

## Informationen Sprunggelenk

Das Sprunggelenk verbindet Unterschenkel und Fuß. Gelenkpartner sind die beiden Unterschenkelknochen (Wadenbein und Schienbein) und die Knochen des Fußes (Fersenbein, Sprungbein und Fußwurzelknochen). Funktionell ist das Sprunggelenk in zwei Abschnitte gegliedert: das obere Sprunggelenk (Wadenbein, Schienbein, Sprungbein) und das untere Sprunggelenk (Sprungbein, Fersenbein, andere Fußwurzelknochen).

Das obere Sprunggelenk liegt zwischen Unterschenkel und Sprungbein und erlaubt den Fuß zu heben und zu senken. Das untere Sprunggelenk liegt zwischen Sprungbein und Fußwurzel und bewegt den Fuß nach den Seiten. Die Kombination dieser Bewegungen erlaubt auch bei unebenem Untergrund schnelles und sicheres Laufen.

Beschwerden am Sprunggelenk sind wegen der leichten Verletzbarkeit (Knochenbrüche, Bandverletzungen) und der hohen Belastung häufig. Besonders das obere Sprunggelenk ist wegen der starken Beweglichkeit betroffen.

Die Knochen am Sprunggelenk sind durch starke innen und außen liegende Bänder verbunden. Diese vermindern eine zu große Aufklappbarkeit des Gelenks. Die Gabel, die durch Schien- und Wadenbein gebildet wird, wird durch eine Verbindung aus starkem Bindegewebe, der Syndesmose, stabilisiert.

Die häufigste Verletzung am oberen Sprunggelenk ist die Außenbandruptur. Sie ist auch die häufigste Bandverletzung des Menschen und die häufigste Sportverletzung überhaupt. Ursächlich sind meist Umknickverletzungen nach außen, sog. Supinationstraumata. Hierdurch reißen dann ein, zwei oder alle drei Seitenbänder.

Die Patienten verspüren Schwellung, Druckschmerzhaftigkeit und Bewegungsminderung. Die ärztliche Untersuchung ergibt

meist eine Instabilität, wobei das Gelenk zur Seite hin vermehrt aufklappbar ist und nach vorne gelockert ist.

Die Diagnostik umfasst Röntgenaufnahmen zum Ausschluss knöcherner Verletzungen. Eine MRT-Untersuchung (Kernspintomographie) kann die lokalen Gewebeverhältnisse optimal darstellen.

Die Therapie der frischen Außenbandruptur ist zunächst konservativ. Das Bein wird ruhiggestellt, komprimiert, gekühlt und hochgelagert. In Abhängigkeit des individuellen Befundes erfolgt dann die Stabilisierung in einer Schiene oder die operative Versorgung. Bei deutlicher Instabilität im oberen Sprunggelenk oder bei ambitionierten Sportlern kann eine operative Therapie sinnvoll sein. Knöcherne Bandausrisse sollten operativ versorgt werden.

Ein weiteres typisches Krankheitsbild am oberen Sprunggelenk ist die Osteochondrosis dissecans. An einem Gelenkabschnitt, meist innen, kommt es zu einem umschriebenen Absterben von Knorpelgewebe. Der betroffene Bezirk wird aus der Umgebung gelöst und kann in den Gelenkbinnenraum abgestoßen werden. Als sog. freier Körper (Gelenkmaus, Dissekat) kann das Fragment zu Einklemmungen im oberen Sprunggelenk führen. Die Therapie der Osteochondrosis dissecans ist meist operativ.

Ist der abgestorbene Knorpelbezirk noch in seiner Umgebung integriert, kann er fixiert werden oder über eine Anbohrung des umgebenden Knochens versucht werden, regenerative Kräfte zu mobilisieren.

Ist der Körper im Gelenk frei schwimmend, wird er arthroskopisch entfernt. Hier sind dann weitergehende operative Maßnahmen unter Umständen notwendig.