



OSG-Verletzungen

Moderne Behandlung erhält Mobilität und Lebensqualität



Arthroskopie des OSG mit Narbenstrang

Verschleißerscheinungen des oberen Sprunggelenks gehören zu den häufigsten orthopädischen Problemen überhaupt. Die meisten davon haben ihren Ursprung in Verletzungen, die unerkannt geblieben sind oder unzureichend behandelt wurden, weiß John Göddertz, Leiter des Departements für Fuß- und Sprunggelenkschirurgie in der Fachklinik 360° in Ratingen. Mittlerweile können sie jedoch sehr gut behandelt werden – meist sogar minimalinvasiv, sodass nur wenige Schnitte notwendig sind und die Patienten schnell wieder ihrem normalen Tagwerk nachgehen können.

Herr Göddertz, wie kommt es zu Schäden am oberen Sprunggelenk?

John Göddertz: Häufig kommt es nach Brüchen trotz guter Versorgung als Verletzungsfolge zu Schäden im Sprunggelenk. Im privaten Bereich können Sportunfälle oder das klassische Umknicken ursächlich für eine Sprunggelenksverletzung sein – in Deutschland knicken rund 10.000 Menschen pro Tag mit dem Fuß um. Rund 85–90 Prozent dieser schmerzhaften Verletzungen bleiben folgenlos bzw. heilen von selbst wieder aus. Bei 10–15 Prozent bleibt jedoch ohne adäquate Behandlung eine dauerhafte Instabilität bestehen. Leider werden Verletzungen wie Tendinopathien, Luxationen und komplette oder inkomplette Außenbandrupturen bei über einem Drittel der Patienten zunächst nicht erkannt oder nicht als gravierend eingeschätzt.

Warum sollte eine bleibende Instabilität versorgt werden?

John Göddertz: Wie bei anderen Gelenken auch kommt es durch Instabilitäten nach einer Außenbandverletzung zu einer unerwünschten Überbeweglichkeit des Gelenks. Die Gefahr, dass es erneut zu einer kommt, ist dabei stark erhöht. In jedem Fall kommt es zu Scherkräften, welche zu einem Abreiben des Gelenk-

knorpels führen. Im Endeffekt entsteht eine Arthrose, die zu Schmerzen und Bewegungseinschränkungen führt. Dies kann bis zur kompletten Zerstörung des Gelenks führen. Daneben sind die Bänder und Sehnen des Fußes auch für die Aufrechterhaltung des Fußgewölbes wichtig. Es wird also nicht nur das Sprunggelenk, sondern häufig der gesamte Fuß in Mitleidenschaft gezogen.

Wie wird eine erkannte Instabilität behandelt?

John Göddertz: Die meisten Außenbandrupturen können durch vorübergehende Ruhigstellung mit einer entsprechenden Orthese behandelt werden. So vermeidet man, dass ein erneutes Umknicken während der Heilungsphase auftritt. Meist führt eine Kombination mit zusätzlicher Bandagen- und Einlagenversorgung, entzündungshemmenden Injektionen und entsprechender Physiotherapie zum Erfolg. Manchmal reicht dieses aber nicht aus, sodass eine Wiederherstellung der Stabilität mit einer Außenbandrekonstruktion angestrebt werden sollte. Die Rekonstruktion der Außenbänder ist dabei unabhängig von einer Versorgung eventuell aufgetretener Knorpelschäden und wird auf verschiedene Art und Weise durchgeführt. Häufig wird heute mit

einer Sehnenplastik das ursprüngliche Außenband ersetzt und die Führung des Gelenks wiederherstellt. Die Raffung des „ausgeleiterten“ Außenbands durch eine bestimmte Nahttechnik ist inzwischen dagegen eher selten geworden.

Wie geht man vor, wenn es bereits zu Schäden im Sprunggelenk gekommen ist?

John Göddertz: Wenn noch genügend Restknorpel vorhanden ist, kann durch eine Sprunggelenksarthroskopie versucht werden, den Knorpel zu glätten, freie Gelenkkörper auszuleiten und die Gelenkschleimhaut, welche die begleitende Entzündung unterhält, abzutragen. Ebenso können im Rahmen einer Arthroskopie überschüssige Knochenbauten – sog. Osteophyten – und Narbenstränge entfernt werden, was für bessere Beweglichkeit im Gelenk sorgt.

Gibt es eine Möglichkeit, den verloren gegangenen Gelenkknorpel wieder aufzubauen?

John Göddertz: Inzwischen gibt es mehrere Verfahren, mit denen der Körper angeregt werden kann, verlorenen Knorpel zu ersetzen. Wenn der Knorpelschaden unter 1 cm² groß und an den Rändern begrenzt ist – man spricht von einem umschriebenen Knorpelschaden – kann mit

einer sogenannten Pridiebohrung versucht werden, die Knorpelneubildung zu stimulieren. Dabei wird die Gelenkoberfläche an der schadhafte Stelle bis in die blutführenden Schichten hinein angebohrt. Mit dem Blut kommen dann Stammzellen an die Oberfläche, welche sich in der Folge zu neuem Knorpelgewebe ausdifferenzieren.

