

Soccer's ankle

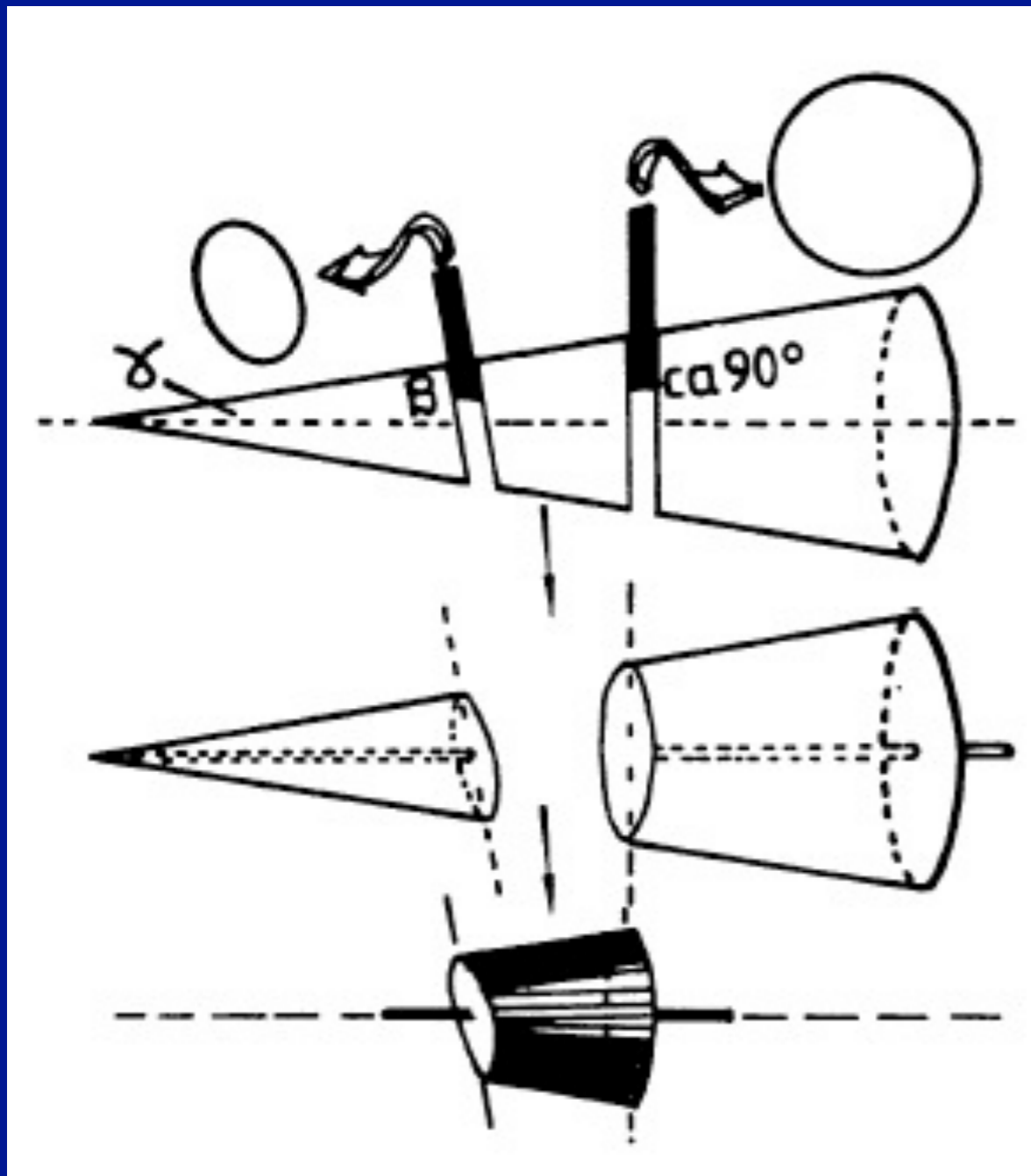


Tim Rose
München

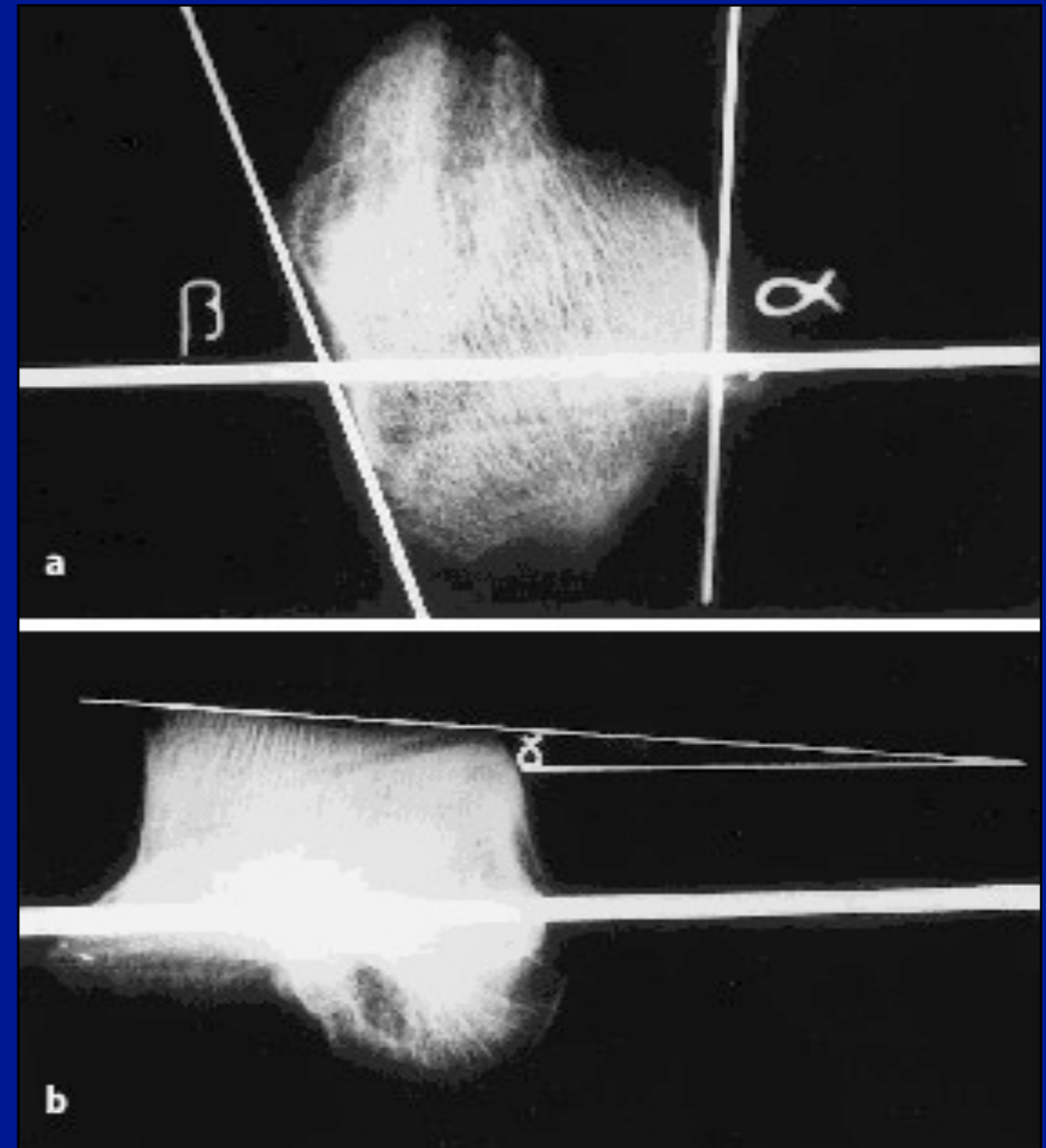


Das Sprunggelenk ist beim
Fußballer das am
häufigsten betroffene
Gelenk
- 38 % -

Nielsen AB, Am J Sports Med 1989



Seiler, Orthopäde 1999



Neigung der Talusrotationsachse zur facies malleolaris lateralis (a) bzw. medialis (b) und zur Tangente an die Rollkanten (g)



Das obere Sprunggelenk

=

Präzisionsmechanismus

Seiler, Orthopäde 1999



Fußball spielen

=

unphysiologische Belastung



„athlet's ankle“

Morris, JBJS 1943



„footballer's ankle“

McMurray, JBJS 1950



„soccers ankle“

McCarroll, Am Sports Med 1987



Fußballergelenk

Schießler, 69. Tg d. Verein Bay Chirurgen 1992



Beschwerden

- Fortgeschrittene Karriere
(3. Dekade)
- bei sportartspezifischer Belastung
∅ in Ruhe
- schmerzhafte
Bewegungseinschränkung

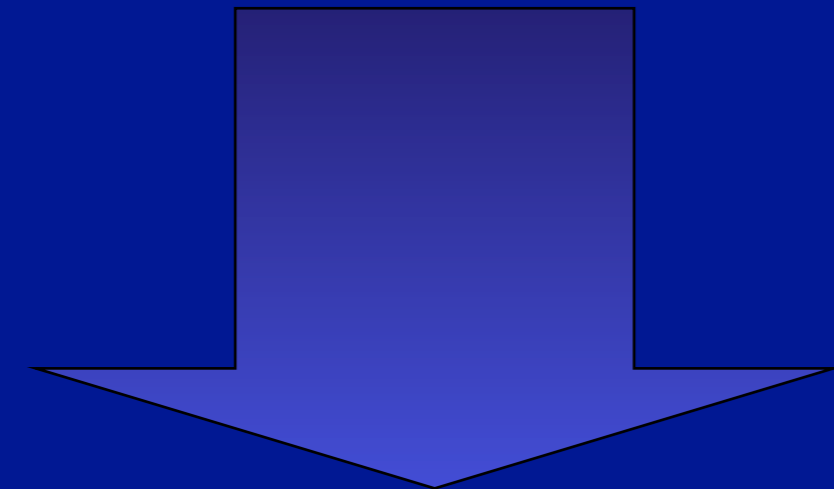


Imhoff AB, Sportorthop Sporttraumatol 1997
Attmenspacher et al., Arthroskopie 2005



