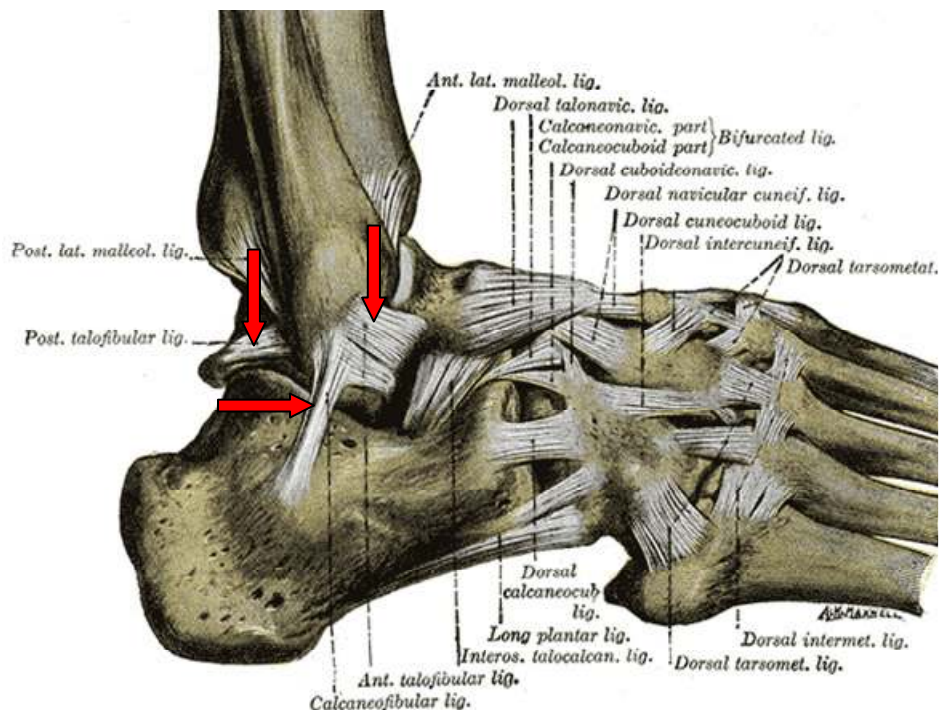
## **Außenbanddehnung und Außenbandriß des Sprunggelenkes**

### **Was passiert beim Umknicken des Sprunggelenkes?**

Umknickereignisse des oberen Sprunggelenkes sind die häufigsten Verletzungen beim Sport und werden in der Fachsprache OSG-Distorsion genannt. Je nach Richtung und Kraft beim Umknickereignis können dabei unterschiedliche Verletzungen auftreten. Sehr häufig kommt es dabei zu einer Verletzung des Kapselbandapparates der Außenbandregion. Genauso kann es bei diesem Verletzungsmechanismus allerdings auch zu knöchernen Verletzungen der Sprunggelenksgabel oder zu einer Mitbeteiligung im Innenknöchelbereich kommen.

Der eigentliche Außenbandapparat besteht aus drei fächerförmig verlaufenden Bandanteilen. Dieser dreiteilige Bandapparat stabilisiert zusammen mit der Kapsel das obere Sprunggelenk. Beim Großteil der Sprunggelenksdistorsionen kommt es zu einem Riß (Ruptur) einer oder mehrerer Bandanteile. Allerdings gibt es keine allgemeingültige Beziehung zwischen Anzahl der verletzten Strukturen und dem daraus resultierenden Instabilitätsgrad.

In der Regel kommt es nach einem Umknickereignis relativ rasch zu einer schmerzhaften Schwellung durch den Bluterguss. Dies kann dadurch verringert werden, dass noch am Unfallort ein Kompressionsverband mit Anwendung von Kälte (Eis) angebracht wird.



