

Bänderriss sicher im Griff

Einfacher Test unterscheidet zuverlässig zwischen Ruptur und Zerrung

KARL EBERIUS

Aussenbandrisse am Knöchel sind die häufigste ernst zu nehmende Sportverletzung. Zwar lassen sich die meisten Fälle unkompliziert mit einer Knöchelschiene versorgen, doch immer wieder werden Risse als Zerrung bagatelisiert und unzureichend behandelt. Nicht selten folgt dann eine mangelhafte Ausheilung mit dauerhafter Gelenkinstabilität und einem erhöhten Risiko für ein erneutes Umknicktrauma. Der entscheidende Punkt ist deshalb, korrekt zwischen Riss und Zerrung zu differenzieren.

Die wichtigste Untersuchung ist bei einer Aussenbandläsion der Schubladen-Test, mit dem sich Riss und Zerrung einfach unterscheiden lassen. Durchgeführt wird der Test, der meist keine Schmerzen bereitet, am liegenden Patienten in Rückenlage. Eine Hand umgreift die Ferse, die andere Hand drückt von vorne gegen das Schienbein. Auf diese Weise versucht man, das Sprunggelenk langsam gegen die Tibia nach vorne zu verschieben. Während bei einer Zerrung keine Schubladenbewegung möglich ist, kann das Sprunggelenk bei einem Riss spürbar nach vorne aus dem Gelenk geschoben werden. «Entscheidend ist allerdings immer der Unterschied zur Gegenseite, da die natürliche Laxizität des Kapselband-Apparates von Mensch zu Mensch variiert», betont Professor Dr. Carl Joachim Wirth, Leiter der Orthopädischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover und Mitverfasser der deutschen Leitlinien «Aussenbandrupturen des oberen Sprunggelenks». Nach Einschätzung des Orthopäden lässt sich mit dem Test bei weit über 90 Prozent der Patienten die Diagnose korrekt stellen.

Typische Fehler beim Schubladen-Test?

Fehler sind beim Schubladen-Test laut Wirth kaum möglich. «Intakte Bänder kann man mit einer normalen Untersuchung nicht durchreißen beziehungsweise bereits gerissene Bänder nicht weiter schädigen.» Allerdings sollte der Test mit Gefühl und nicht ruckartig erfolgen, damit der Patient nicht dagegenspannt. «Erfahrungsgemäss lassen sich in lockerer Atmosphäre viel bessere Ergebnisse erzielen, als wenn man versucht, den Patienten zu überrumpeln.»

Merksätze

- Aussenbandrisse am Knöchel werden häufig nicht erkannt oder als Zerrung fehlgedeutet, sodass keine adäquate Therapie mit einer Knöchelschiene veranlasst wird. Als Folge kann es zu einer mangelhaften Ausheilung mit dauerhafter Gelenkinstabilität und einem erhöhten Risiko für ein erneutes Umknick-Trauma kommen.
- Risse lassen sich mit dem Schubladen-Test klinisch einfach feststellen.
- Die schmerzhafteste seitliche Aufklappbarkeit muss nur in Ausnahmen überprüft werden.
- Gehaltene Aufnahmen sind fast immer unnötig.
- In den meisten Fällen ist bei fibularen Bandrupturen die konservative Therapie ausreichend.
- Standard ist die so genannte frühfunktionelle Behandlung, bei der für sechs Wochen eine Knöchelschiene zum Einsatz kommt. Danach werden die Aktivitäten langsam gesteigert.
- Krankengymnastik kommt je nach Heilungsverlauf zum Einsatz.
- Operationen sind nur erforderlich, wenn es trotz eines speziellen Balance-Trainings immer wieder zum Umknicken kommt und die konservative Therapie keine Erfolge mehr verspricht.

Bänderriss sicher im Griff

Abbildung 1: Drei Aussenbänder hat das Sprunggelenk. Bei einem Riss ist fast immer das vordere Band betroffen, das mit der Kapsel fest verwachsen ist. In zwei Dritteln rupturiert zusätzlich das mittlere Band, das aber fast nie isoliert reisst. Das hintere Aussenband reisst nur extrem selten – zum Beispiel bei schweren Unfällen.



nach Ansicht des Orthopäden zumindest aus juristischer Sicht nicht auf Röntgenaufnahmen verzichten. Zudem ist auf einen Druckschmerz dorsal des Aussenknöchels zu achten, was auf eine Luxation der Peronealsehne hindeuten kann.