klinische Untersuchung

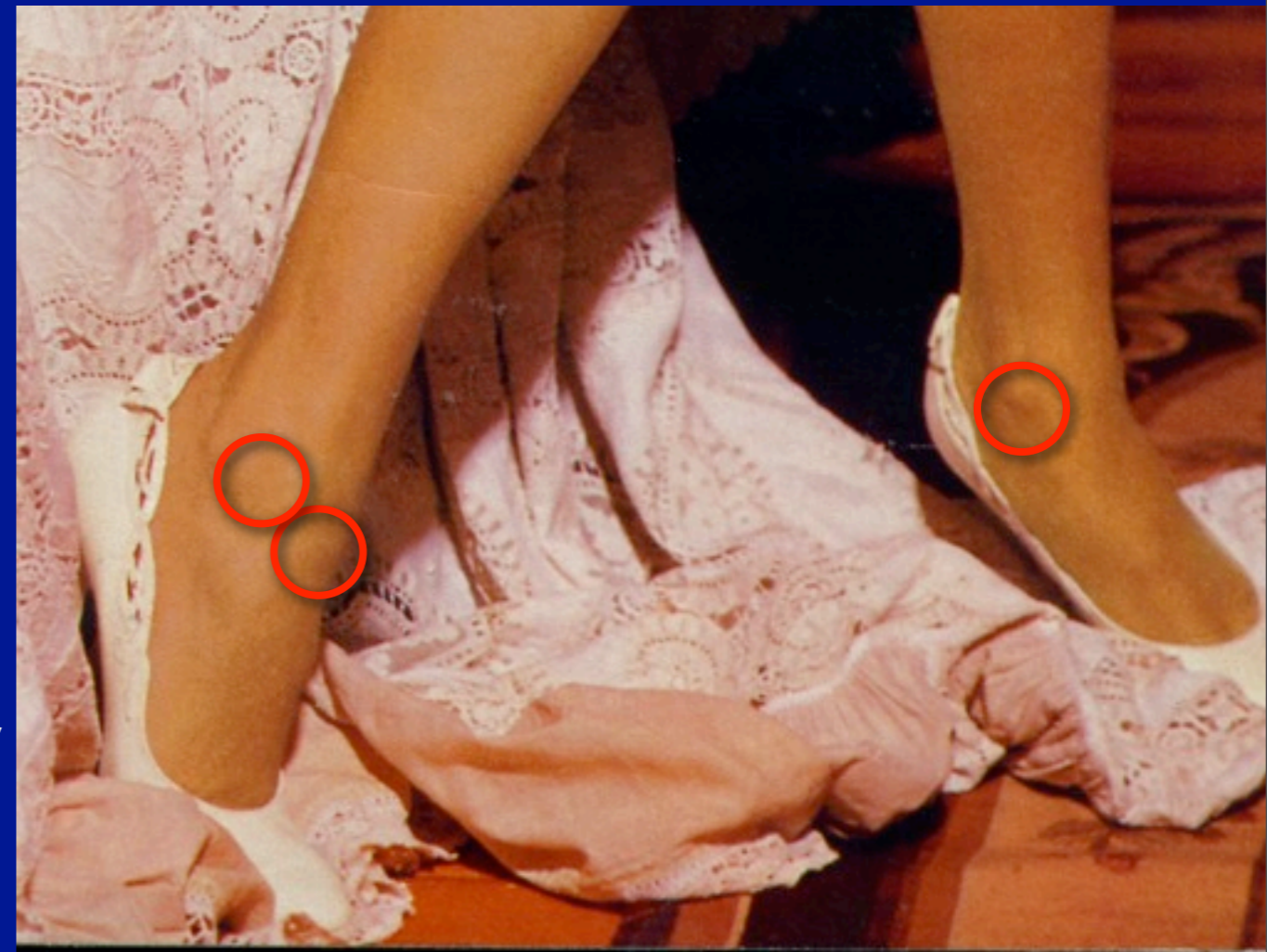
schmerzhafte Druckpunkte



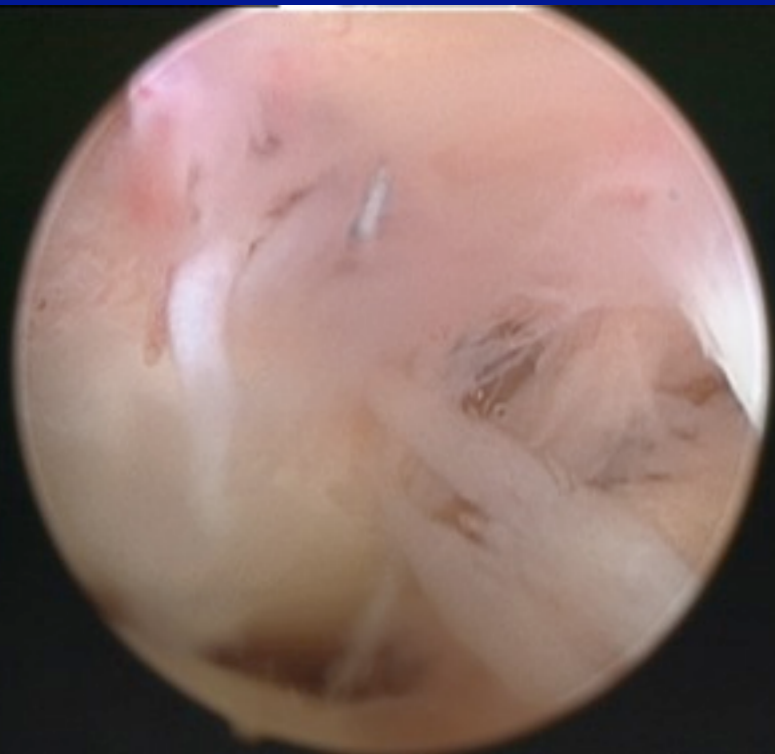
anterolateral

vordere Gelenkkammer

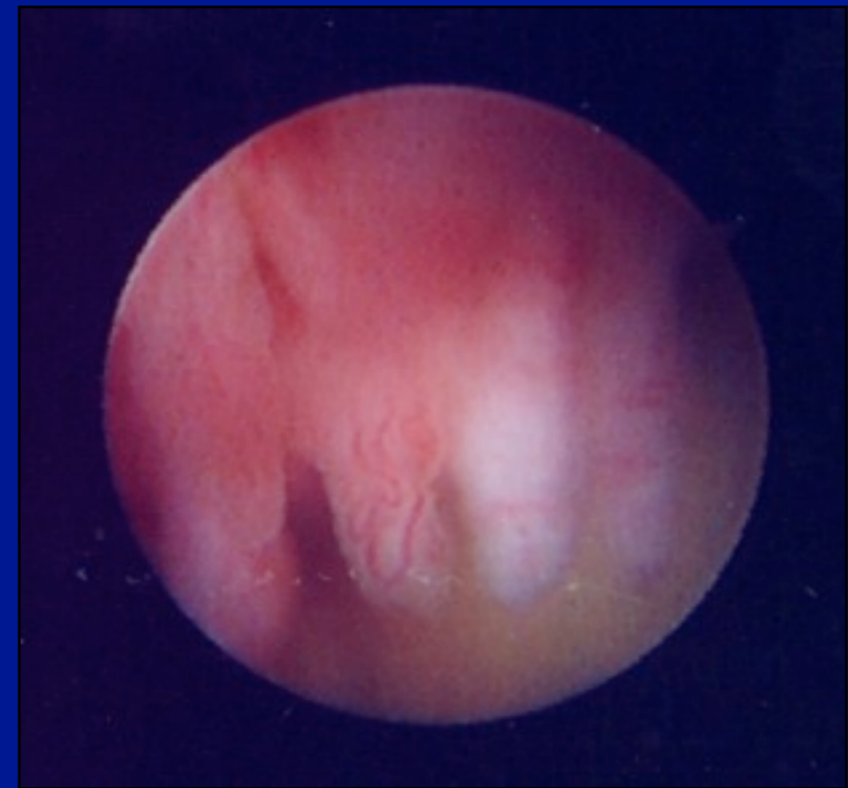
vor Innenknöchel



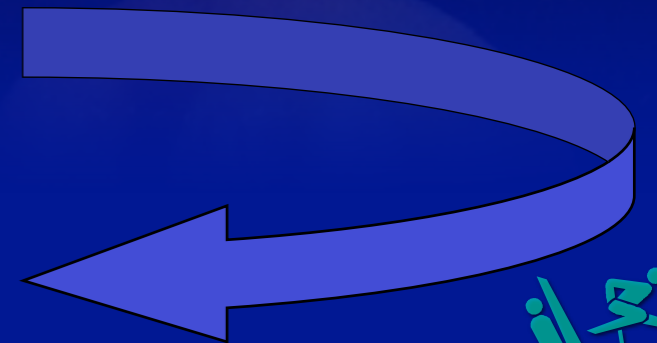
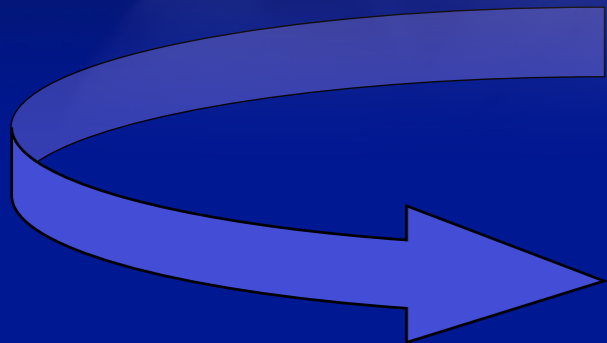
Überlastunssyndrom + repetetive Mikrotraumen



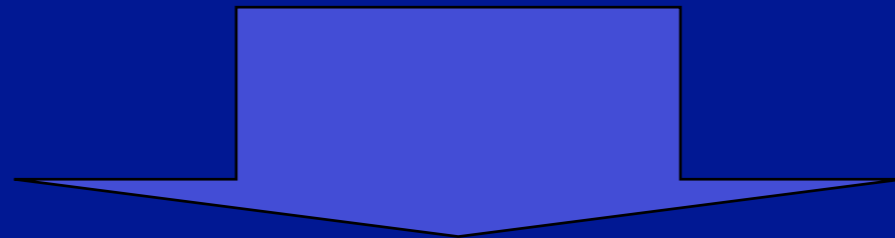
Synovialitis
Vernarbungen



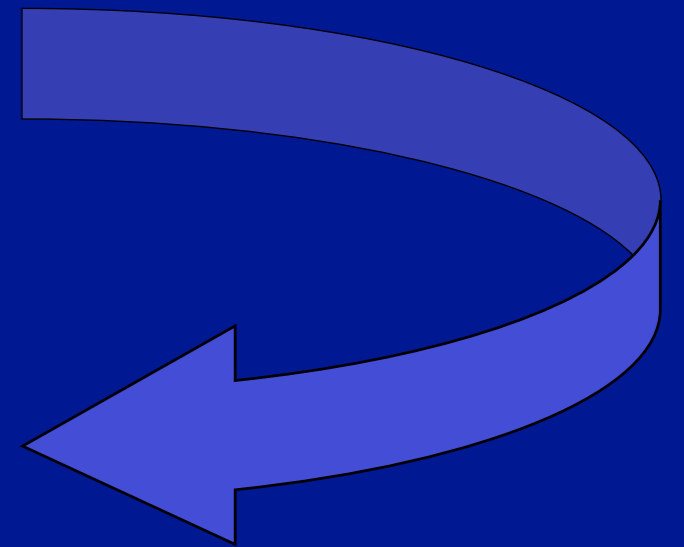
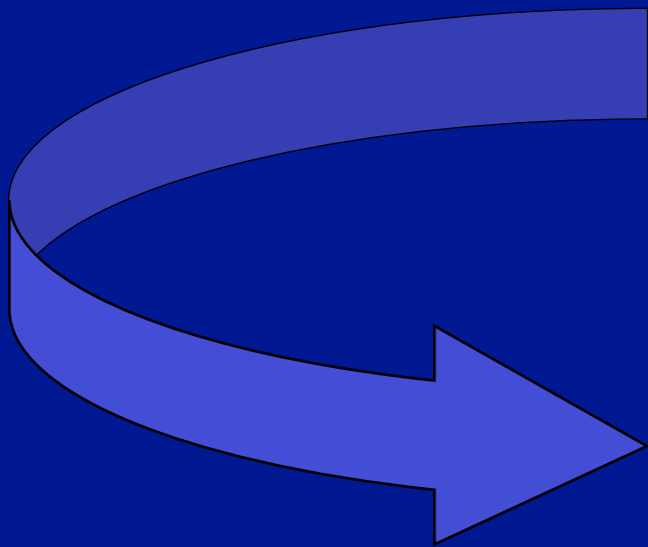
anterolaterales
Weichteilimpingement



