

Sprunggelenksverletzungen richtig behandeln

Mit AMIC und Umstellungsosteotomie zum Erfolg

Nicht nur im Sport sind Sprunggelenksverletzungen an der Tagesordnung: Ein umgeknickter Fuß oder eine falsche Drehung führen schnell zu einer Luxation oder gar zu einem Sprunggelenksbruch. Tückisch daran ist, dass noch häufig Folgeschäden an Bändern, Knorpel und Knochen bleiben, die zunächst nicht erkannt werden. Dr. André Morawe ist Chefarzt an der ORTHOPARC Klinik in Köln-Junkersdorf. Er erläutert, welche Behandlungsmöglichkeiten heute bei Verletzungen und Instabilitäten zur Verfügung stehen.



Herr Dr. Morawe, wie kommt es zu einer Schädigung des Sprunggelenks?

Dr. Morawe: Schäden am Gelenkknorpel oder auch dem darunter liegenden Knochen – sogenannte osteochondrale Läsionen – sind meist Folge eines Außenbandrisses oder sogar eines Knöchelbruchs. Bei einem solchen Bänderriß ist die Beweglichkeit des Gelenks plötzlich nicht mehr durch die Bandführung begrenzt; in der Folge prallen die Gelenkpartner des oberen Sprunggelenks mit großer Wucht aufeinander. Dies kann zu einer Verletzung führen, bei welcher ein Knorpel/Knochenstück regelrecht abgeschert wird. Solch eine „flake fracture“ verheilt zwar, lässt das Gelenk jedoch arthrotisch verändert zurück. Die Folge sind ständige Schmerzen, nicht selten mit immer neuer belastungsabhängiger Ergussbildung, und eine daraus resultierende Schonhaltung des betroffenen Fußes.



Dr. André Morawe, Chefarzt der Fuß- und Sprunggelenkschirurgie an der ORTHOPARC Klinik

Sie behandeln solche Verletzungen mit dem AMIC-Verfahren. Wie funktioniert das?

Dr. Morawe: Schon in der Vergangenheit hat man immer wieder versucht, den verloren gegangenen Gelenkknorpel wieder aufzubauen. Erst in den letzten Jahren ist es jedoch möglich geworden, dies auch ohne aufwendige Anzüchtung von Knorpelzellen außerhalb des Körpers zu erreichen. Beim AMIC-Verfahren wird die beschädigte Stelle bis in die blutführenden Schichten hinein angebohrt, sodass mit dem austretenden Blut Stammzellen aus dem Knochenmark an die Oberfläche gelangen können. Der sich dabei bildende Blutkuchen wird nun mit einer speziellen Membran, dem Chondro-Gide, abgedeckt. Diese Membran sorgt dafür, dass sich der Blutkuchen nicht lösen kann und stimuliert gleichzeitig die Stammzellen zur Knorpelneubildung. Dieser Knorpel entspricht nicht hundertprozentig dem Originalgewebe, ist aber ein belastbarer Ersatz. Nach einer dreimonatigen Ruhigstellung mit einem Entlastungsschuh können die meisten Patienten mit einer langsamen Beübung beginnen, bis nach etwa sechs Monaten wieder eine Vollbelastung möglich ist. Sollte zusätzlich zur Knorpelläsion auch eine knöcherne Verletzung bestehen, so muss natürlich ein Knochenaufbau erfolgen. Hierbei greift man üblicherweise auf Knochen aus dem Beckenkamm zurück. Nach Abschluss der Behandlung ist im besten Fall funktionell eine Situation

wiederhergestellt, als wenn es niemals zur Läsion gekommen wäre.

Viele Patienten suchen jedoch erst nach Jahren einen Arzt auf, wenn sie bereits seit langer Zeit Schmerzen verspüren oder auch nicht mehr gut auftreten können.

Dr. Morawe: Das betrifft vor allem Patienten mit einer früheren Außen- oder Innenknöchelfraktur oder auch einer schon länger bestehenden Bandinstabilität. Hier steht nicht so sehr die Arthrose im Vordergrund als vielmehr eine durch die Instabilität bestehende Fußfehlstellung, die sich mit den Jahren immer weiter verschlimmert hat. Dies kann entweder ein Knick-Plattfuß sein oder auch eine Varusfehlstellung, bei welcher der Außenrand des Fußes nach oben kippt. Es besteht dann meist keine generalisierte Arthrose im ganzen Gelenk, sondern der Knorpel ist nur an den besonders belasteten Stellen abgerieben. Diese Patienten haben neben starken Schmerzen auch ein permanent unsicheres Gefühl beim Gehen – häufig haben sich durch die Fehlbelastung bereits Folgeschäden wie Mittelfußfrakturen eingestellt; die Betroffenen gehen buchstäblich „wie auf Eiern“.

Was bietet die moderne Chirurgie für Möglichkeiten, solchen Patienten zu helfen?

Dr. Morawe: Bei diesen Patienten haben wir sehr gute Erfahrungen mit einer Umstellungsosteotomie gemacht. Ähnlich wie bei Kniearthrose-Patienten mit X- oder O-Beinen, bei denen mit einer

Tibiakopfumstellung die Gelenkoberfläche entlastet wird, stellen auch wir mit einem ähnlichen Eingriff den Fuß wieder richtig. Dazu durchtrennen wir sprunggelenksnah das Schienbein und begradigen die Beinachse je nach Art der Fehlstellung durch Einfügen oder Entnahme eines Knochenkeils, einer sogenannten open-wedge- oder closed-wedge-Osteotomie. In vielen Fällen können wir so eine physiologisch richtige Lastverteilung auf dem Fuß wiederherstellen, sodass die Patienten schmerzfrei sind und sich ein normales Gangbild wieder einstellt.



Vor und nach tibialer Umstellungsosteotomie

Wie empfinden die Patienten eine solche Umstellung der Beinachse? Muss das Gehen danach nicht völlig neu erlernt werden?

Dr. Morawe: Dass es durch die Operation wieder zu einem „richtigen“ Auftreten kommt, ist für die meisten Patienten eine große Erleichterung – sie können den Fuß wieder plan auf den Boden setzen und haben nicht bei jedem Schritt das Gefühl der Instabilität. Dazu kommt, dass als Alternative zur Umstellungsosteotomie in der Regel nur die Sprunggelenksversteifung infrage käme – ein Eingriff, den man nach Möglichkeit vermeiden möchte.

Muss der Fuß nach einem solchen Eingriff lange entlastet werden?

Dr. Morawe: Entscheidend ist hier die knöcherne Heilung, die bei einem großen Röhrenknochen etwa drei Monate dauert. Bis zur Vollbelastung und Sportfähigkeit vergeht also schon eine gewisse Zeit. Dafür sind die Patienten danach häufig trotz teilweise starker Arthrose wieder mobil und können praktisch ohne Einschränkungen am Alltag teilnehmen.

Herr Dr. Morawe, haben Sie vielen Dank für das Gespräch!

► ORTHOPARC Klinik GmbH
Klinik für Orthopädie in Köln
Aachener Straße 1021 B
50858 Köln
Tel.: 0221 / 48 49 05 - 0
service@orthoparc.de
www.orthoparc.de