ORTHOPÄDIE AKTUELL
06/2019
eurocom
• WIR • ENTWICKELN • GESUNDHEIT •

DER FALL DES MONATS

DAS SUPINATIONSTRAUMA DES FUSSES UP TO DATE

Prof. Dr. med. Heinz Lohrer, Facharzt für Orthopädie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Sportmedizin, Chirotherapie

EPIDEMIOLOGIE

Sprunggelenkverletzungen nach einem Umknickereignis werden oft als Bagatellverletzungen angesehen. Nur 5 Prozent der Patienten benötigen eine sportliche Auszeit von mehr als 10 Tagen.

Das Risiko für den Patienten, sich nach einer Bandverletzung am Sprunggelenk einen bleibenden Schaden zuzuziehen, ist nach einer erstmaligen Verletzung erhöht (32 – 74 Prozent der Patienten). Diese chronische Instabilität zeichnet sich durch eine mechanische oder sensomotorische Insuffizienz aus, die sich im Anschluss an eine Sprunggelenkverletzung entwickelt.

RISIKOFAKTOREN

Nach einer Verletzung der Außenbandstrukturen am Sprunggelenk liegt das Risiko für die Wiederverletzung innerhalb eines Jahres bei etwa 50 Prozent.

Hallensportarten, Ballsportarten und Sportarten mit intensiver Seitwärtsbelastung haben eine höhere Inzidenz für Umknickereignisse am Fuß und Sprunggelenk. Daneben ist eine geschlechtsspezifische (Frauen doppelt so häufig) und altersabhängige (unter 18 Jahren) Risikobelastung beschrieben.

DIAGNOSTIK

Die Anamnese ist von entscheidender Bedeutung für die gezielte Befunderhebung und Diagnostik. Das typische Supinationstrauma kann kontaktinduziert (z. B. Landung auf dem Fuß eines Mit- oder Gegenspielers) auftreten oder als nicht kontaktinduziert im Rahmen einer Seitwärtsbewegung oder bei Richtungswechseln.

Wenn ein Patient ein akutes Rissereignis fühlt, ist eine Grad-II- oder Grad-III-Verletzung der lateralen Kapselbandstrukturen Sprunggelenk wahrscheinlich. Schmerz, Belastungsinsuffizienz, Bewegungseinschränkung, Schwellung und Hämatomverfärbung im Verletzungsbereich sind die Folge.

Zur Abgrenzung der chronischen Instabilität ist die Frage entscheidend, ob bereits Vorverletzungen im lateralen Sprunggelenkbereich stattgefunden haben.

Bei einer chronischen Instabilität zeigt das „Giving-way“ eine geringere Ausprägung. Belastungsabhängige Schmerzen und funktionelle Einschränkungen wie Bewegungsminderung sind häufig.

			Diagnostik
	Chronische Sprunggelenkinstabilität		⇨ Selektionskriterien des "International Ankle Consortium"
	Funktionelle Sprunggelenkinstabilität	**Mechanische und funktionelle Sprunggelenkinstabilität**	⇨ Manueller Stabilitätstest
Schweregrad	⇨ FAAM-G Fragebogen ⇨ Sprunggelenkarthrometer ⇨ Gehaltene Röntgenaufnahmen		

Die funktionelle, manuelle Stabilitätsprüfung des frisch verletzten Sprunggelenkes ist 4 – 5 Tage nach der Verletzung am sensitivsten. Nach wie vor ist die klinisch-manuelle Stresstestung (Talusvorschub und Taluskippung) der Standard zur Stabilitätsdiagnostik, d. h. zur Abgrenzung instabiler (Grad III) Läsionen. Auch in der weitergehenden Diagnostik der chronischen Instabilitäten soll die manuelle Stabilitätsdiagnostik durchgeführt werden. Während die röntgenologische Stressuntersuchung (gehaltene Aufnahmen) in der Diagnostik der akuten Bandverletzung keine Rolle mehr spielen soll, ist ihr Wert zur Diagnostik der mechanischen Instabilität umstritten. Eine strahlenfreie und valide Quantifizierung der mechanischen Instabilität des oberen Sprunggelenkes kann auch mit bestimmten Arthrometern erfolgen. Eine chronische Sprunggelenkinstabilität liegt vor, wenn zumindest eine relevante laterale Kapselbandverletzung am Sprunggelenk stattgefunden hat. Zusätzlich werden Instabilitätsereignisse im Sinn des „Giving-way" (unkontrolliertes Umknicken ohne konkrete Verletzung) gefordert und/oder mehr als zwei relevante Umknickereignisse und/oder subjektiv empfundene Instabilität des Sprunggelenkes im Alltag und beim Sport.

