

Nikolaus Wülker

Untersuchung des oberen und unteren Sprunggelenks in der Sportmedizin, 2. Teil

Orthopädische Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover

Stabilitätstestung

Instabilitätsbeschwerden beruhen mit Abstand am häufigsten auf einer chronischen Insuffizienz der fibularen Bänder. Hier ist die klinische Diagnostik richtungsweisend. Der erfahrene Untersucher benötigt die bildgebende Diagnostik,



Abbildung 3: Prüfung der fibularen Bandstabilität: links: Talusvorschub,



rechts: laterale Aufklappbarkeit.

insbesondere an Hand von gehaltenen Röntgenaufnahmen, allenfalls zur Dokumentation des Befundes. Der Vorteil der klinischen Stabilitätsdiagnostik ist insbesondere, dass der Untersucher eine schmerz- oder angstbedingte Gegenspannung des Patienten bemerken und ausschließen kann. Diese Gegenspannung führt bei Patienten häufig zu falsch-negativen Ergebnissen, insbesondere wenn Röntgenbilder in Haltegeräten und ohne Regionalanästhesie durchgeführt werden. Instabilitäten des unteren Sprunggelenks sind seltener und klinisch weniger gut zu erfassen. Eine Instabilität der Bänder am Innenknöchel kommt so gut wie nie vor.

Die fibulare Bandinstabilität wird mit der lateralen Aufklappbarkeit und dem Talusvorschub untersucht (Abb. 3). Bei der lateralen Aufklappbarkeit wird der Rückfuß gegen den fixierten Unterschenkel maximal nach innen gedrückt. Bei ausgeprägter Instabilität und ohne Weichteilschwellung, insbesondere bei chronischer Instabilität, ist die Kippung des Talus in der Malleolengabel bereits zu sehen. Ansonsten wird die laterale Seite des vorderen Gelenkspalts getastet, wobei die vermehrte Öffnung zwischen Tibiavorderkante und Talusdom bemerkt wird. Die laterale Aufklappbarkeit ist in der akuten Situation oft schwer zu untersuchen, da die Sprung-

gelenke sehr geschwollen sind und die Patienten schmerzbedingt stark gegenspannen. Hier ist der Talusvorschub besser geeignet. Da das Ligamentum fibulotalare anterius von der Außenknöchelspitze fast horizontal nach vorne verläuft, kann der Talus bei der Ruptur des Bandes nach vorne verschoben werden und rotiert um seine Bandbefestigung am

Innenknöchel. Daher wird für den Talusvorschub auch der Begriff „anterolaterale Rotationsschublade“ verwendet. Die Ferse wird gegen den fixierten Unterschenkel nach vorne gedrückt. Die vermehrte Verschieblichkeit des Talus kann bereits an der Ferse getastet werden. Wenn keine starke Schwellung vorliegt, ist die Verschiebung auch an der lateralen Seite des vorderen Gelenkspalts zu sehen und zu tasten. Dieses Manöver ist gerade bei der akuten Bandruptur meist weniger schmerzhaft als die laterale Aufklappung.

Eine Instabilität des unteren Sprunggelenks ist seltener, betrifft nur die lateralen Bandstrukturen und ist von der Instabilität des oberen Sprunggelenks an Hand der klinischen Diagnostik nicht immer sicher abzugrenzen. Bei entsprechendem klinischen Verdacht wird das obere Sprunggelenk bis über die Neutralstellung dorsal extendiert, um den Talus in der Malleolengabel zu fixieren. Gleichzeitig wird mit dem Finger über der lateralen Seite des vorderen Gelenkspalts getastet, um auszuschließen, dass der Talus nach medial kippt. Ist dann die Inversion des Rückfußes im Vergleich zur normalen Gegenseite oder zum allgemeinen, normalen Bewegungsbefund vermehrt, muss von einer lateralen Instabilität des unteren Sprunggelenks ausgegangen werden.

