



Sprunggelenksarthrose Meist eine Verletzungsfolge

Eine Arthrose des Sprunggelenks ist meist auf Verletzungen zurückzuführen. Durch eine geeignete Therapie lassen sich die Beschwerden jedoch gut behandeln und weitere Schäden im Bereich von Knorpel und Gelenken verhindern.

Das Sprunggelenk ist das am stärksten belastete Gelenk des menschlichen Körpers. Beim Gehen oder Springen trägt es zum Teil das Fünf- bis Siebenfache des Körpergewichts. Die Verschleisserkrankung (Arthrose) des oberen und unteren Sprunggelenks entsteht – im Gegensatz zu den Arthrosen im Knie und in der Hüfte – häufig als Folge einer schon Jahre zurückliegenden Verletzung des Sprunggelenks. Dabei kann es sich beispielsweise um ein Umknicken des Fußes, einen Bruch des Sprunggelenks oder um eine Bänderverletzung handeln. Die überwiegende Anzahl Fälle von Arthrose im Sprunggelenk findet ihren Ursprung in einer alten Verletzung oder als Folge einer rheumatischen Erkrankung. Diese Arthrosen werden als sekundäre Sprunggelenksarthrosen bezeichnet. Bei den primären Sprunggelenksarthrosen ist der eigentliche Auslöser unbekannt. Entsprechend wichtig ist im medizinischen Alltag

die Ursachenforschung und -behandlung, um ein Fortschreiten der Arthrose zu verzögern. Das Sprunggelenk besteht aus zwei Teilgelenken: dem oberen Sprunggelenk (OSG, zwischen Schien-, Waden- und Sprungbein) und dem unteren Sprunggelenk (USG, zwischen dem Sprung- und Fersenbein). Eine Arthrose ist in beiden Gelenken möglich.

Relativ seltene Arthrose

Verglichen mit Arthrosen in Hüfte und Knie tritt die Sprunggelenksarthrose relativ selten auf. Da es sich bei den zugrundeliegenden Verletzungen oft um Sportverletzungen handelt, sind Patienten mit einer Arthrose im Sprunggelenk durchschnittlich wesentlich jünger als andere Arthrosepatienten. Die unfallbedingte Ursache kann zu Fehlstellungen und Überbeweglichkeit (Instabilität) und später zum Gelenkverschleiss führen.

Ein häufiger Grund für die Entstehung einer Sprunggelenksarthrose ist die sogenannte Bandinstabilität, welche häufig nach einem Umknicken entsteht. In der Folge wird das Sprungbein in der Sprunggelenkgabel nicht mehr richtig geführt. Dadurch wird der Knorpel an manchen Stellen überlastet, beziehungsweise abgerieben und geht somit längerfristig

verloren. An den Rändern des Sprunggelenks, wo die Knochen nach zunehmender Verengung des Gelenkspaltes aneinanderreiben, kommt es zudem zu überschüssiger Knochenbildung, sogenannten Osteophyten. Diese Knorpelsporne sind eine direkte Folge des Knorpelschadens und Zeichen für den Übergang zur Sprunggelenksarthrose.

Eine Sprunggelenksarthrose kann aber auch als Folge eines Sprunggelenksbruchs entstehen. Auch sprunggelenksferne Knochenbrüche können in einer Fehlstellung verheilen und zu einer Arthrose führen. Weitere Auslöser können aber auch Störungen der Beinachse (starke O- oder X-Beine), Fehlstellungen des Fußes (Senkfuss, Hohlfuss usw.) sowie Entzündungsvorgänge (Rheuma) und Stoffwechselerkrankungen (Gicht, Diabetes mellitus usw.) sein.

Diagnose durch Röntgen

Zur Diagnose der Sprunggelenksarthrose sind Röntgenaufnahmen unter Belastung zwingend. Belastungsaufnahmen helfen, die Achsenverhältnisse und die Verteilung der Knorpelschäden im Sprunggelenk zu erkennen. Zudem können sie Hinweise über die Ursache der Arthrose liefern. Oft werden auch Belastungsauf-

«Gelenkkater» nach Sport

Typische Beschwerden bei einer Arthrose des Sprunggelenks sind im Anfangsstadium gelegentliche Schmerzen und Ermüdungserscheinungen im betroffenen Gelenk. Morgendliche Anlaufschmerzen oder Sprunggelenksschmerzen nach längerer Ruhephase schränken die Lebensqualität der Betroffenen zunehmend ein. Patienten mit Sprunggelenksarthrose leiden nach einer sportlichen Betätigung zudem oft tagelang an einem «Gelenkkater», bei dem sich das Gelenk entzündet (Rötung, Schwellung, Überwärmung) anfühlt. Die Beschwerden treten im Verlauf immer häufiger auf und Betroffene berichten häufig, ihre Aktivitäten nach und nach reduzieren oder sportliche Aktivitäten gar ganz aufgeben zu müssen. Mit der Zeit können Bewegungseinschränkungen, Blockierungen oder Verformungen des Gelenkes, begleitet von Ruhe- und Dauerschmerzen, hinzukommen. Im Endstadium der Arthrose ist das Sprunggelenk schmerzhaft versteift.

