

Behandlungsschema

OSG-Instabilität

Ärzteinformation

Definition OSG Instabilität

- Funktionell instabil vs. Hyperlaxität (Testen immer im Vergleich zur Gegenseite), Anamnese entscheidend
- Akute vs. chronische Instabilität

Epidemiologie

- Besonders Basketball, Fussball, Läufer
- 20- 40% der Bandinstabilitäten werden chronisch

Klinische Manifestation der chronischen Instabilität (typisch rezidivierende Traumata)

- Chronische Schmerzen
- Stop and Go Aktivität als unangenehm empfunden
- Bewegung auf der schiefen Ebenen problematisch
- Typischerweise rezidivierende Bagatell- Distorsionstraumata

Komplikation der chronischen OSG- Instabilität

- Arthrose 70%

Beitrag zur Stabilität

- Statisch (ossäre Kongruenz) – Dynamisch (Bandapparat, Muskulatur)
- Im Stehen Stabilität hauptsächlich durch ossäre Strukturen (ossäre Konfiguration), [Tochigi, JBJS 2006]
- Beitrag der ossären Strukturen zur Stabilität in den verschiedenen Ebenen: 70% ap-Stabilität, 50-100% varus - valgus, 30% Rotationsstabilität
- In Bewegung ist der Beitrag der Bänder und Muskeln erhöht (Rotationsstabilität)
- Stabilität des OSG in Dorsalextension (Engramm: Sprintstart) viel grösser als in Plantarflexion (Engramm: vorsichtige Prüfung des Tritts auf einen Stein beim Gehen in einem Fluss) aufgrund der Konfiguration des Talus (ventral breiter)

Anatomische und biomechanische Grundlagen

- Ligamentum fibulotalare anterius: Prüfung in Plantarflexion, da nur dann angespannt (Talusvorschub bei Ruptur), hat grössere Dehnbarkeit als LFTP, LFC
- Ligamentum fibulotalare posterius: Prüfung in Dorsalextension, da dann angespannt, dieses Ligament reisst nicht isoliert
- Ligamentum fibulocalcaneare: angespannt in Dorsalextension und Neutralstellung
- Ligamentum deltoideum: oberflächliches und tiefes Blatt. Tilt des Talus nach lateral bei Ruptur beider Blätter; Shift, wenn nur das tiefe Blatt reisst. Bei Lateralshift des Talus um 1mm 40% Verlust der Kontaktfläche im OSG, was für Arthrose prädisponiert (P= F/A)



Therapie der akuten und chronischen Bandinstabilität

Akut:

Soft-Cast immer noch Gold-Standard; für 4-6 Wochen

Alternativ bei Sportlern: Taping, sehr aufwändig

Im Anschluss: Physiotherapie (Propriozeption, Koordination, Steigbügelmuskulatur)

99% mit guten Resultaten, nur ca. 1% muss operiert werden (etwas mehr bei high demand Patienten)

Chronisch:

Operationsmethoden:

Anatomisch vs. nicht anatomisch, wenn immer möglich anatomisch (v.a. beim jungen Patienten)

Offen vs. perkutan

Arthroskopie bei „Zusatzverletzungen“, z.B. Impingement

- Brostroem: 85% guter Outcome, Fixation des LFTA mittels Anker (z.B. Mitek), evtl. zusätzliche Periostaugmentation, wenn LFTA schwach
- Perkutane Stabilisierung (mini-invasiv): 3 Inzisionen, Gracilisautograft, Rekonstruktion von LFTA und LFC (entsprechende Bohrkanäle)
- Chrisman Snook (nicht anatomisch): Peroneus brevis Sehne proximal absetzen und via Bohrloch durch Fibula nach caudal fixieren, nicht- anatomisch, überbrückt OSG und USG, führt demnach zu partiellem Verlust der Beweglichkeit (v.a. Dorsalflexion)

Zusammenfassung der Fortbildung durch Dr. med. N. Espinosa

Leiter Fuss-Team, Uniklinik Balgrist am 21.1.2009