THERAPIE

Die Frage der optimalen Therapie einer Kapselbandverletzung am Sprunggelenk ist nach wie vor Gegenstand kontroverser Debatten. In aller Regel wird derzeit eine akute Bandverletzung für etwa 6 Wochen mit einer funktionellen Stabilisierung durch eine Sprunggelenkorthese behandelt. Dabei kann in der initialen Phase eine Immobilisation für einige Tage (< 7) sinnvoll sein. Parallel dazu wird sensomotorisches Training empfohlen. Eine Kombination aus Kühlung und funktionellem Training kann einen positiven Effekt auf Schmerz, Funktion und Schwellung haben.

Die Rolle der Nachtversorgung hingegen scheint bisher nicht ausreichend gewürdigt. Wenn das Sprunggelenk nicht ausreichend gesichert ist, können unwillkürliche und damit unkontrollierte Bewegungen die Kapselbandheilung ungünstig beeinflussen. Deshalb kann eine stabile externe Versorgung auch für die Nacht zumindest für 4 – 6 Wochen erforderlich sein.

Sensomotorisches Training und äußere Stabilisierungshilfen (zum Beispiel Orthesen oder Tape) dienen auch der initialen konservativen Behandlung chronischer Sprunggelenkinstabilität. Wenn diese Maßnahmen jedoch nicht zu einem für den Patienten akzeptablen Ergebnis führen und wenn eine mechanische Instabilität nachgewiesen ist, ist eine operative Stabilisierung zu empfehlen. Auch für frische erstmalige Verletzungen beim Leistungssportler kann eine operative Intervention erwogen werden, weil dadurch ein höherer Grad an mechanischer Stabilisierung erwartet werden kann.

PRÄVENTION

Der Nutzen von äußeren Stabilisierungshilfen (z. B. Sprunggelenkorthesen, Tape) und sensomotorischem Training für die Prävention lateraler Kapselbandverletzungen am Sprunggelenk ist durch ein aktuelles systematisches Review mit Metaanalyse gesichert.

Literatur beim Verfasser

KORRESPONDENZADRESSE

Prof. Dr. med. Heinz Lohrer, ESN – European SportsCare Network, Zentrum für Sportorthopädie, Borsigstraße 2, 65205 Wiesbaden-Nordenstadt, lohrer@esn-ortho.de

WUSSTEN SIE SCHON…

DASS DIE AKTUELLEN MEHRWERTSTEUERSÄTZE FÜR BANDAGEN UND ORTHESEN ONLINE SIND?

7 oder 19 Prozent? Seit zehn Jahren – so auch in 2019 – sorgt eurocom für Durchblick, wenn es um die Besteuerung von Bandagen und Orthesen geht. Ab sofort stehen die Produktübersichten mit den gültigen Mehrwertsteuer-Sätzen unter **www.eurocom-info.de/orthopaedische-hilfsmittel** zum Download bereit. Dieser Service richtet sich insbesondere an die Hilfsmittelteams der Krankenkassen.

