

Ein Stolpern an der Bordsteinkante, der unbedachte Sprung von einer Treppenstufe – und schon ist es passiert: Der Fuß knickt um, der Knöchel schmerzt und schwillt an. Mitunter handelt es sich um eine harmlose Verstauchung – aber manchmal eben auch nicht. Dann ist der Orthopäde gefragt, auch, um Spätfolgen vorzubeugen.

Von Dr. Nicole Schaenzler

Knöchelverletzungen

Oft verharmlost, zu selten konsequent behandelt

Unsereins spricht von einer »Knöchelverstauchung«, die Mediziner von einer »Distorsion«, wenn wir mit dem Fuß umgeknickt sind und uns dabei die Bänder abrupt überdehnt haben. »Meist trifft es die Außenbänder des Sprunggelenks«, weiß der Münchner Orthopäde und Sportmediziner Dr. med. Werner Zirngibl vom MVZ im Helios. Typisch ist eine bläulich verfärbte Schwellung um die Spitze des Außenknöchels. Die Folgen reichen von einer einfachen Zerrung mit mikroskopisch kleinen Rissen der Außenbänder bis hin zu einem vollständigen Riss der drei Außenbänder oder einem Abriss der Außenknöchelspitze. Ähnliche Ausmaße kann das Umknicken über den Außenknöchel haben, bei dem die Innenbänder in Mitleidenschaft gezogen werden – dies kommt jedoch sehr viel seltener vor.

Verlust an Stabilität

Eine Dehnung der Bänder geht praktisch immer mit einer Destabilisierung des betroffenen Gelenks einher. So auch bei einer Umknickverletzung: Das Sprunggelenk wird gelockert und verliert an Halt. Manchmal spürt dies der Betroffene, etwa indem das Sprunggelenk beim Auftreten nachzugeben scheint. »Kann der Fuß während der Untersuchung deutlich nach vorn verschoben oder verstärkt zur Seite hin »aufgeklappt« werden, liegt meist ein Bänderriss vor; eine Fehlstellung oder ein Knirschen weisen auf einen Knöchelbruch hin. Gewissheit bringen hier eine Röntgen-, bei unklarem Befund auch eine kernspintomographische Untersuchung«, so Dr. Zirngibl.

Bone bruise – eine oft übersehene Komplikation

Unverzichtbar ist der Einsatz der Kernspintomographie, wenn es darum geht, Begleit- bzw. Folgeerscheinungen aufzuspüren. Eine häufige, aber oft zu spät oder nicht erkannte Kompli-

kation ist der Bone bruise – eine Prellung des Knochens mit Beteiligung des Knochenmarks, in dem sich Flüssigkeit angesammelt hat. Dieses Knochenmarksödem kann nur mithilfe der Kernspintomographie aufgespürt werden; im Röntgenbild ist es nicht sichtbar.

Ein Bone bruise ist oft die Ursache für hartnäckige Beschwerden, die dem Betroffenen auch dann noch zu schaffen machen, wenn die eigentliche Bandverletzung längst abgeklungen sein sollte. Außerdem leistet ein Bone bruise einer vorzeitigen Gelenkabnutzung Vorschub. Sogar Übergänge zu einer Osteochondrosis dissecans sind möglich: Hierbei lösen sich kleine abgestorbene Knorpel-Knochen-Teile im Sprunggelenk und hinterlassen einen Defekt in der Gelenk- bzw. Knorpeloberfläche. Zudem droht weiterer Schaden durch die im freien Gelenk umherwandernden Knorpel-Knochen-Fragmente, die – wie ein Hobel – den übrigen Gelenkknorpel regelrecht abradieren können. Typisch sind auch schmerzhaft einklemmungsartige Erscheinungen bis hin zu Gelenkblockaden, etwa wenn ein Knorpel-Knochen-Teil in den Gelenkspalt gerät.

Ob eine Osteochondrosis dissecans vollständig ausheilt, hängt vor allem vom Zeitpunkt des Therapiebeginns ab: Hat sich das abgestorbene Knochen-Knorpel-Stück noch nicht abgelöst, können Schäden durch eine mehrwöchige Entlastung des betroffenen Beins oft noch abgewendet werden – ansonsten ist eine operative Therapie notwendig.

Vorsicht: Arthrosegefahr

Was nur wenige wissen: Praktisch jede nicht vollständig auskurierte Verletzung am Sprunggelenk kann eine vorzeitige Gelenkabnutzung nach sich ziehen. »Erste Hinweise auf eine Sprunggelenksarthrose können Schmerzen im Gelenk sein, die bei Beginn einer Belastung auftreten«, sagt Dr. Zirngibl. Später droht zudem eine Einschränkung der Beweglichkeit – bis hin zu einer Einsteifung des Gelenks. Manche Patienten können schließlich die Ferse nicht mehr auf den Boden setzen; es hat sich eine Spitzfußstellung entwickelt.

Schonung steht im Vordergrund

Soweit sollte man es nicht kommen lassen – zumal im Anfangsstadium durch eine angemessene Therapie oft noch gegengesteuert werden kann. »Sofern kein Knochenbruch vorliegt, genügt es in der Regel, das betroffene Sprunggelenk für etwa sechs Wochen, z. B. mithilfe einer Orthese zu stabilisieren, und gegebenenfalls Unterarmgehstützen zu benutzen«, rät der Münchner Orthopäde.

Zur rascheren Genesung tragen auch Maßnahmen der physikalischen Therapie sowie eine Physiotherapie bei. Das Erlernen von speziellen Übungen hilft, die Kraft, Stabilität und Koordination des Sprunggelenks nachhaltig zu verbessern. Darüber hinaus bietet es sich an, beim Sport und anderen Belastungen wie längeres Gehen eine Sprunggelenksbandage zu tragen.

»Wichtig ist, dass die Bandverletzung vollständig ausheilt. Nur so können irreparable Folgeschäden vermieden werden«, so Dr. Zirngibl.



Zur Person

Dr. med. Werner Zirngibl ist als Facharzt für Orthopädie, Chirotherapie und Sportmedizin im Münchner MVZ im Helios tätig. Als ehemaliger Profi-Tennisspieler war Dr. med. Werner Zirngibl 14mal Deutscher Tennismeister, er spielte beim Davis Cup und anderen international renommierten Turnieren. Heute ist Dr. Zirngibl ein anerkannter Experte für die Behandlung von Sportverletzungen, der u. a. als langjähriger Turnierarzt beim Tennis-ATP-Turnier BMW Open München auch Leistungs- bzw. Profisportler medizinisch betreut.

Zu Dr. Zirngibls Leistungsspektrum gehören u. a. die konventionelle und operative Therapie von Ellbogen-, Knie- und Sprunggelenksverletzungen. Außerdem nimmt Dr. Zirngibl minimal-invasive Wirbelsäuleneingriffe vor und arbeitet mit innovativen schmerztherapeutischen Verfahren. Nähere Infos: www.mvz-im-helios.de