zunehmende Dauer der Sportausübung



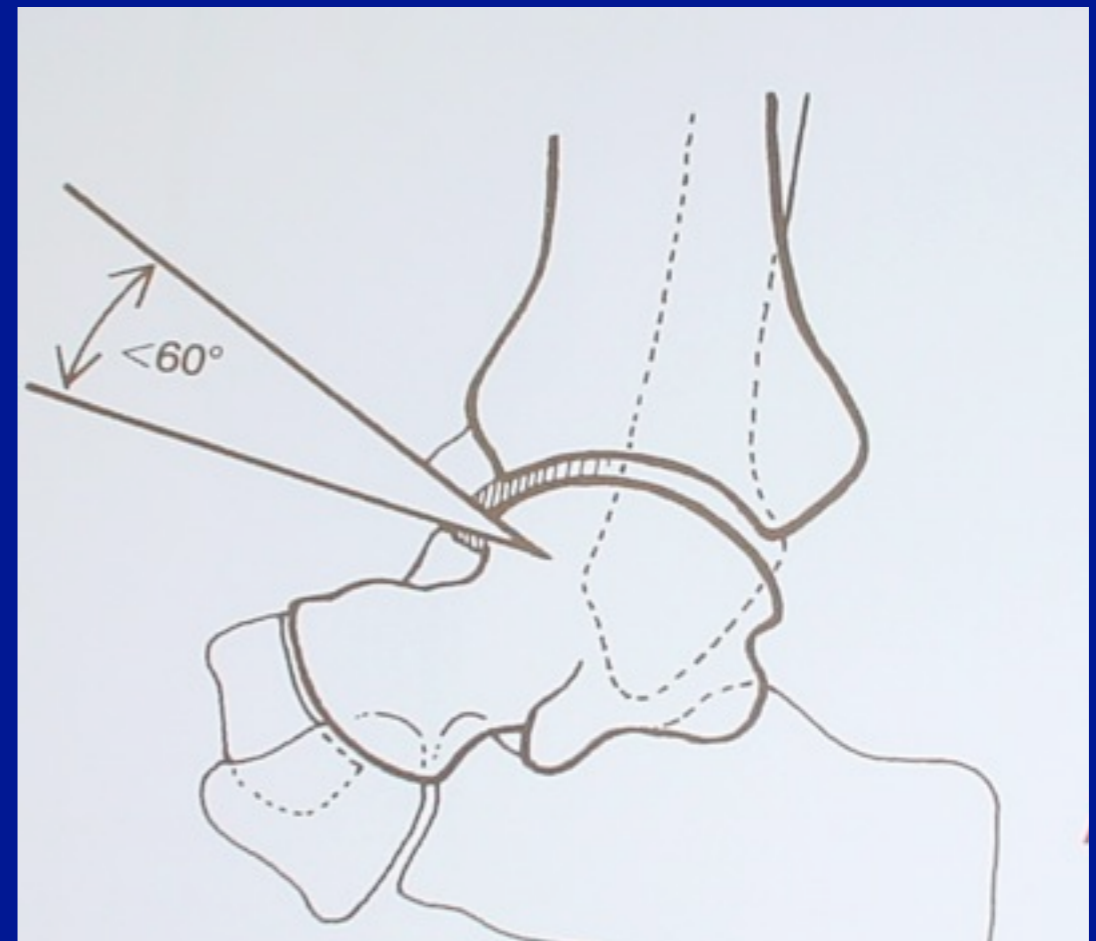
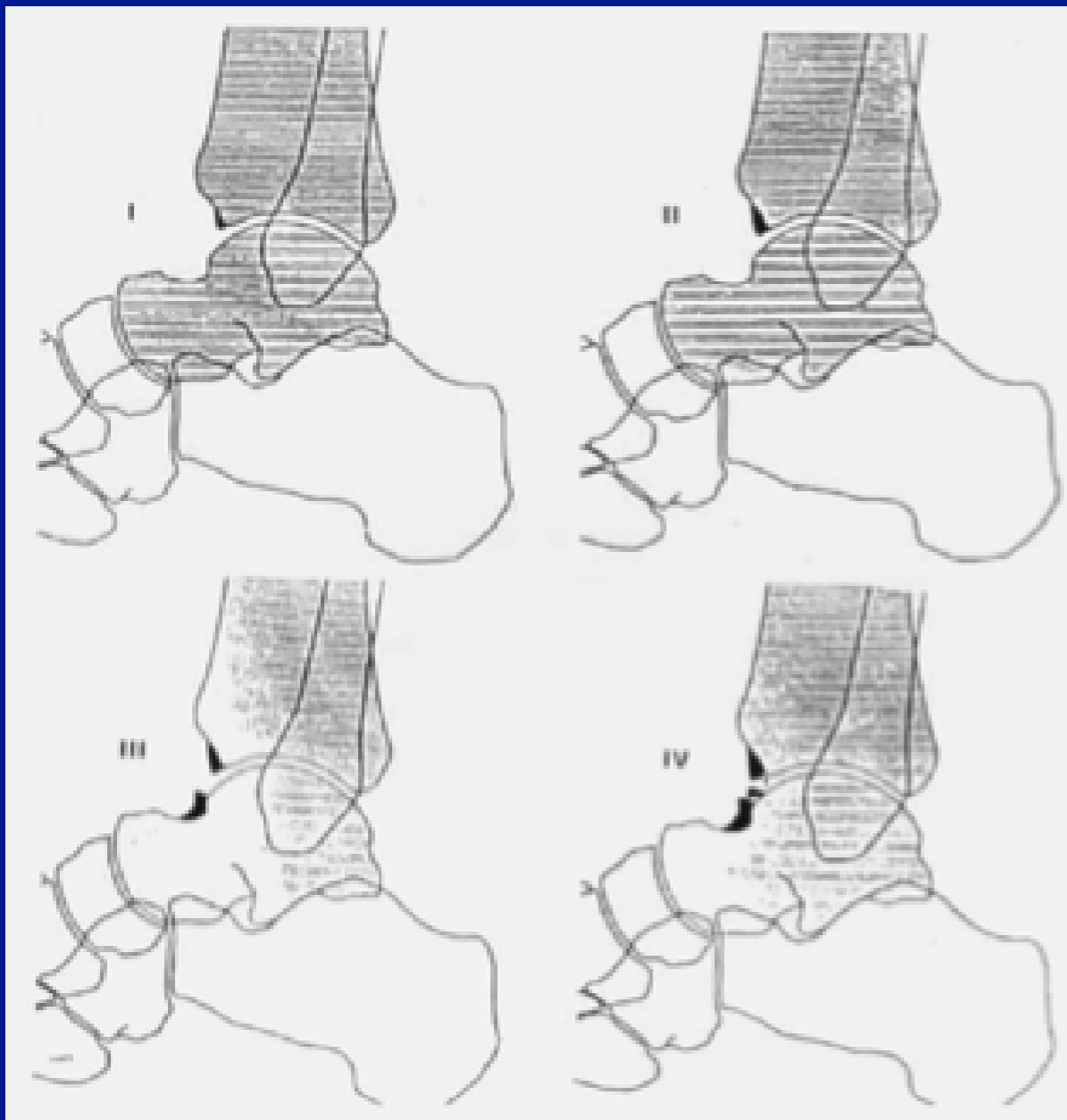
knöchernerne Veränderungen der Tibiavorderkante + Talus