Ob für eine Bandage oder Orthese der reduzierte oder der volle Mehrwertsteuer-Satz gilt, ist nicht auf den ersten Blick ersichtlich. Die Höhe orientiert sich an den von den Zolltechnischen Prüfungs- und Lehranstalten (ZPLA) festgelegten Zolltarifierungen. Die Folge: Technisch vergleichbare Hilfsmittel der Produktgruppen 05 und 23 werden mit unterschiedlichen Mehrwertsteuer-Sätzen belegt. In der Praxis führt dieser Umstand immer wieder zu Problemen – von Abrechnungsschwierigkeiten bis hin zu Steuerrückforderungen seitens der Finanzämter. Begrüßenswert sind daher Verträge der Krankenkassen, die Preise zuzüglich der gültigen Mehrwertsteuer vorsehen. Zur qualitätsgesicherten Versorgung gehört außerdem, dass der Arzt prüft, ob das abgegebene Hilfsmittel seiner Verordnung entspricht und den vorgesehenen Zweck erfüllt.

INDUSTRIETICKER

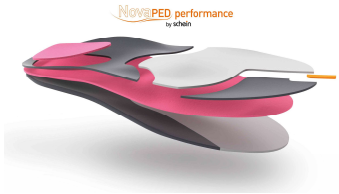
Mit der neuen Sprunggelenkorthese MALLEODYN S3 setzt SPORLASTIC auf differenzierte und zielgerichtete Versorgung des Sprunggelenks. Die Limitierung von Talusvorschub und -kippung erfolgt dabei über die am Mittelfuß platzierte 8er-Zügelung sowie einen distalen Klickverschluss. Ein 3-Punkt-Prinzip sorgt für Stabilisierung sowie Prävention von Supinationstraumen und stabilisiert in Inversions- und Eversionsrichtung. Überdies unterstützt die Orthese durch ein beiliegendes Kühlpad die therapiegerechte Lagerung nach der PECH-Regel. Anwendung findet die Orthese bei allen Indikationen, die eine Stabilisierung bzw. Bewegungseinschränkung des Sprunggelenks mit nachfolgender funktioneller Mobilisierung der verletzten oder geschädigten Strukturen erfordern. Dazu gehören akute und chronische Sprunggelenkverletzungen wie Kapselbandinstabilitäten und Rupturen, Supinationstraumen und Sprunggelenkdistorsionen. Die Orthese eignet sich darüber hinaus zur Prävention von erneuten Umknickereignissen bei chronischen Bandinstabilitäten. Mehr dazu: www.sporlastic.de

***

Slim-Fit-Orthesen von Bauerfeind für das instabile Sprunggelenk: MalleoLoc L und MalleoLoc L3 sind sehr flach gearbeitet, so dass sie auch in schmale Schuhe passen, um bei Alltagsbewegungen lateral zu stabilisieren. Durch ihre L-Schale mit fixierender Gurtung schützen sie nachweislich vor schnellem Umknicken. MalleoLoc L3 hat zusätzlich eine Bandage, auf die schrittweise abgerüstet werden kann. Mehr auf bauerfeind.com.

***

Perfekte Unterstützung für das Sprunggelenk: Die Sprunggelenkbandage JuzoFlex Malleo Anatomic wurde exakt der menschlichen Anatomie nachempfunden und kommt bei chronischen Außen- und Innenbandinstabilitäten, zur Arthrose-Prävention sowie in der Mobilisierungsphase zum Einsatz. Die vier verschiedenen elastischen Zonen der Bandage sorgen für zuverlässigen medizinischen Kompressionsdruck, maximalen Tragekomfort und eine perfekte Anpassung an die Fußanatomie. Dank der schlanken Ausführung durch ergonomisch optimierte Pelotten kann die Malleo Anatomic in jedem Schuh getragen werden und ist für den Dauergebrauch ausgelegt. Weitere Infos unter www.juzo.com/de.

***

Ob Joggen oder Spazieren, ob Fußball oder Tennis – Menschen, die sich viel und gerne bewegen, spüren oft die hohe Beanspruchung ihrer Füße. Um Überlastung und Beschwerden gezielt entgegenzuwirken, haben wir ein komplett neues Einlagenkonzept mit 3D-Wirkprinzip entwickelt. Durch den besonderen Aufbau und den Materialmix mit orthopädischem Funktionsmaterial entlastet, bettet, führt und unterstützt NovaPED performance Ihre Füße. Mehr dazu: www.schein.de