

PATIENTENINFORMATION

Optimale Versorgung bei Sprunggelenksverletzungen

Das obere Sprunggelenk ist bei allen Sportverletzungen mit etwa 25 Prozent das am häufigsten betroffene Gelenk überhaupt. Je nach Verletzungsmechanismus und einwirkender Kraft können die Bänder auf der Außen- und Innenseite ganz oder teilweise reißen. Abhängig von der Sportart haben sich bis zu 80 Prozent der Trainierenden schon einmal am Sprunggelenk verletzt.

Behandlung akuter Sprunggelenksverletzungen

Im Rahmen der Diagnostik sollte bei einem akuten Umknicktrauma im Sprunggelenk immer eine Röntgenaufnahme im Stand zum Ausschluss einer Fraktur gemacht werden. Eine Kernspin-Untersuchung (MRT) empfiehlt sich ergänzend bei deutlicher Instabilität des Gelenks und bei Verdacht auf Begleitverletzungen. Das sind vor allem Verletzungen des Knorpels und der Syndesmose, der bandartigen Verbindung zwischen Schien- und Wadenbein.

In leichten bis mittelschweren Fällen kann die Verletzung nach einer kurzfristigen Entlastung mit Hilfe einer stützenden Orthese für sechs Wochen funktionell behandelt werden. Das ist vor allem der Fall, wenn es sich nur um eine Teil- oder Kompletttraktur eines Bandanteils handelt. Zur Unterstützung werden Salbenverbände angelegt und pflanzliche Präparate und Enzyme eingenommen. Studien haben wiederholt die Gleichwertigkeit pflanzlicher Präparate mit klassischen Entzündungshemmern bei geringeren Nebenwirkungen nachgewiesen.

Behandlung chronisch instabiler Sprunggelenke

In 20 bis 40 Prozent der Umknickverletzungen entwickelt sich trotz optimaler Therapie eine chronische Instabilität des oberen Sprunggelenks. Ein instabiles Sprunggelenk hat mit 60 bis 90 prozentiger Wahrscheinlichkeit ein deutlich erhöhtes Risiko auf die Entwicklung einer Arthrose (Gelenkverschleiss) im oberen Sprunggelenk und erhöht außerdem das Risiko für weitere Sportverletzungen. Ein Umknicktrauma des Sprunggelenks ist damit keine orthopädische Banalität, sondern sollte von allen beteiligten Behandlungspartnern ernst genommen werden. Die Entwicklung einer chronischen Instabilität ist auch dann sehr wahrscheinlich, wenn mehrere Bandanteile am Sprunggelenk gerissen sind und es zu wiederholten



Bild 1: Verletzungen des Sprunggelenks gehören zu den häufigsten Sportverletzungen.

Bandverletzungen an der selben Stelle kommt. Eine Magnetresonanztomograph-Untersuchung (MRT) sollte vor einer operativen Therapie in jedem Fall durchgeführt werden, um neben den Bändern und Sehnen auch den Knorpel ausreichend gut beurteilen zu können.

Eine neue, innovative Operationstechnik hat in den vergangenen Jahren die postoperative Stabilität deutlich erhöht und die Rehabilitation um etwa 50 Prozent verkürzt. Dies bedeutet für den Patienten, dass er meist nach drei statt nach sechs Wochen wieder fit ist für Alltag, Beruf und Sport.



Bild 2: Einbringen der Anker am Außenknöchel
Bildquelle: Arthrex®

Zu Beginn dieses Eingriffs wird eine Arthroskopie (Gelenkspiegelung) des oberen Sprunggelenks durchgeführt, bei der Vernarbungen und entzündete Schleimhaut entfernt werden und der Zustand des Knorpels überprüft wird. Arthroskopisch werden am Knöchel an den optimalen Ansatzpunkten des Bandapparates ein bis drei bioresorbierbare Minianker eingebracht (Bild 2), um den natürlichen Bandverlauf wieder herzustellen.

Im nächsten Schritt erfolgt über einen minimalinvasiven offenen Zugang eine Kapsel-/Bandnaht (Bild 3). Dieses Verfahren nach Broström ist schon seit langer Zeit etabliert. Ergänzt wird es jetzt mit einem „Internal Brace“, das heißt einer inneren Schienung. Dabei handelt es sich um ein nicht resorbierbares Tape, das mit zwei weiteren Bioankern in einer zweiten Schicht über der anatomischen Bandrekonstruktion fixiert wird. Umgangssprachlich nennen wir dies „Gürtel und Hosenträger“ – eine doppelte Sicherung.