ossäres Impingement



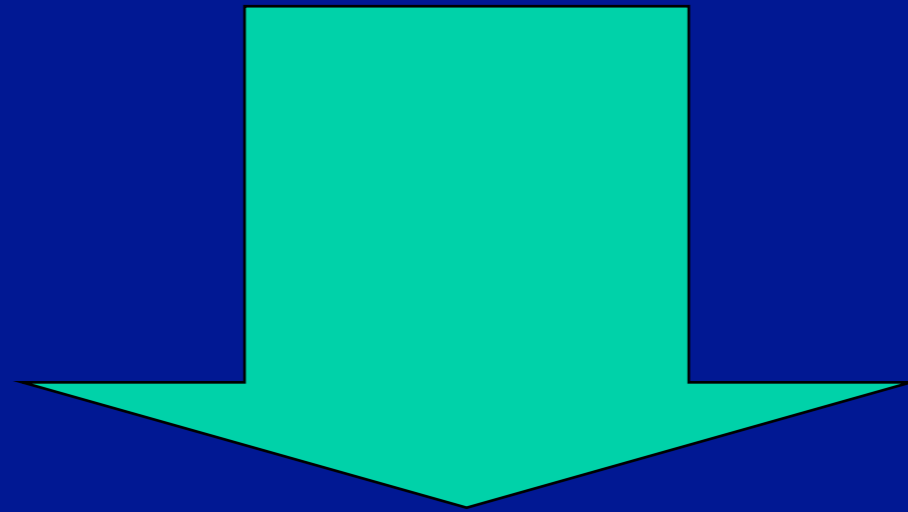
Klassifikation nach Scranton



Scranton 1992 Foot Ankle



ossäres Impingement
+
Weichteilimpingement

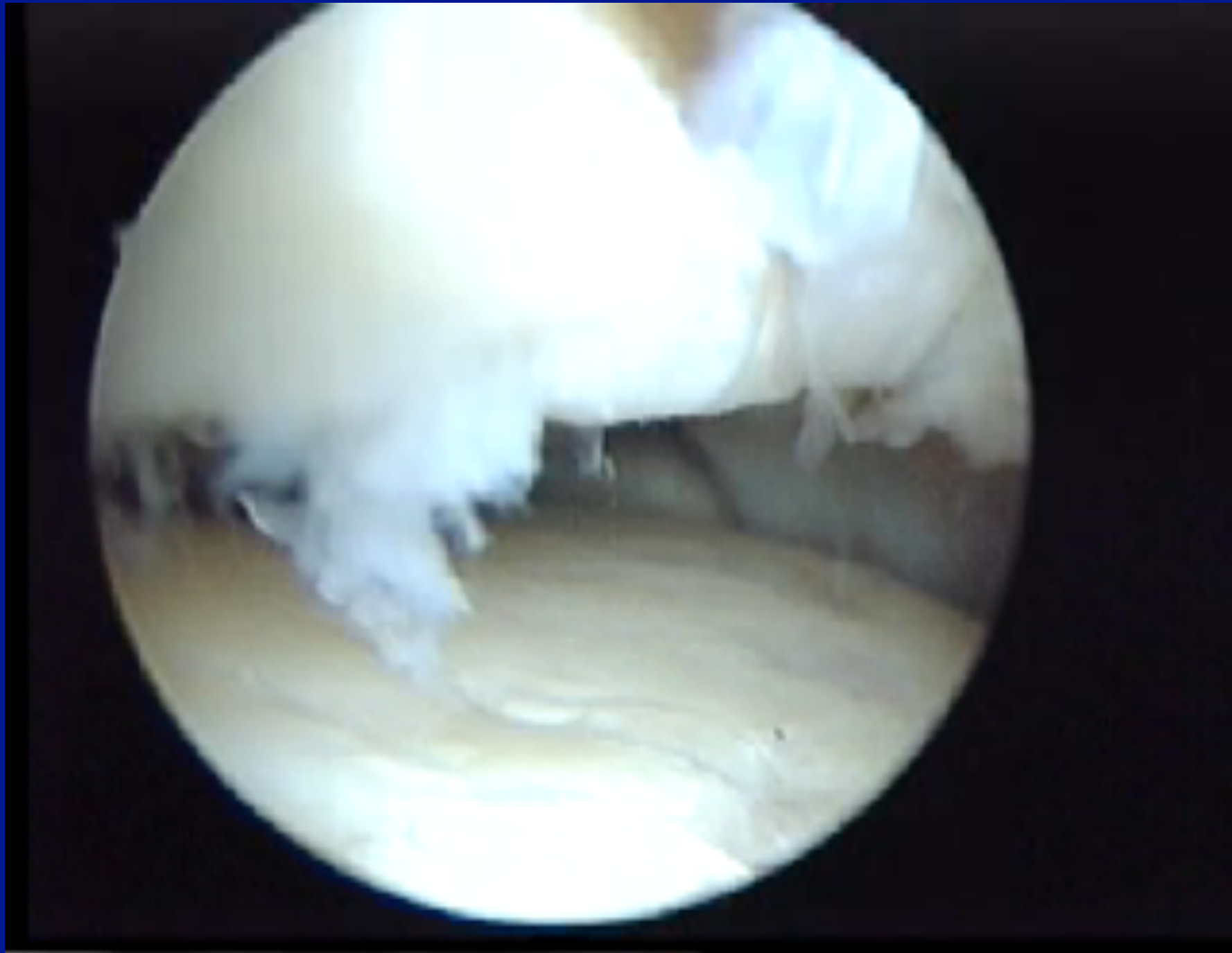


Nußknackereffekt

Biedert R, Arch Orthop Trauma Surg 1991



Tram-Track-Lesion



„tram-track-lesion“

n=64

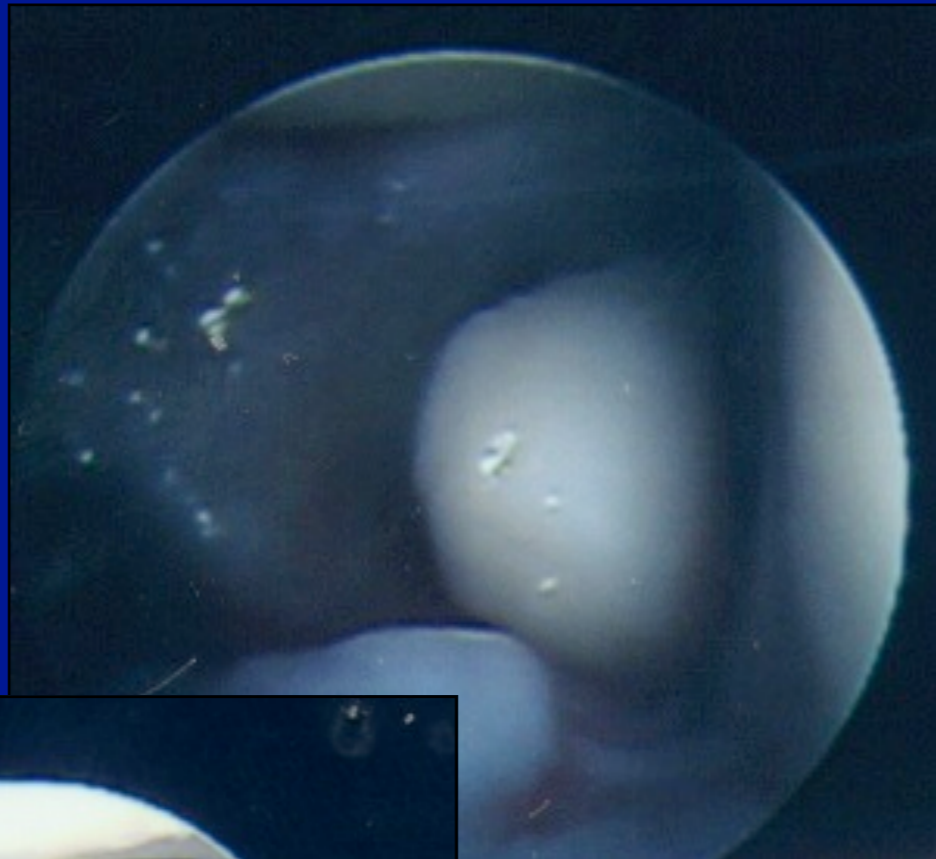


- 6 Patienten (~10%)
- lokalisiert in vorderer Hälfte des Talus
- longitudinaler Verlauf
- korrespondierender anteromedialer Osteophyt an der Tibiavorderkante
- nie Instabilität
- immer Fußballgenese !?

Seung-Ho, Arthroscopy 1999

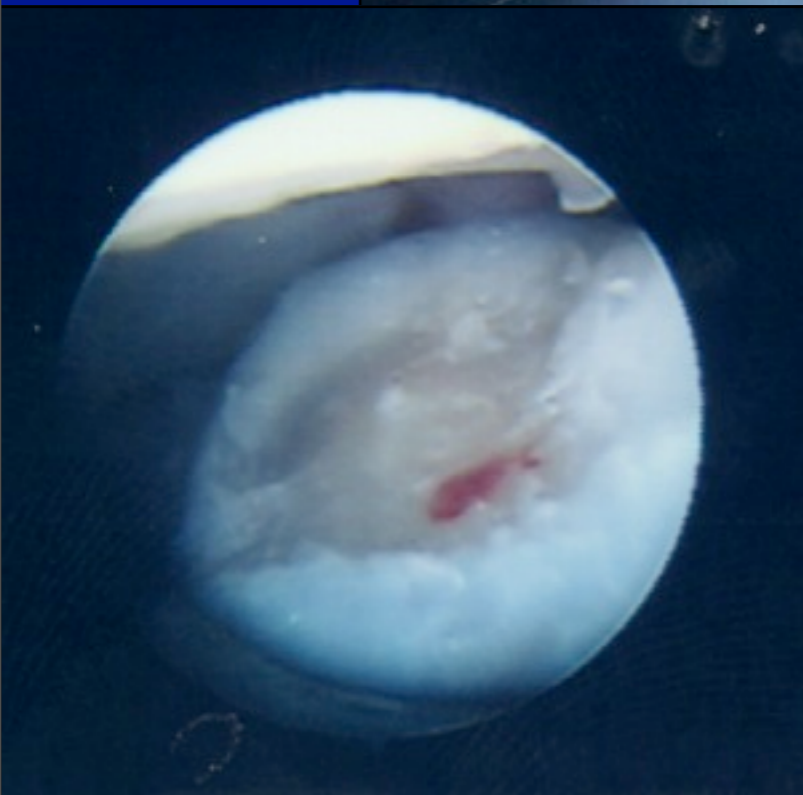


Osteochondrosis dissecans



Entstehung der OD:

- Sup./Pronationstraumen
- rep. Mikrotraumen
- sportliche Belastung
- Bandlaxizität



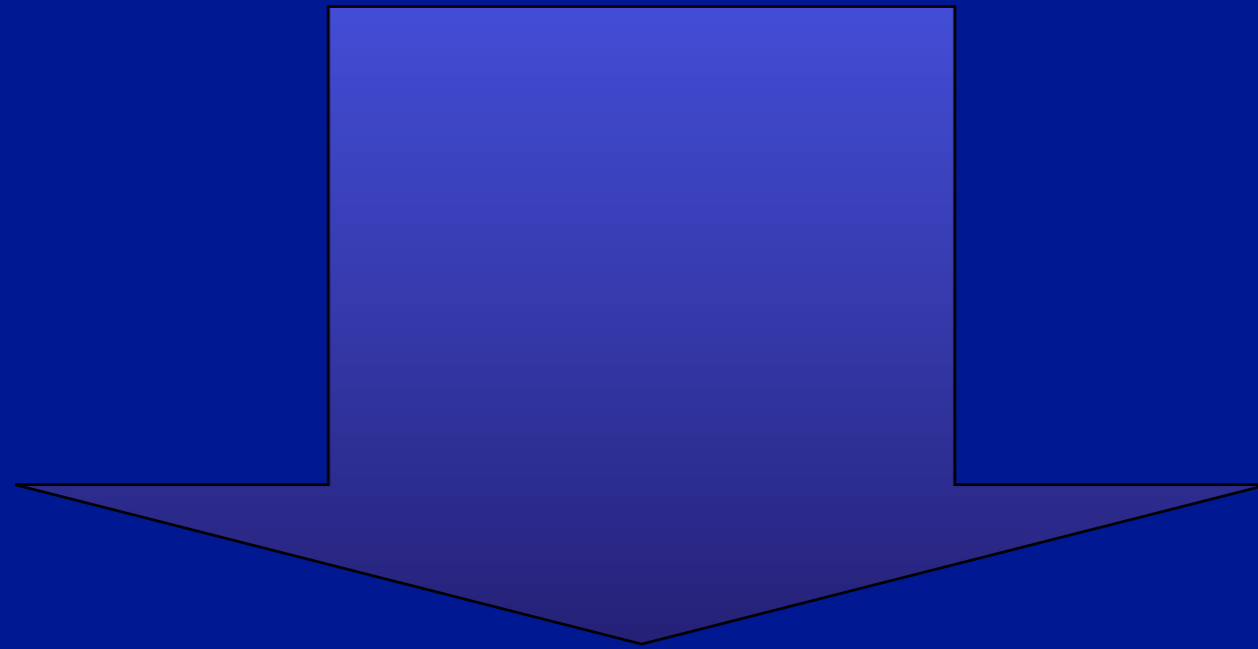
Josten, Rose Orthopäde 1999



Bandinstabilität



Ziel der Therapie

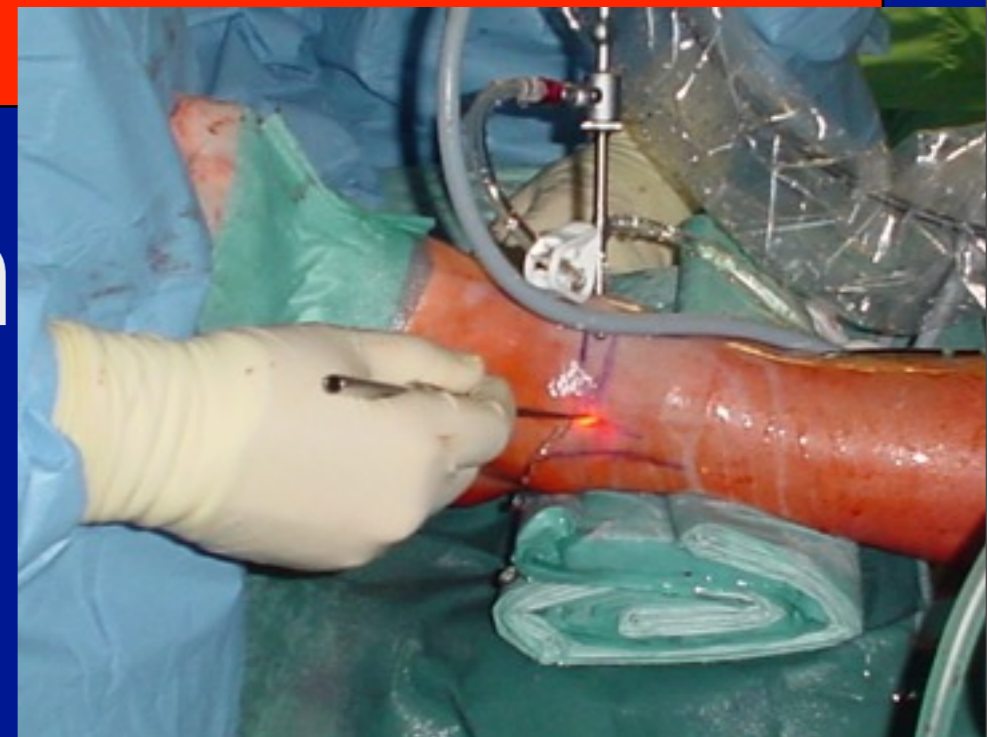


Wiederherstellung
der Sportfähigkeit



Arthroskopie !