nahmen des ganzen Fusses erstellt. Mit diesen können die benachbarten Gelenke beurteilt und eventuelle weitergehende Arthrosen entdeckt werden. Auch können weitere Fussfehlstellungen wie eine Abflachung des Fussgewölbes beim Plattfuss, aber auch die gegenteilige Änderung beim Hohlfuss, erkannt werden. Mit einer gezielten Fersenbein-Aufnahme ist eine Aussage über die Rolle von Fehlstellungen des Rückfusses bei der Entstehung der Sprunggelenksarthrose möglich. Sinnvolle Ergänzungen stellen zudem Aufnahmen im Computertomografen (CT) oder eine Magnetresonanz (MRI) dar, dies zum Beispiel, um das Ausmass der Arthrose, Begleitarthrosen und Verletzung wichtiger Weichteilstrukturen (Bänder, Sehnen usw.) abzuschätzen.

Therapiemöglichkeiten

Sowohl konservative als auch operative Therapieformen haben das Ziel, die Passform und Stabilität des Sprunggelenks zu verbessern, um den Arthrose-Prozess zu verlangsamen und eine Reduktion der Schmerzen zu erreichen. In der akuten Entzündungs- respektive Schmerzphase ist die medikamentöse Behandlung die Therapie der Wahl. Mit entzündungshemmenden Schmerzmitteln, sogenannten Antirheumatika oder NSAR (nicht steroidale Antirheumatika) kann eine wesentliche Beruhigung der Beschwerden erzielt werden. Parallel dazu sollte versucht werden, den Auslöser der Arthrose mitzubehandeln. Dies kann zum Beispiel in Form eines physiotherapeutischen Muskelaufbautrainings erfolgen. Weiter können Hilfsmittel zur Stabilisierung der Fehlstellung wie eine orthopädische Schuhzurichtung oder eine sogenannte

Varus/Valgus-Entlastungsorthese die medikamentöse Therapie sinnvoll ergänzen. Präparate zur Stabilisierung des Knorpels sind in der Literatur umstritten, können aber ergänzend eingenommen werden. Im Anfangsstadium können durch eine Gelenkspiegelung (Arthroskopie) die Beweglichkeit durch Entfernung vorderer Knochennasen (Osteophyten) am Schien- oder Sprungbeinknochen verbessert werden. Diese Operation kann bei entsprechenden ursächlichen Veränderungen um Knochenumstellungen (Osteotomien) ergänzt werden. Bei einem fortgeschrittenen Verschleiss stehen die Versteifung (Arthrodese) und die Sprunggelenksendoprothese im Vordergrund.

Gelenkspiegelung

Die Gelenkspiegelung ist ein häufig durchgeführter, minimalinvasiver Eingriff. Damit können Schäden am Knorpel, den Bändern oder am Knochen angegangen und das Sprunggelenk von Fragmenten befreit werden, die sich vor allem bei Arthrose oder nach Unfällen häufig darin finden lassen. Das Ziel eines solchen Eingriffes sollte immer eine mögliche Lösung des Problems oder zumindest eine Verzögerung der Arthrose sein.

Versteifung und Gelenkersatz

Die Arthrodese (Versteifung) des Sprunggelenks ist bei schwerer Sprunggelenksarthrose der Goldstandard der Behandlung. Dabei handelt es sich um ein absichtlich herbeigeführtes Zusammenwachsen zweier vorher nur gelenkig verbundener Knochen. Dadurch wird das Gelenk unbeweglich und versteift, ist danach jedoch belastbar und schmerzarm bis schmerzfrei.

Bei der Sprunggelenksendoprothese handelt es sich um einen künstlichen Gelenkersatz, der eine beweglichkeitserhaltende Versorgung ermöglicht. Mithilfe des Implantats wird die schmerzarme bis -freie Beweglichkeit des oberen Sprunggelenks wiederhergestellt. Ob und inwiefern ein Gelenkersatz sinnvoll ist, wird anhand des Alters, Aktivitätsgrades und den Nebenerkrankungen abhängig gemacht.

Zusammenfassend spielen viele Faktoren in der Behandlung von Sprunggelenksarthrose eine Rolle. Entsprechend ist eine saubere Aufarbeitung der möglichen Ursachen und medizinischen Begleitumstände ausschlaggebend. Entscheide bzgl. der therapeutischen Massnahmen sollen in Abhängigkeit der individuellen Lebensqualität getroffen werden.

Vorträge

Arthrose des Sprunggelenks

30. August, Spital Burgdorf, 19 Uhr

6. September, Spital Langnau, 19 Uhr

Referenten: Dr. med. Marco Celia,
Falko Herold

Die Autoren



Dr. med. Marco Celia
Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie
und Traumatologie des Bewegungs-
apparates
Leitender Arzt Orthopädie
Teamleiter Fuss- und Sprunggelenkschirurgie



Falko Herold
Oberarzt Orthopädie
Stv. Teamleiter Fuss- und
Sprunggelenkschirurgie

Kontakt:

Spital Emmental
Oberburgstrasse 54, 3400 Burgdorf
Tel. 034 421 22 70
marco.celia@spital-emental.ch
falko.herold@spital-emental.ch