Die Primärstabilität unmittelbar nach der Operation liegt bei dieser Technik bei zirka 250 Newton. Zum Vergleich: Die Stabilität des körpereigenen unverletzten vorderen Außenbandes (Lig. fibulotalare anterius) beträgt 150 Newton. Die Standardrekonstruktion ohne zusätzliches Tape ergibt etwas 75 Newton unmittelbar nach der Operation. Das rekonstruierte Band hat



Bild 3: Doppelte Rekonstruktion mit zwei Nähten und einem zusätzlichen Tape („Internal Brace“)
Bildquelle: Arthrex®

somit eine höhere Ausrisskraft als das eigene, unverletzte Band und ist deutlich stabiler als der Standardeingriff (300 Prozent).

Weltweit wurde dieser Eingriff mehr als eine Million Mal durchgeführt. Des Weiteren wird das verwendete Tape seit Jahren auch erfolgreich bei Rekonstruktionen der Rotatorenmanschette an der Schulter und bei Bandstabilisierungen am Ellenbogen eingesetzt.

Verbesserte Heilung durch ACP (Autologes Conditioniertes Plasma)

Verletzungen heilen durch eine komplexe Abfolge von Ereignissen, bei denen Botenstoffe im Blut den Vorgang steuern. Schon während der Operation werden 15 Milliliter Blut des Patienten abgenommen und zentrifugiert, um das Plasma zu gewinnen. Dieses Plasma und die darin enthaltenen Botenstoffe werden zur Förderung der Wundheilung an das rekonstruierte Band gespritzt. Mit dieser Therapie unterstützen wir den körpereigenen Heilungsprozess.

Return-To-Play – Die optimale Nachbehandlung

Die Nachbehandlung nach einer Rekonstruktion des Aussenbandapparats am Sprunggelenk verkürzt sich durch ein Internal Brace von normalerweise sechs Wochen auf zwei bis drei Wochen. Die Entlastung an zwei Unterarmgehstützen dauert nur sieben bis zehn Tage statt drei Wochen. Der Eingriff kann ambulant oder stationär durchgeführt werden.

Im Rahmen der Nachbehandlung erfolgt eine intensive Physio- und Trainingstherapie, um Defizite in den Bereichen Mobilität und Stabilität zu beheben und die gesamte Beinachse zu stabilisieren. Die Steuerung der Trainingstherapie orientiert sich optimalerweise an den Ergebnissen einer Bewegungsanalyse (beispielsweise Functional Movement Screen, Y-Balance-Test). Auf diese Weise kann der Patient mit korrigierenden Übungen gezielt an seinen individuellen Defiziten arbeiten und diese beheben.

Für einen Wiedereinstieg in den ambitionierten Freizeitsport und Wettkämpfe sollte das verletzte Bein in der Bewegungsanalyse 90 Prozent der Leistungsfähigkeit des gesunden Beins erreichen.

Wir behalten Ihren Heilungsverlauf im Blick

Im Anschluss an die Operation kontrollieren wir den Behandlungsverlauf auf Wunsch bis zu zwei Jahren über ein anonymes online-basiertes Qualitätsmanagement. Ihr behandelnder Arzt behält so den Therapieverlauf, Ihre körperliche Funktionsfähigkeit und Ihr Wohlbefinden im Blick (Bild 4).

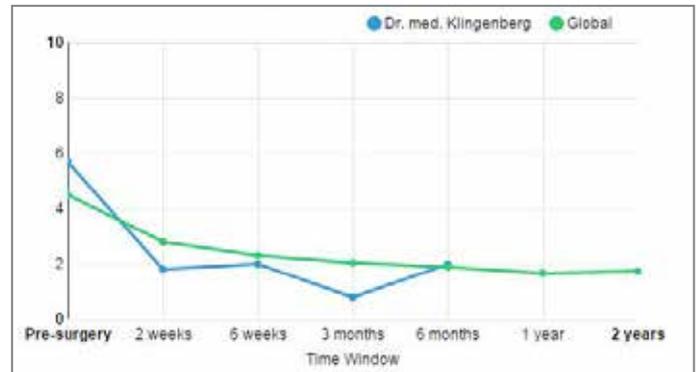


Bild 4: Darstellung des durchschnittlichen postoperativen Schmerzverlaufs unserer Patienten im weltweiten Vergleich (Visuelle Analogskala: 1 – geringe Schmerzen, 10 – maximale Schmerzen)



Bild 5: Es ist das Ziel der Beta Klinik, dass unsere Patienten dank innovativer Therapiemethoden schneller wieder fit werden.