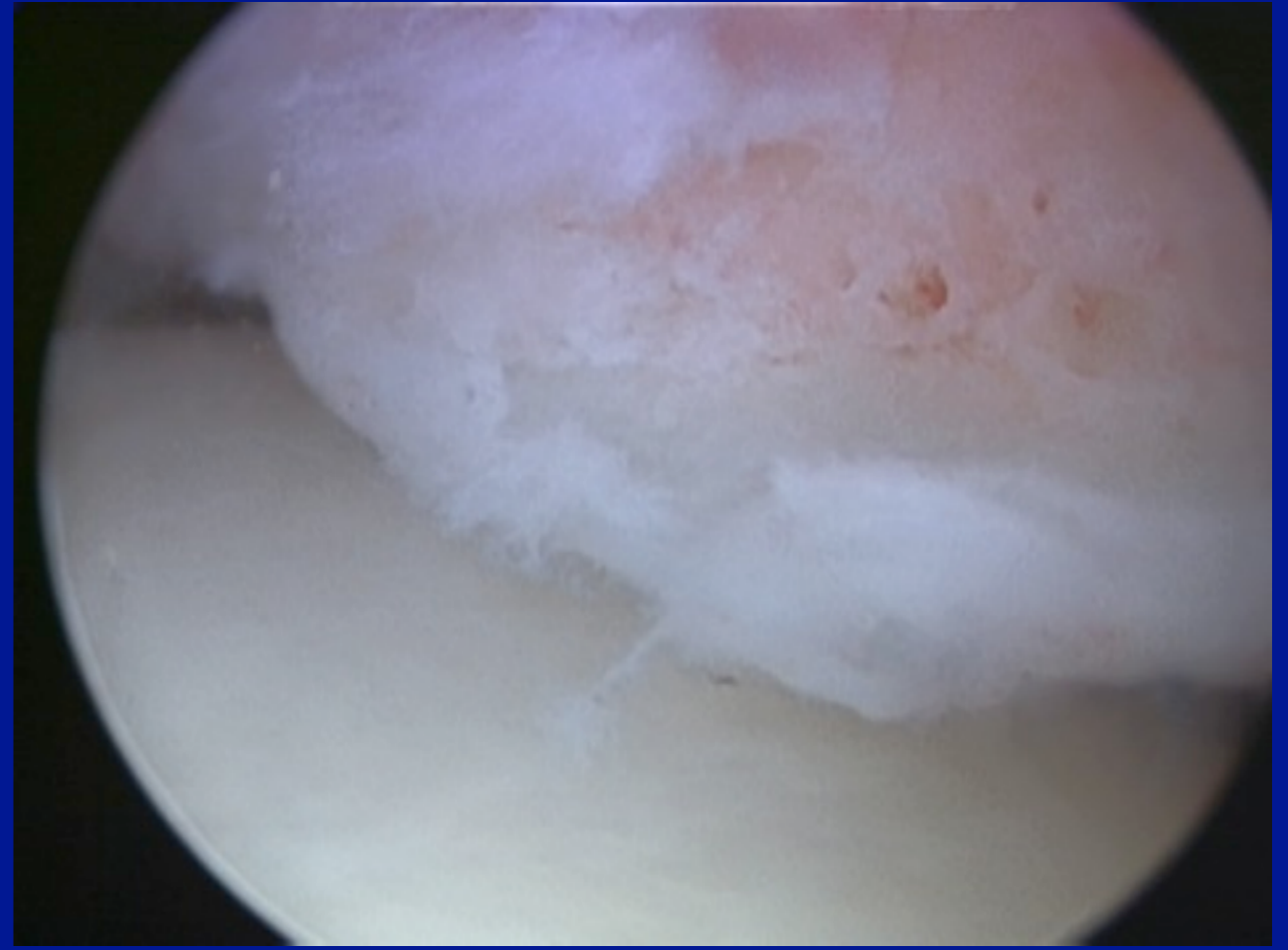
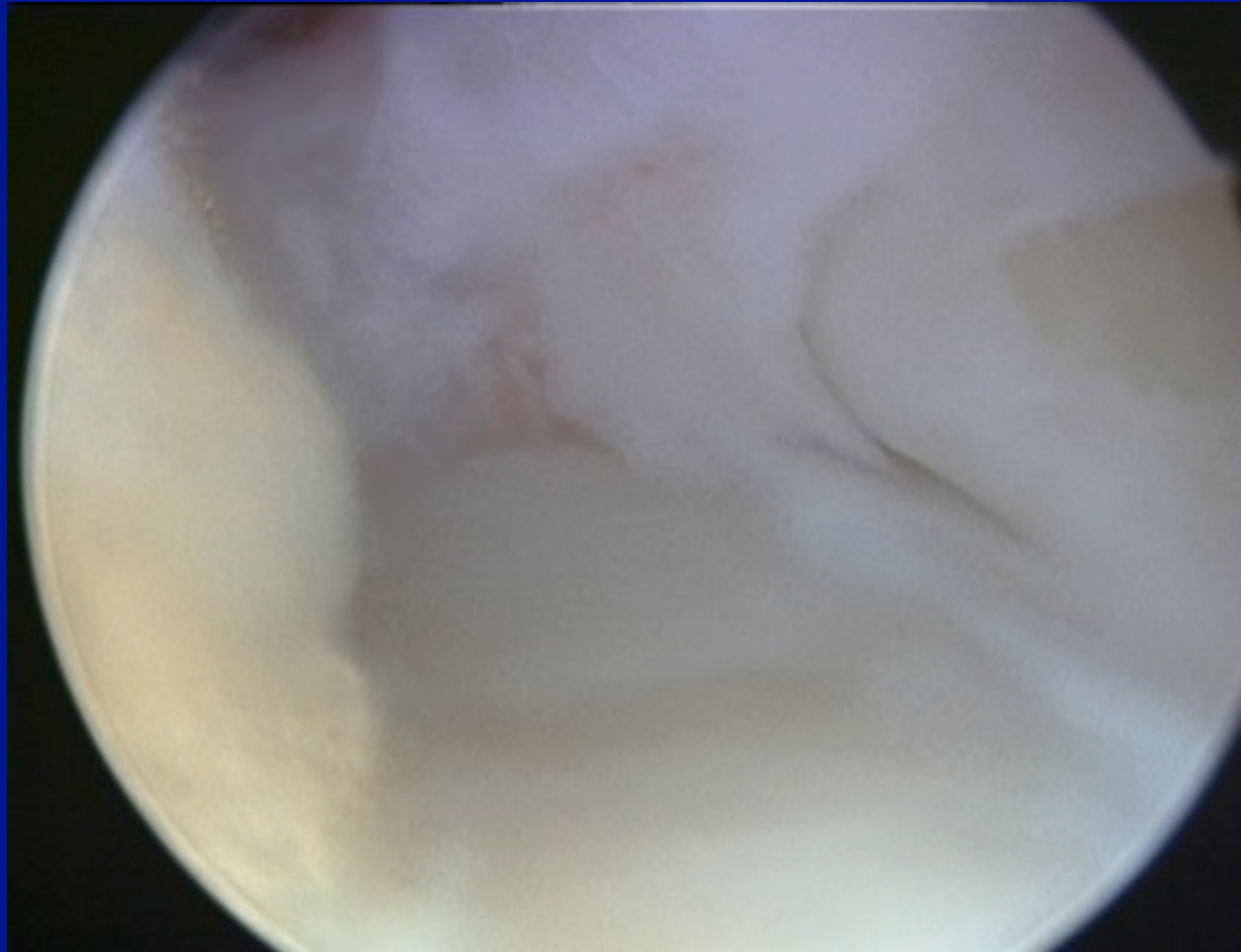
~2/3 der Patienten
beschwerdefrei
(Sportfähig !)