Was ist, wenn der Knorpelschaden größer ist?

John Göddertz: Auch größere Knorpeldefekte können mittlerweile gut wieder aufgefüllt werden. Dazu verfährt man im Prinzip ähnlich wie bei beschriebenen Pridiebohrung; allerdings wird die angebohrte Gelenkoberfläche zusätzlich mit einer speziellen Knorpelmembran abgedeckt, welche zum einen den einwachsenden Zellen als Matrix dient, zum anderen verhindert, dass das sich bildende Blutkoagel durch die Gelenkbewegung aus dem Defekt herausgerissen wird, bevor eine Heilung eintreten kann. Dieses sogenannte AMIC-Verfahren ist am Sprunggelenk sehr erfolgreich, sodass hier die früheren Knorpelanzüchtungsverfahren weitgehend obsolet geworden sind. Im Gegensatz zu diesen kommt das AMIC-Verfahren mit einem einzigen Eingriff aus; es muss also nicht zunächst Knorpel entnommen und nach der Anzüchtung wieder eingesetzt werden. Wir erreichen damit eine besonders sichere und schnelle Regeneration der Gelenkoberfläche.



Röntgenbild mit implantiertem Kunstgelenk

Es gibt aber auch Patienten, bei denen ein Knorpelersatz aufgrund der starken Schäden nicht mehr zielführend ist. Welche Möglichkeiten gibt es dann noch?

John Göddertz: Wenn der Gelenkknorpel weiträumig abgerieben ist, kann man ihn in der Regel nicht mehr aufbauen. Das liegt daran, dass die meisten Techniken zum Knorpelersatz letztlich darauf angewiesen sind, eine Defektbegrenzung zum optimalen Einwachsen des Ersatzgewebes vorzufinden. Ist dies nicht der Fall, so gibt es grundsätzlich zwei Therapieoptionen: die Sprunggelenkversteifung und der Gelenkersatz. Beide Verfahren haben Vor- und Nachteile, wobei die Versteifung heute als Goldstandard angesehen werden kann. Insgesamt werden wesentlich mehr Sprunggelenke versteift als Kunstgelenke eingesetzt.

Für wen kommt eine Sprunggelenksprothese infrage, und in welchen Fällen sollte man versteifen?

John Göddertz: Dort, wo man sie einsetzen kann, besticht die Sprunggelenksprothese insbesondere durch den kompletten Erhalt des natürlichen Gangbilds, denn die Funktion des Originalgelenks wird ja wie bei Hüft- oder Knieprothesen auch 1:1 ersetzt. Aufgrund der mit 10–15 Jahren begrenzten Standzeit und auch einer nicht uneingeschränkten Belastbarkeit setzt man die OSG-Prothese jedoch nicht gern bei jungen und aktiven Patienten ein, weil der Folgeeingriff – in der Regel bleibt dann nur die Versteifung – vorprogrammiert ist. Die tatsächlichen Einsatzmöglichkeiten einer OSG-Prothese sind daher leider nicht ganz so groß, wie man vielleicht annehmen könnte.

Besonders für jüngere Patienten ist die Versteifung daher der bessere Eingriff. Dabei klingt das schlimmer, als es eigentlich ist, oder?

John Göddertz: Richtig. Bei dem Begriff „Versteifung“ denken die meisten Betroffenen an weitgehende Unbeweglichkeit. Dabei sind die Auswirkungen längst nicht so drastisch, wie sie sich anhören. Die Position, in welcher das Gelenk versteift wird, erlaubt ein fast natürliches Abrollen, zumal die benachbarten Gelenke einen Teil der verloren

gegangenen Funktion auffangen. Junge aktive Patienten mit einem hohen Anspruch an die Belastbarkeit, die mitunter auch körperlich schwer arbeiten, können auf diese Art und Weise im Idealfall lebenslange Schmerzfreiheit bei gleichzeitig guter Beweglichkeit erreichen. Auch die Sportfähigkeit ist – anders als bei einer prothetischen Versorgung – praktisch nicht eingeschränkt.

Manchmal ist der Schaden im Gelenk auch Folge einer Fußfehlstellung wie einem extremen Knick-Plattfuß. Wie können Sie diesen Patienten helfen?

John Göddertz: Bei Patienten mit starken Fehlstellungen lässt sich allein durch einen Knorpelersatz meist keine langfristige Besserung erreichen, da ja die Ursache des Knorpelschadens bestehen bleibt. Hier gibt es in vielen Fällen die Möglichkeit, durch eine knöchernen Umstellung z. B. des Fersenbeins eine Verbesserung der Statik und damit eine physiologisch korrekte Krafteinleitung zu erreichen. Manchmal reicht sogar die Umstellung allein aus, um den Patienten die Schmerzen zu nehmen, da der früher überbeanspruchte und nun entlastete Teil der Gelenkfläche sich ausreichend erholen kann.



John Göddertz, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Diplom-Sportwissenschaftler

► John Göddertz
Leiter Department Fuß- und Sprunggelenkchirurgie
Fachklinik 360°
Rosenstraße 2
40882 Ratingen
www.fachklinik36ograd.de