Fazit

Die sorgfältige klinische Untersuchung von oberem und unterem Sprunggelenk ist für die Diagnose der meisten Verletzungen und Erkrankungen an diesen Gelenken richtungsweisend. Dabei ist das obere Sprunggelenk deutlich häufiger betroffen als das untere. Die Aufmerksamkeit richtet sich insbesondere auf Schmerzen, auf den Bewegungsbefund und auf die Stabilität der Sprunggelenke. Eine sorgfältige Untersuchungstechnik ist hier besonders wichtig, weil die Verletzungshäufigkeit im Sport an den Sprunggelenken von allen Gelenken am höchsten ist.

Literatur

1. *Bruns J, Dahmen G*: Die „gehaltene Aufnahme“ des Talo-Calcanear-Gelenkes bei Instabilitäten des hinteren unteren Sprunggelenkes. *Aktuelle Traumatol* 19 (1989) 2, 82 - 84
2. *Elmslie RC*: Recurrent subluxation of the ankle joint. *Ann Surg* 100 (1934) 364 - 367
3. *Engler J, Hempfling H*: Therapie und Ergebnisse der frischen lateralen Instabilität am oberen Sprunggelenk. *Unfallchirurgie* 20 (1994) 150-156
4. *Evans GA, Hardcastle P, Frenyo AD*: Acute rupture of the lateral ligament of the ankle. *J Bone Joint Surg (Br)* 66 (1984) 209-212
5. *Gerhard Y, Bernier JM, Ameil M*: Lesions osteochondrales de la poulie astragalienne. *Rev Chir Orthop* 75 (1989) 466-478
6. *Kaikkonen A, Kannus P, Järvinen M*: Surgery versus functional treatment in ankle ligament tears. A prospective study. *Clin Orthop* 326 (1996) 194-202
7. *Karlsson J, Eriksson BI, Sward L*: Early functional treatment for acute ligament injuries of the ankle joint. *Scand Med Sci Sports* 6 (1996) 41-345
8. *Pisani G*: Bandrekonstruktion bei chronischer fibularer Instabilität am Sprunggelenk. In: *Wülker N et al. (Hrsg.) Operationsatlas Fuß und Sprunggelenk*. Enke, Stuttgart, 1998, S. 277-282
9. *Rudert M, Wülker N, Wirth CJ*: Reconstruction of the lateral ligaments of the ankle using a regional periosteal flap. *J Bone Joint Surg (Br)* 79 (1997) 446-451
10. *Starke W*: Zur fibularen Bandruptur im Wachstumsalter. *Unfallchirurg* 92 (1989) 6-10
11. *Wülker N, Wirth CJ, Rudert M*: Die Behandlung der fibularen Kapselband-Ruptur. Eine Multicenter-Studie. *Z Orthop* 134 (1996) 149-154
12. *Wülker N, Rudert M*: Fibulare Kapsel-Band-Rupturen. Wann operative, wann konservative Therapie? *Orthopäde* 28 (1999) 476-482
13. *Yamamoto H*: Bandnaht bei frischer fibularer Bandruptur am Sprunggelenk. In: *Wülker N, Stephens M, Cracchio A (Hrsg.) Operationsatlas Fuß und Sprunggelenk*. Enke Verlag Stuttgart, 1998, S. 271-276
14. *Zwipp H*: Die antero-laterale Roationsinstabilität des oberen Sprunggelenkes. *Hefte Unfallheilkd* 177 (1986) 1-176
15. *Zwipp H, Tscherne H*: Die radiologische Diagnostik der Rotationsinstabilität im hinteren unteren Sprunggelenk. *Unfallheilk*. 85 (1982) 494-498

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. N. Wülker

Orthopädische Klinik der Medizinischen Hochschule

Heimchenstr. 1-7, 30625 Hannover

Tel.: 0511/5354-644, Fax: 0511/5354-343

e-mail: wuelker@annastift.de