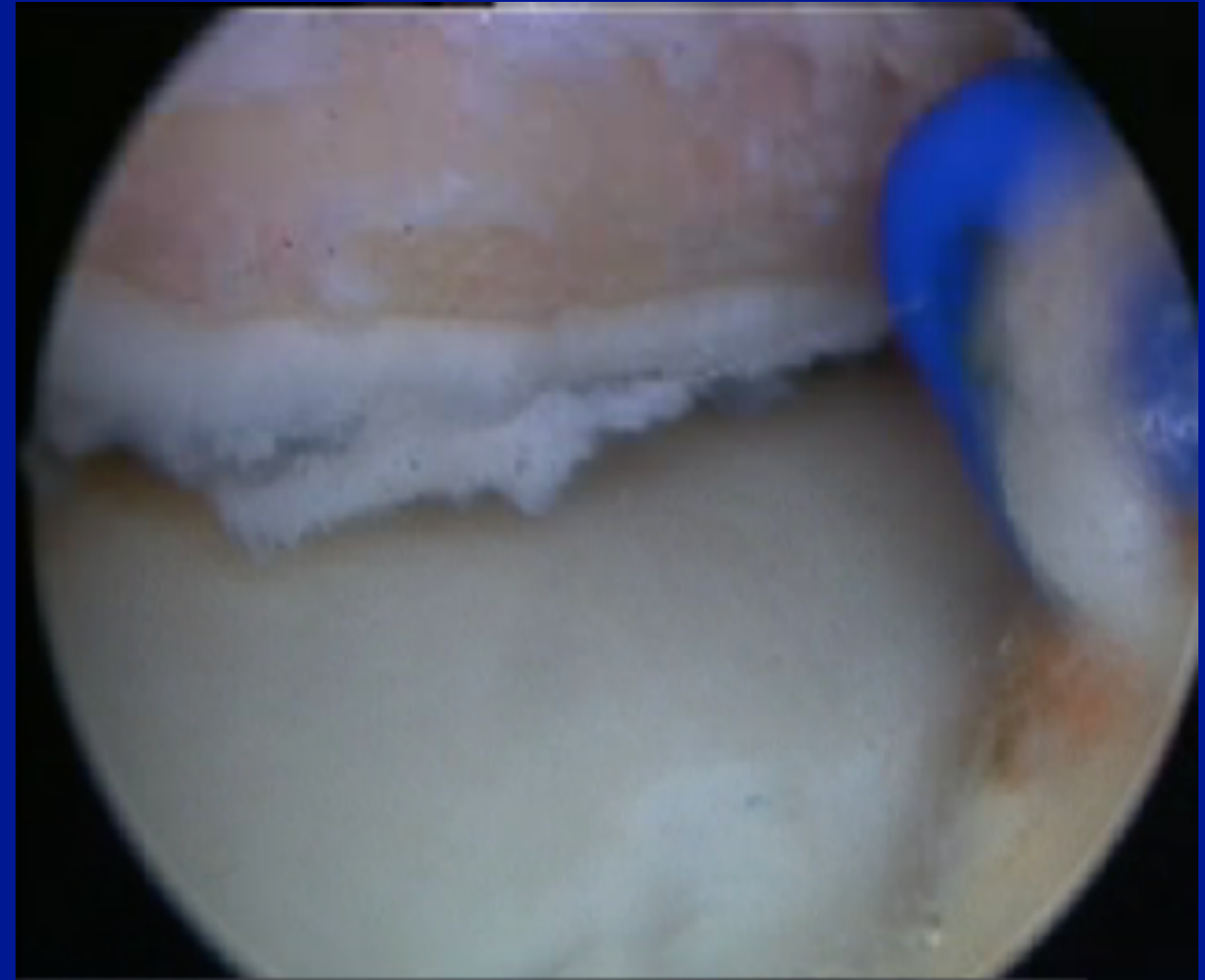
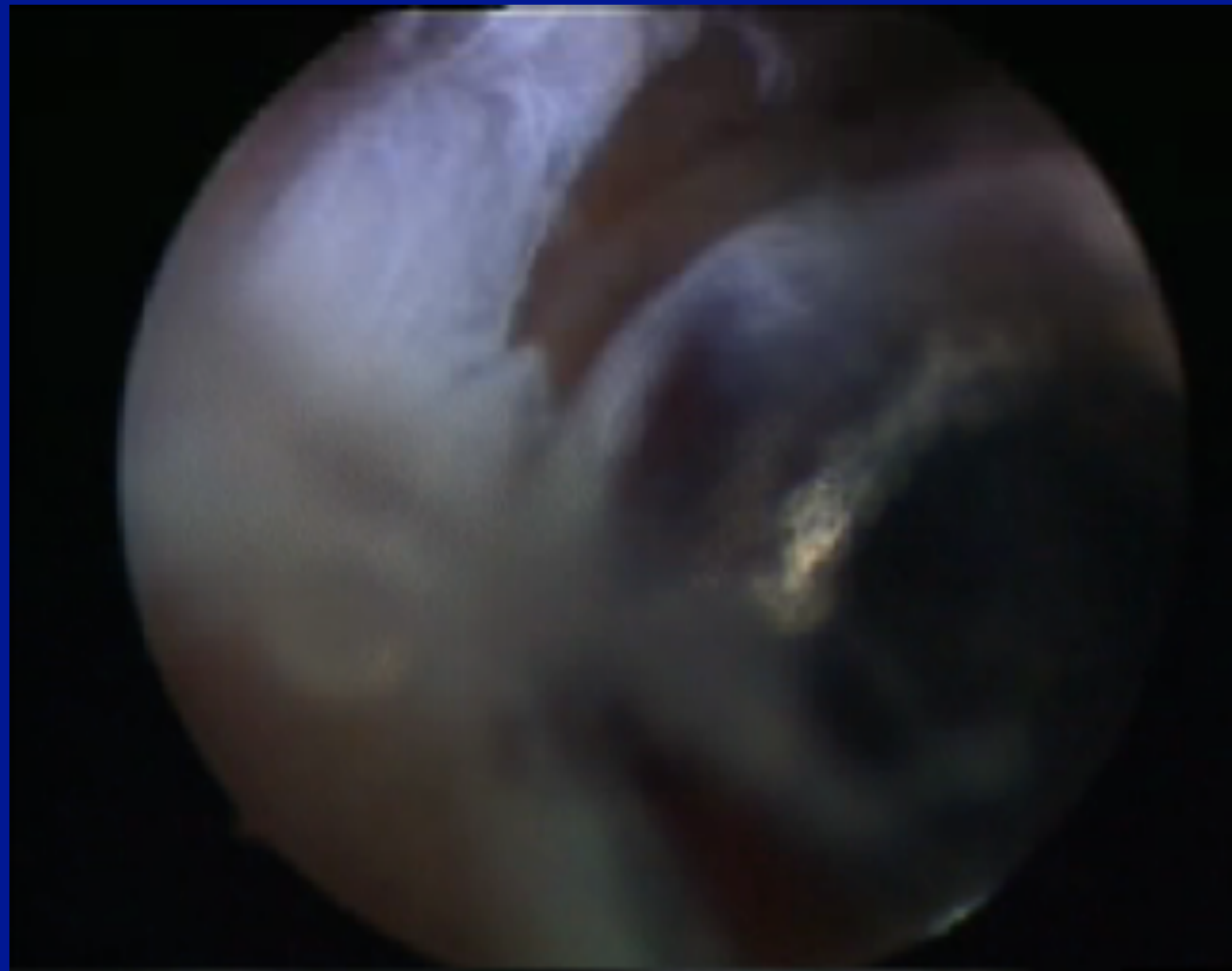
Shelbourne KD et al, Am J Sports Med 1987
Attmanspacher, Arthroskopie 2005