Bänder nur angerissen?

Immer wieder bekommen Patienten Diagnosen wie «Anriss der Bänder» oder «anderthalbfacher Bänderriss». Doch klinisch lässt sich eine solche Diagnose nicht stellen. «Entweder ist der Schubladen-Test positiv, und die Bänder sind gerissen, oder der Test ist negativ, und die Diagnose lautet Zerrung», so Prof. Wirth. «Alles andere ist Unsinn.»

Wichtig ist es nach Hinweisen des Orthopäden auch, den Schubladen-Test nur innerhalb der ersten 48 Stunden nach der Verletzung durchzuführen. «Denn sollte es sich tatsächlich um einen Riss handeln, riskiert man, dass sich die frühen Verklebungen der Bänder wieder lösen und die initiale Narbenbildung gestört wird. Im ungünstigsten Fall liegen die Bandstümpfe dann nicht mehr ideal aneinander, sondern nebeneinander, und es resultiert eine insuffiziente Narbe mit nachfolgender Gelenkinstabilität.» Kommt ein Patient daher erst nach zwei Tagen, sollte man den Handgriff nicht mehr durchführen und im Zweifel von einem Riss ausgehen.

Während der Schubladen-Test, der das vordere Aussenband überprüft, beim Umknicktrauma nicht fehlen darf, kann auf die zumeist schmerzhafteste seitliche Aufklappbarkeit normalerweise verzichtet werden. Denn das mittlere Aussenband, das beim seitlichen Aufklappen getestet wird, reisst in aller Regel nicht isoliert, sondern nur in Kombination mit dem viel schwächeren

vorderen Band. Zur grundsätzlichen Feststellung, ob eine Bandruptur vorliegt, ist daher nach Erläuterungen von Wirth der alleinige Schubladen-Test fast immer ausreichend. «Wie viele Bänder letztendlich gerissen sind, ist zweitrangig und spielt für die Therapie keine Rolle. Ausnahmen sind Patienten, bei denen – aus welchen Gründen auch immer – eine chirurgische Versorgung erforderlich ist, und wo man präoperativ feststellen will, ob auch das mittlere Aussenband operiert werden muss.»

Welche Zusatzuntersuchungen durchführen?

Um eventuelle Begleitverletzungen zu erkennen, empfiehlt Wirth vor allem die Palpation umliegender Strukturen. «Während sich beim Riss des vorderen Aussenbandes der Druckschmerz ventral des Knöchels befindet beziehungsweise beim mittleren Band kaudal, ist bei einer Wadenbeinfraktur der Aussenknöchel selbst druckschmerzhaft.» Allerdings sollte man

Gehaltene Aufnahmen sind überflüssig

Für viel Verunsicherung sorgen auch immer wieder die so genannten gehaltenen Aufnahmen, die zwar weit verbreitet sind und in vielen Kliniken routinemässig durchgeführt werden, aber nach Ansicht von Wirth nur in seltenen Ausnahmen wirklich sinnvoll sind. «Normalerweise lässt sich mit dem Schubladen-Test sicher zwischen Riss und Zerrung unterscheiden, sodass die Untersuchung nicht unter Röntgenkontrolle erfolgen muss.» Lediglich wenn das Sprunggelenk so massiv angeschwollen ist, dass die klinische Untersuchung nicht mehr eindeutig ist, kann eine gehaltene Aufnahme angebracht sein, wie der Kollege betont. «Aber das ist nur in weit unter 5 Prozent der Fälle erforderlich.»

Wann Knöchelschiene, wann operieren?