**Modell des Fußes: die Anteile des Außenbandes sind mit roten Pfeilen gekennzeichnet**

**Wie wird eine Sprunggelenksdistorsion diagnostiziert?**

Neben der klinischen Untersuchung ist es zunächst wichtig, mit Hilfe von angefertigten Röntgenbildern des Sprunggelenkes auszuschließen, dass es auch zu knöchernen Verletzungen gekommen ist. In der Regel müssen diese knöchernen Verletzungen völlig anders therapiert werden als Verletzungen, bei denen es „lediglich“ zu einer Verletzung des Kapselbandapparates gekommen ist. Der Arzt kann mit Hilfe von klinischen Tests feststellen, inwieweit aufgrund des erlittenen Kapselbandschadens eine Instabilität im Sprunggelenk vorliegt. Ergänzend können Röntgenaufnahmen mit Stress (sogenannte gehaltene Aufnahmen) bzw. eine dynamische Durchleuchtung durchgeführt werden. Diese speziellen Röntgenaufnahmen können nachweisen, ob es im Seitenvergleich zu einer vermehrten Aufklappbarkeit des Gelenkes kommt. Eine solche vermehrte Aufklappbarkeit ist immer ein Zeichen für eine höhergradige Ruptur und Hinweis für eine Instabilität. Ggf. kann die Diagnose noch durch eine Kernspintuntersuchung (MRT) ergänzt werden, um bei verbliebenen Fragestellungen das exakte Ausmaß der Verletzung darzustellen.

### ***Wie sieht die Behandlung beim Bänderriss aus?***

Die Behandlung des akuten Bänderrisses hat sich im letzten Jahrzehnt deutlich geändert. Während man noch vor 10 Jahren das gerissene Außenband genäht hat, ist inzwischen eine sogenannte funktionelle Therapie aktueller Stand. Voraussetzung für eine konservative Behandlung ist jedoch, dass keine schwerwiegende knöchernen Verletzung vorliegt bzw. keine höhergradige Instabilität vorliegt.

Bei ausgeprägter Schwellung und starkem Hämatom kann es notwendig sein, das verletzte Sprunggelenk für ca. 7 bis 10 Tage in einem Gips ruhigzustellen. In der Regel reicht es allerdings, das verletzte Sprunggelenk mit einem Tape-Verband zu stabilisieren. Zusätzlich wird das Sprunggelenk mit einer speziellen Schiene (z. B. Aircast-Schiene) für 6 Wochen stabilisiert und gestützt. Wenn diese Spezialschiene konsequent getragen wird, kommt es in der Regel zu einem Ausheilen der verletzten Gelenkkapsel und der gerissenen Bänder.

### ***Wann ist eine operative Therapie des Bänderrisses notwendig?***

Operation wird nur die chronische Bandinstabilität therapiert. Das bedeutet, dass der Patient nach durchgemachtem Bänderriss eine Instabilität im Sprunggelenk behalten hat und es gehäuft zu Umknickereignissen kommt (funktionelle Instabilität mit Rezidivereignissen). Diese chronische Instabilität kann durch die oben beschriebenen funktionellen Röntgenaufnahmen verifiziert werden. Um Folgeschäden durch die immer wieder auftretenden Umknickereignisse zu verhindern, wird dann das Sprunggelenk operativ stabilisiert. Dabei wird der geschädigte Kapselbandapparat rekonstruiert, meist unter Zuhilfenahme eines lokalen Sehnen- bzw. Perioststreifens.

Die Nachbehandlung nach erfolgter Operation erfolgt in der Regel ebenfalls frühfunktionell. Das heißt, dass längere Immobilisationen im Gipsverband vermieden werden und eine Belastung und Bewegung im operierten Sprunggelenk erfolgen darf. Auch hierbei wird das Sprunggelenk in der Regel durch eine Spezialschiene

(Aircast-Schiene) stabilisiert und gestützt. Kontaktsportarten oder Ballsportarten mit schnellen Stop-and-Go-Bewegungen sind sowohl nach funktioneller als auch nach operativer Therapie für 6 bis 8 Wochen zu meiden.