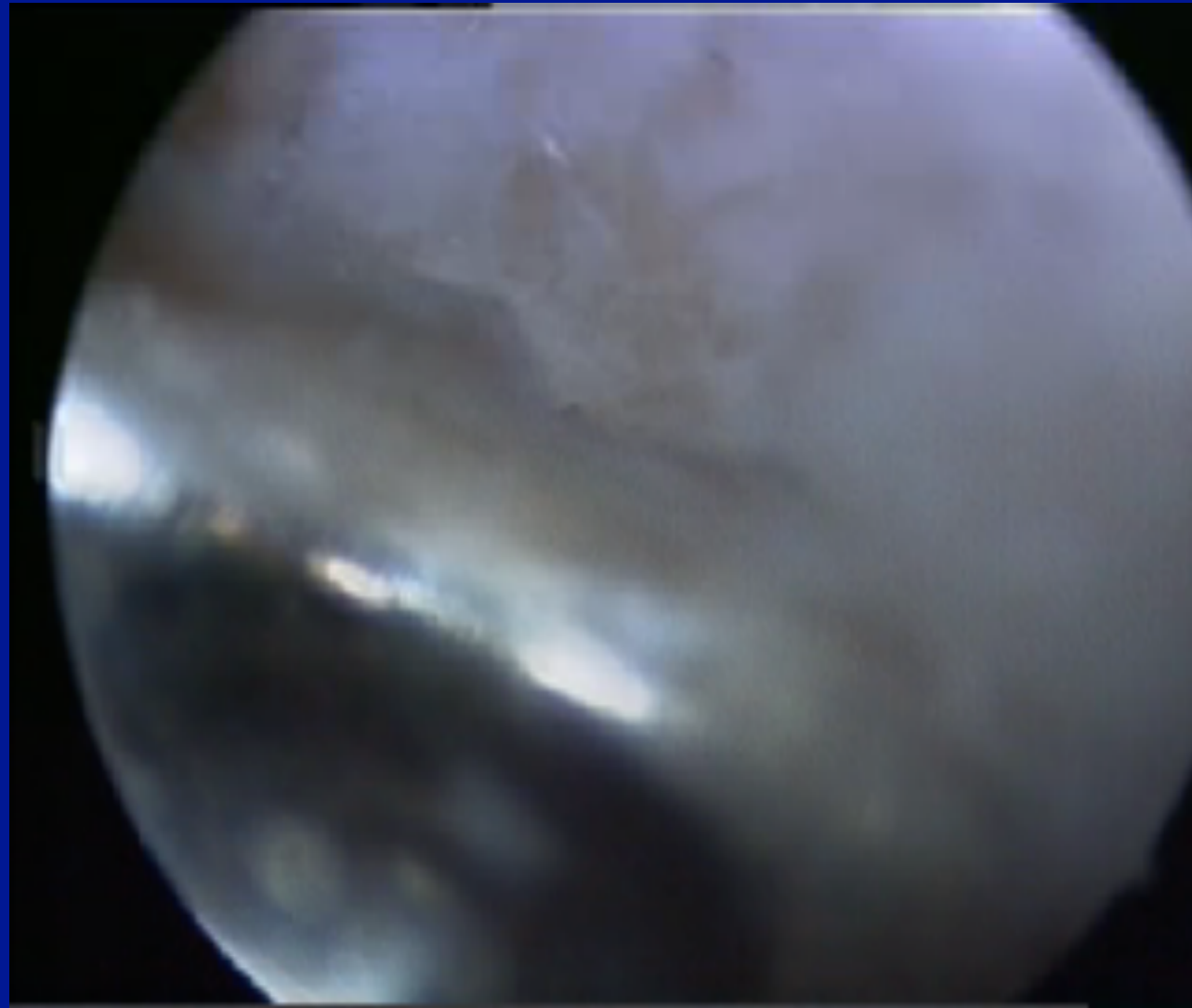
Inspektion



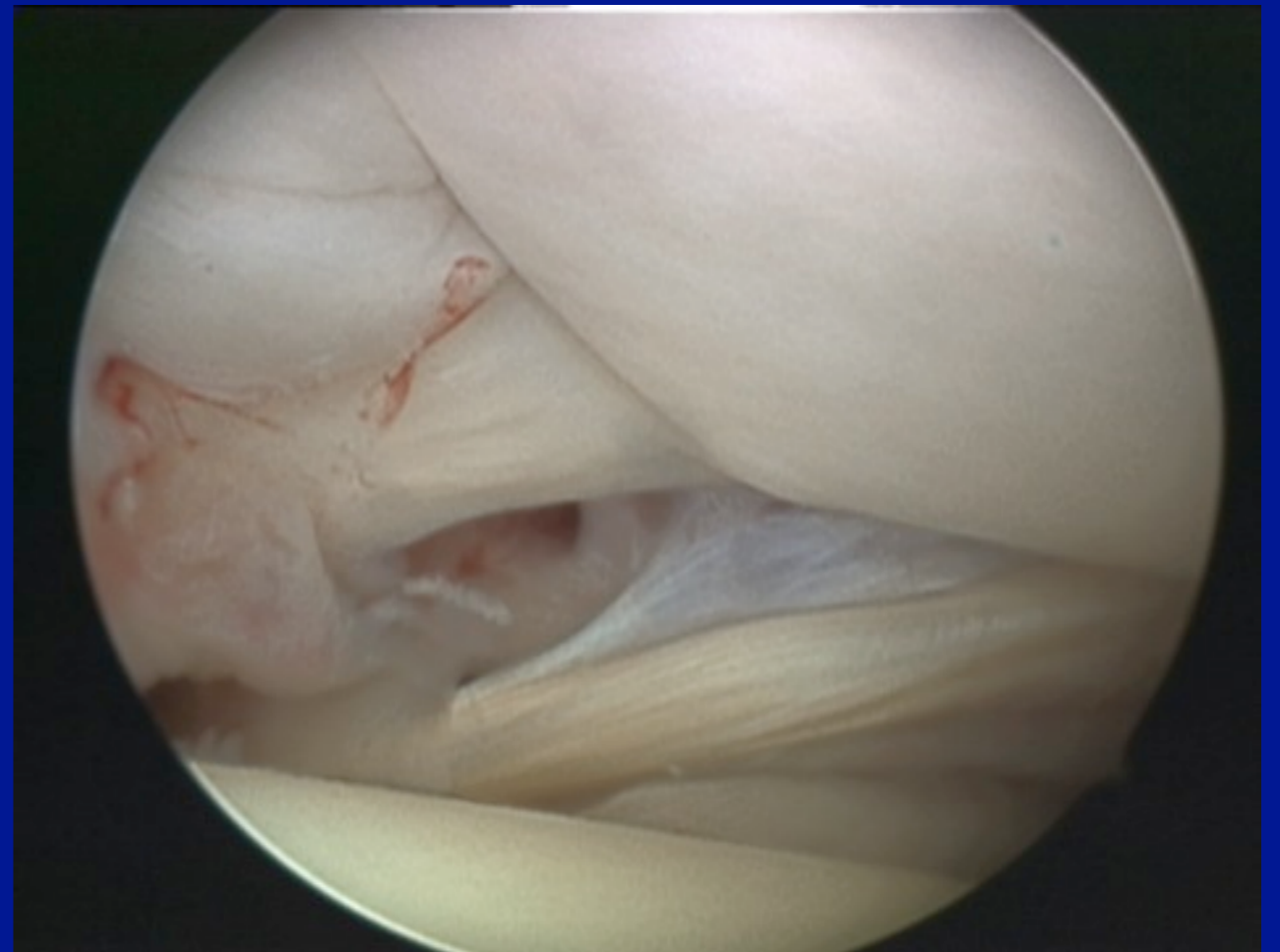
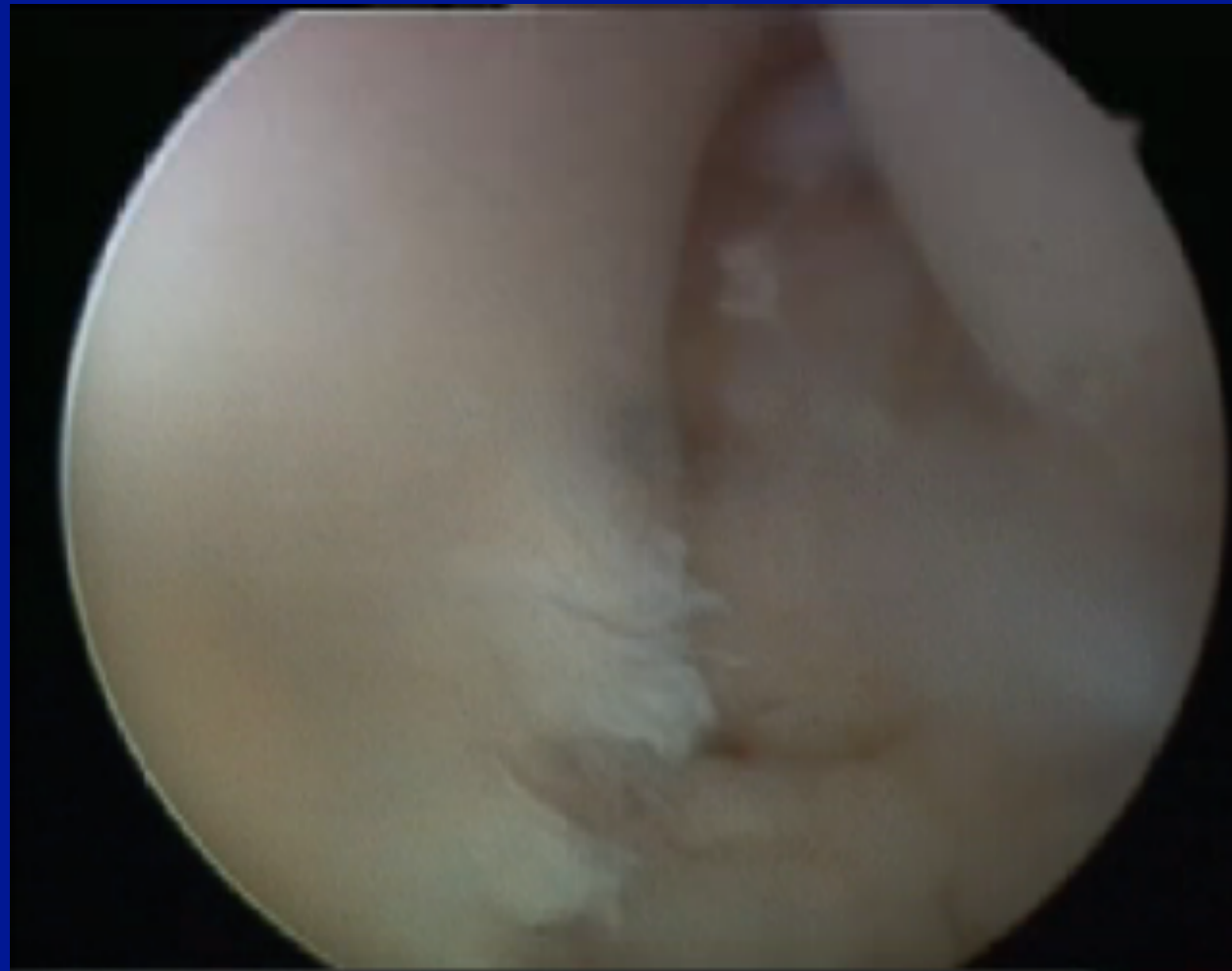
Synovektomie + Narbenresektion



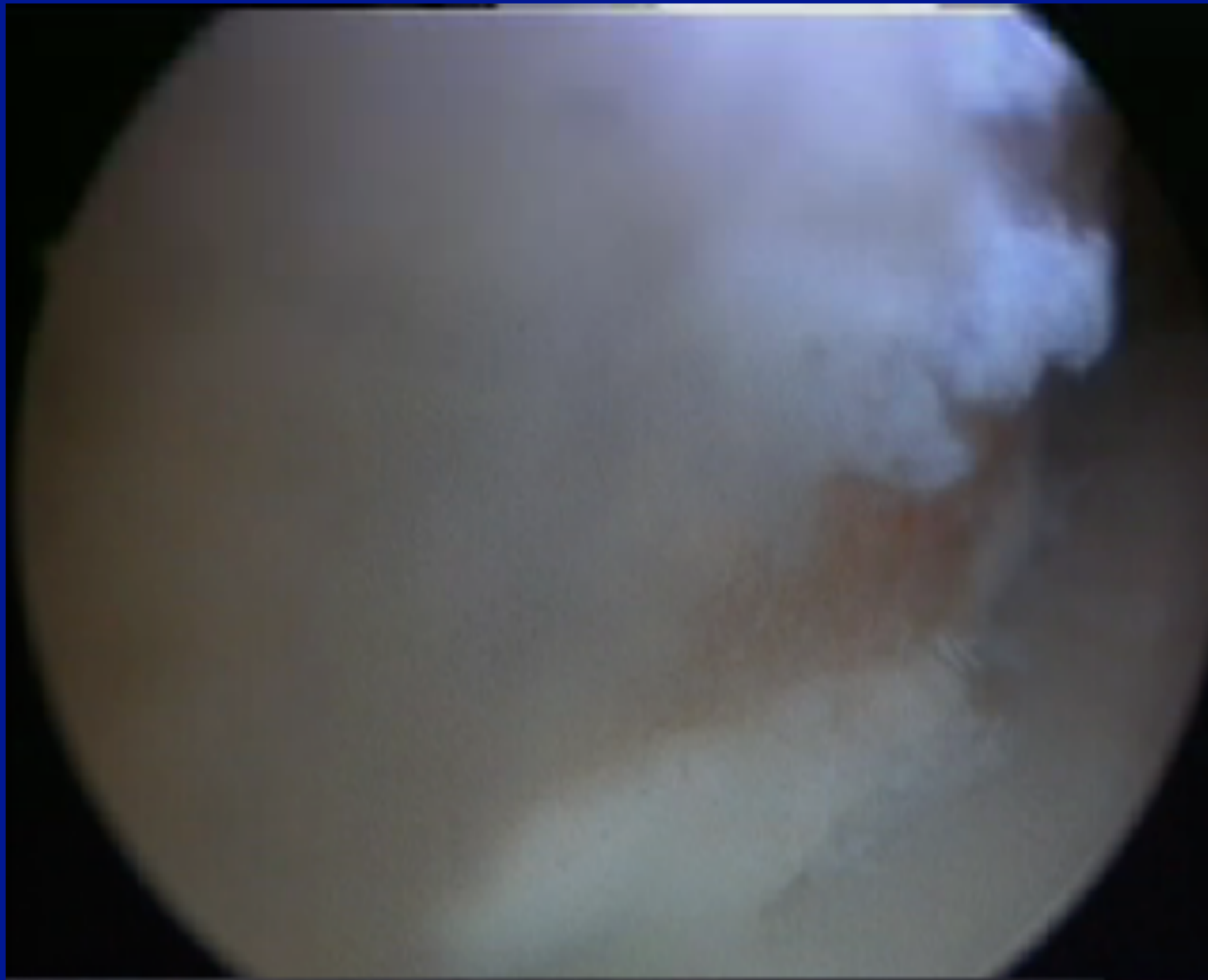
Abtragung Tibiavorderkante



Beurteilung Bandstrukturen



Dynamische Abschlußkontrolle



Röntgenkontrolle



präop.



postop..



Komplikationen bei Arthroskopie des oberen Sprunggelenkes

n=518

9,8 %

davon

49 % Nervenschädigung

(56% N. peroneus, 24% N. saphenus, 20% N. suralis)

Ferkel, AAOS 1992



Osteophytenabtragung

trotzdem

hartnäckige Limitierung
der Extension

 dorsale Kapsulotomie ?

Benedetto, Arthroskopie 1991



arthroskopischer Langzeit-Erfolg
limitiert durch:

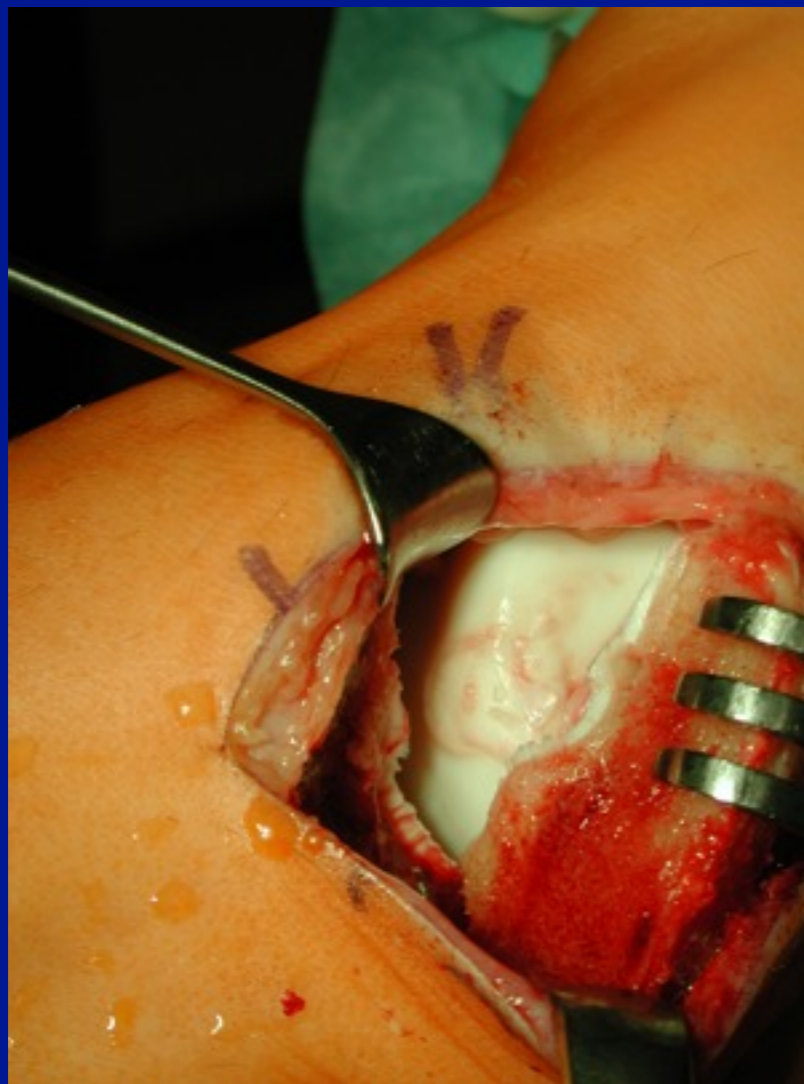


Ausprägung des
Knorpelschadens

Attmanspacher, Arthroskopie 1998



Hohe Koinzidenz zwischen Bandinstabilität und Knorpelläsionen

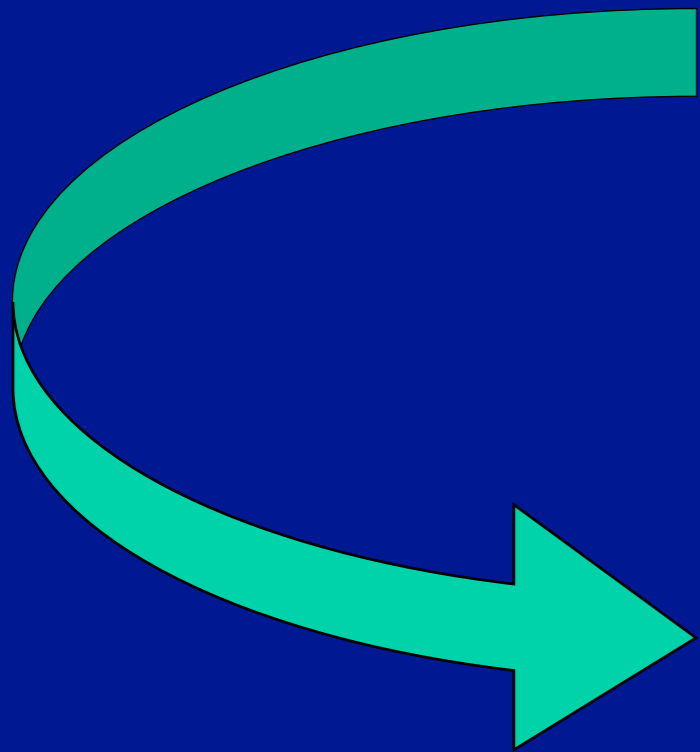


Schafer, Sportverletz Sportsch 1996



Bandinstabilität

- + ossäres Impingement
- + Weichteilimpingement

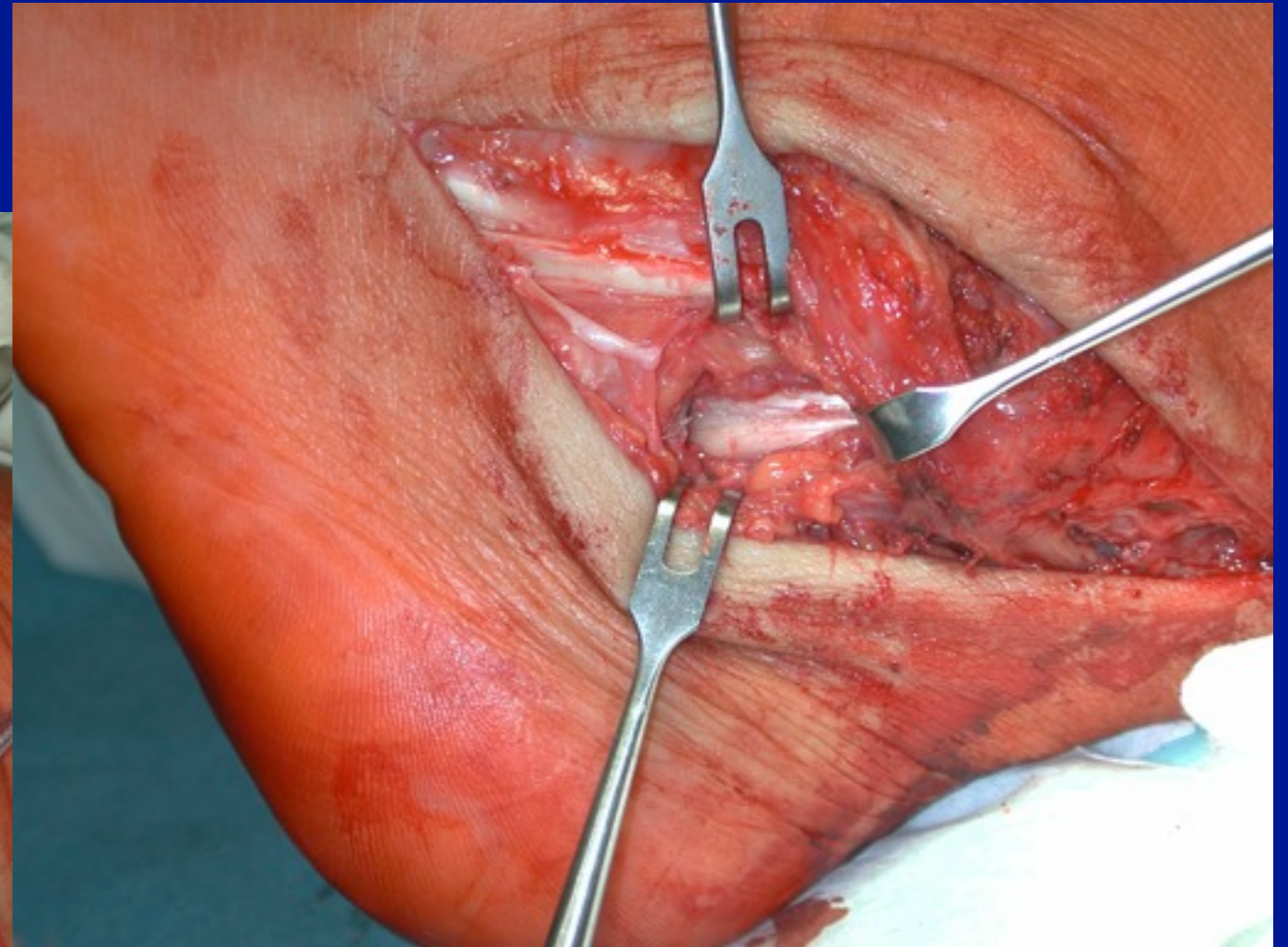
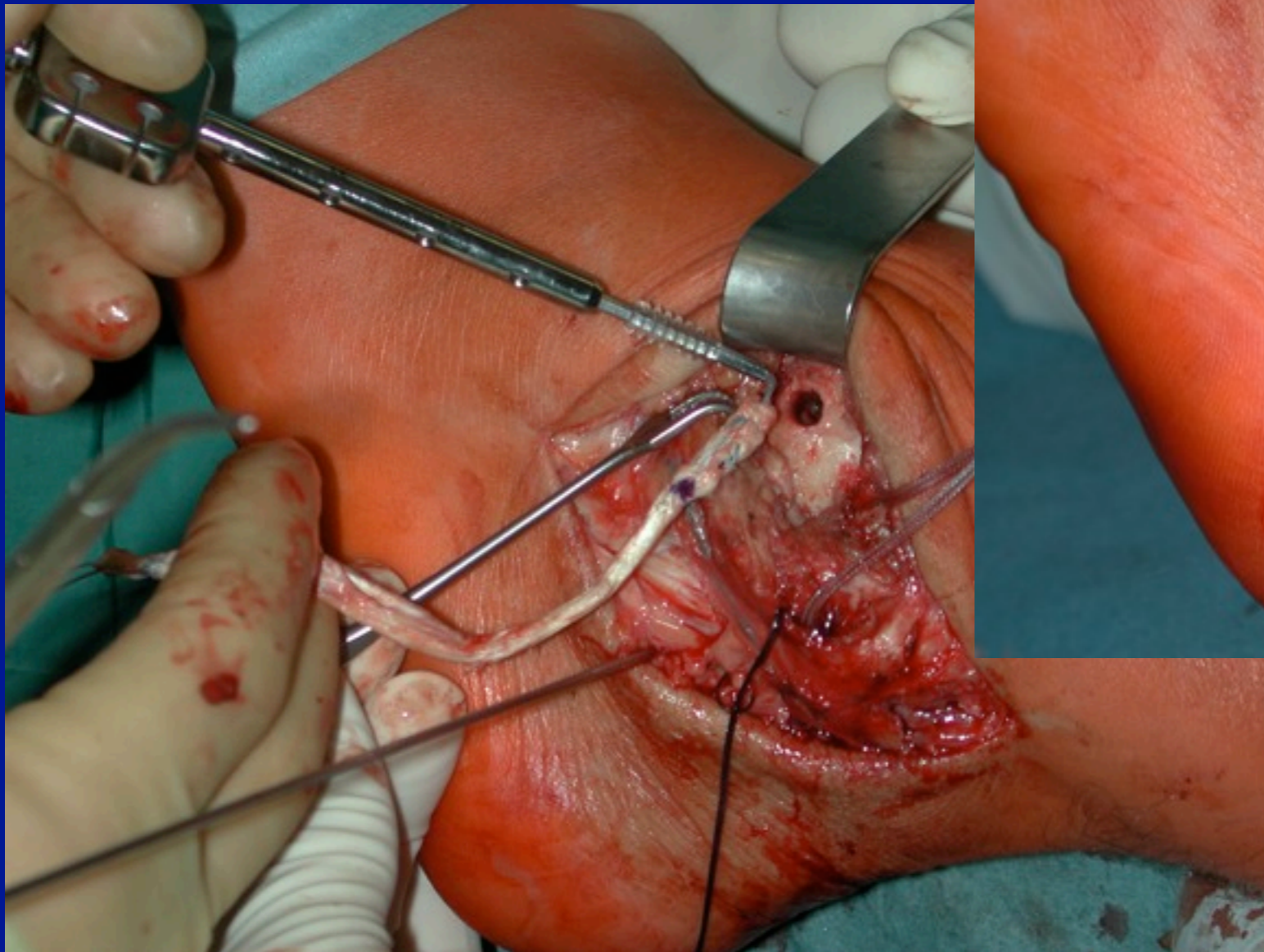


Bandplastik

Gaulrapp H, Sportverletz Sportsch 1993



Anatomische Bandplastik



Nachbehandlung

- Aktive und passive Übungsbehandlung
- physikalische Therapie:
 - Lymphdrainage
 - Kryotherapie
 - z.T. entlastendes Gehen für 1-2 Wochen
- volle Sportfähigkeit nach 8-12 Wochen

Basset, JBJS 1990

Mc Ginty, Orthop Clin North Am 1982



Zusammenfassung

- Anamnese richtungsweisend für Diagnose
- progrediente Beschwerden: Arthroskopie
 - immer Synovektomie
 - Abtragung der TVK-Osteophyten
 - Therapie der Knorpelschadens entspr. Schädigung
- Spezielle Knorpeltherapie
- parallele Bandplastik bei Instabilität
- postoperative krankengymnastische Übungen