Während Bänderrisse früher regelmässig operiert wurden, sind fibuläre Bandrupturen heute eine Domäne der konservativen Therapie. Die Ergebnisse sind so gut, dass

Ausnahme Spitzensportler

Während sich bei Normalpatienten mittlerweile die konservative Therapie durchgesetzt hat, ist immer wieder von Spitzensportlern zu hören, bei denen fibuläre Bandrupturen operativ versorgt werden. Insbesondere bei Hochleistungssportlern, die mit ihrem Sport Geld verdienen, kann nach Ansicht von Professor Wirth eine operative Versorgung sinnvoll sein, um mit einer noch höheren Wahrscheinlichkeit eine Bandausheilung ohne zurückbleibende Gelenkinstabilität zu erreichen. Allerdings gehen die Lehrmeinungen hier auseinander, sodass Leistungssportler in einigen Zentren genauso wie alle anderen Patienten konservativ behandelt werden.

Bänderriss sicher im Griff

sich ein operativer Eingriff normalerweise erübrigt. Standard ist heute die so genannte frühfunktionelle Behandlung mit einer Knöchelorthese, die sechs Wochen bei allen Betätigungen zu tragen ist. Im Gegensatz zur Ruhigstellung im Gips, wie dies noch vor 15 Jahren verbreitet war, bleibt damit ein normales Abrollen des Fusses möglich, sodass Atrophien der Muskulatur und der Kapsel abgewendet werden, während ein erneutes Umknicken verhindert wird und somit die Heilung des Bandes gewährleistet ist. Je nach Schwellung sind nach Hinweisen von Wirth in dieser Phase auch schon wieder einfache sportliche Aktivitäten wie Radfahren oder leichtes Joggen erlaubt. «Allerdings ist Joggen nur auf ebenem

Boden und unter Sicht zu empfehlen, um kein erneutes Umknicken zu riskieren.» Verboten wäre also zum Beispiel ein Lauftraining auf holprigem Waldboden in der Dämmerung.

Nach der sechswöchigen Schienen-Therapie schliesst sich ein Zeitraum von weiteren sechs Wochen an, in dem die sportlichen Aktivitäten mit Augenmass gesteigert werden und die Muskulatur wieder aufgebaut wird. Je nach zurückbleibender Bewegungseinschränkung kann in dieser Phase auch Krankengymnastik sinnvoll sein, so der Hinweis von Wirth. «Mehr als sechs Einheiten sind in aller Regel aber nicht notwendig, da es nur darum geht, die letzten Grade des normalen Bewegungsumfanges wiederherzustellen.»

Welche Rückschlüsse erlaubt die Hämatomgrösse?

Neben der Palpation gibt auch häufig schon die Inspektion erste Hinweise auf die Art der Verletzung. Ein besonders grosses Hämatom kann zum Beispiel ein Zeichen für einen Kapsleinriss sein, da grosse Blutgefässe hauptsächlich in der Gelenkkapsel anzutreffen sind und weniger im Bereich der Aussenbänder. Allerdings ist bei einer Kapselruptur normalerweise auch von einer Bandruptur auszugehen, da die Gelenkkapsel im Vergleich zu den Bändern viel dehnbarer ist und meist erst reisst, wenn die Bänder rupturiert sind. Wie viele und welche Bänder gerissen sind, lässt sich mit der Inspektion jedoch nicht feststellen.



Abbildung 2: Die wichtigste Untersuchung ist bei Aussenbandläsionen der Schubladen-Test: Mit einer Hand von vorne gegen das Schienbein drücken. Mit der anderen Hand die Ferse umgreifen und versuchen, das Sprunggelenk nach ventral zu verschieben.

Lässt sich mit diesem Vorgehen keine ausreichende Gelenkstabilität erreichen, empfiehlt Wirth, die propriozeptiven Fähigkeiten mit Balance-Übungen, zum Beispiel auf einem Therapie-Kreisel, zu verbessern, um das Sprunggelenk muskulär beziehungsweise funktionell zu stabilisieren. Knickt der Patient dennoch immer wieder um, was jedoch eher selten ist, kann über einen chirurgischen Eingriff nachgedacht werden. «Allerdings ist ein einziges erneutes Umknicken noch keine OP-Indikation», betont der Orthopäde. «Erst wenn es vielleicht zum zehnten Mal passiert und die konservative Therapie keine erfolgreiche Abheilung mit stabilem Gelenk mehr verspricht, ist eine Operation sinnvoll.» ●

Dr. med. Karl Eberius, Heidelberg

Interessenkonflikte: keine