Ihr Spezialist:



Dr. med. Markus Klingenberg

Orthopädie und Unfallchirurgie, Sportmedizin, Chirotherapie/Manuelle Medizin, Notfallmedizin

Dr. Klingenberg ist Spezialist für arthroskopische Gelenkchirurgie und Experte für funktionelles Training und Leistungsdiagnostik.

Mehr Infos finden Sie auf
www.betaklinik.de/blog



Ihr Weg zu uns

Flugzeug

Die Beta Klinik liegt nur etwa 25 Autominuten vom Köln Bonn Airport entfernt. Er verfügt über eine direkte Bahnanbindung (Regionalexpress Richtung Koblenz bis Bonn-Oberkassel).

Bahn

Mit der Deutschen Bahn empfiehlt sich die Anreise bis zum ICE-Bahnhof Siegburg (etwa neun Kilometer Entfernung zur Beta Klinik) und von dort aus mit der Bahn zum Hauptbahnhof Bonn (vier Kilometer Entfernung zur Beta Klinik).

Bus

Vom Bonner Hauptbahnhof führt die Buslinie 607 direkt bis zur Haltestelle Bonner Bogen. Noch komfortabler ist die Fahrt mit der Buslinie 606 bis zum Konrad-Zuse-Platz. Die Haltestelle ist etwa 50 m von der Beta Klinik entfernt.

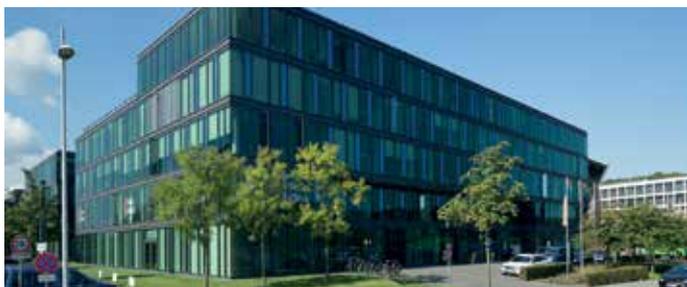
Auto

Die Beta Klinik liegt in unmittelbarer Nähe der Autobahnausfahrt A 562 Bonn Beul Süd. Folgen Sie hier der Ausschilderung zum Hotel Kameha.

Parken

Sie haben die Möglichkeit, in der Tiefgarage direkt unter der Klinik zu parken. Die Zufahrt befindet sich rechts unmittelbar neben der Beta Klinik. Mit dem an der Schranke gezogenen Parkticket können Sie in der Tiefgarage links auf den VIP-Parkplatz der Beta Klinik fahren.

Um die Schranke für diesen Bereich zu öffnen, führen Sie das bereits oberirdisch gezogene Parkticket in den Kartenleser ein. Für diesen Sonderparkplatz können Sie, nach Ihrem Besuch in der Beta Klinik, ein stark vergünstigtes Ausfahrtticket an unserer Rezeption erhalten. Die Parkentgelte sind auf unserer Webseite einzusehen. Von der Tiefgarage aus kommen Sie über den Treppenaufgang A direkt in das Gebäude der Beta Klinik.



DIE INTERNATIONALE PRIVATKLINIK



Alles unter einem Dach

Die Beta Klinik am Bonner Bogen ist eine internationale Privatklinik, unter deren Dach mehr als 20 Fachrichtungen vertreten sind. 40 Ärzte und mehr als 100 medizinische Mitarbeiter setzen hier mit einer technischen Ausstattung auf universitärem Niveau und mit großem Engagement die Philosophie der Beta Klinik um:

Der Mensch im Mittelpunkt

Im Mittelpunkt unseres Handelns steht der Mensch mit seinen zum Teil vielfältigen Erkrankungen. Das ausführliche Gespräch ist uns ebenso wichtig, wie die Diagnosesicherung mit modernster Großgerätetechnik. Wir nehmen uns für unsere Patientinnen und Patienten so viel Zeit wie nötig. Dank hausgener Labore und aller relevanten Diagnosegeräte liegen noch während des Besuchs bei uns die meisten Ergebnisse vor und können im Anschluss mit allen beteiligten Fachrichtungen besprochen werden. So gewährleisten wir einen ganzheitlichen Ansatz in einem hochspezialisierten Team.