

OSG-Distorsion

Erstellt von: Simone Erni, Felix Huber

am: 07/2019

Inhaltsverzeichnis

Kurzversion ([-> WebApp GL OSG-Distorsion](#))

1. Epidemiologie und Pathogenese	2
2. Klinik und Diagnostik	2
3. Therapie	4
4. Literatur	5
5. Impressum	5

1. Epidemiologie und Pathogenese (1–4)

Epidemiologie

- OSG-Distorsion gilt als die häufigste Sportverletzung
- Häufigkeit eines Supinationstraumas des oberen Sprunggelenkes (OSG): 1 Ereignis/10'000 Einwohner/Tag bzw. 625 Verletzungen/Tag in der CH
- Bei 18 % ist die Ursache sportbedingt, v. a. beim Basketball und Fussball
- Die Mehrheit der Patienten ist < 35 Jahre
- In 10–40 % der Fälle entwickelt sich nach schwerer OSG-Distorsion eine chronische OSG-Instabilität (als Folge einer inadäquaten Therapie). Kardinalsymptome: Rezidivierende Distorsionen, subjektives Instabilitätsgefühl und persistierende OSG-Schmerzen.

Pathogenese

- Verletzungsmechanismus beim OSG-Supinationstrauma: Kombination von Plantarflexion, Adduktion und Inversion des Fusses. Der laterale Bandkomplex besteht aus dem Lig. talofibulare anterius, dem Lig. talofibulare posterius und dem Lig. calcaneofibulare. Auf der medialen Seite befindet sich das Lig. deltoideum mit einem tiefen und oberflächlichen Anteil
- Nur bei ca. 10 % aller Traumata kommt es zur Bandruptur. Am häufigsten betroffen ist das Lig. talofibulare anterius mit 65 %
- Die medialen Bandstrukturen sind deutlich seltener betroffen als die lateralen Bänder und meist mit schwererem Trauma verbunden. Bei schwerem Trauma kann es (selten) auch zur Verletzung des unteren Sprunggelenkes kommen
- Die chronische Sprunggelenksinstabilität wird als Präarthrose angesehen.

2. Klinik und Diagnostik

Klinik

- Schmerzen und Schwellung im Bereich des Malleolus lateralis mit Verstärkung bei Belastung und ev. Instabilitätsgefühl
- Die Verletzung kann von leichter Überdehnung bis zur kompletten Ruptur der Bänder gehen. Klinisch kann der Schweregrad der Verletzung nicht sicher bestimmt werden.

Einteilung (s. a. Tabelle, Kapitel 3. Therapie)

Grad I: Zerrung mit kleinem Hämatom, Fuss belastbar

Grad II: Partielle Ruptur, Hämatom, Fuss eingeschränkt belastbar

Grad III: Vollständige Ruptur, deutliches Hämatom, Fuss nicht belastbar.

Diagnostik

Anamnese

- Unfallmechanismus (meist Supinationstrauma), Rezidiv?

Klinische Untersuchung

- Beweglichkeitsprüfung des oberen und unteren Sprunggelenks
- Palpation Supinationskette (Metatarsale V bis Fibulaköpfchen) und Syndesmose (fibulo-tibialer Squeeze-Test); **druckschmerzhaft**e Areale über medialem/lateralem Bandapparat geben Anhaltspunkt über genauere Lokalisation der Bandläsion (Cave: Maisonneuve-Fraktur: Palpation der proximalen Fibula!) → Bei Druckdolenz und Hämatom des **medialen** Bandapparates handelt es sich stets um eine Grad-III-Verletzung!
- Prüfung **Talusvorschub** (nur für Geübte und bei entspanntem Pat.): Prüfung direkt nach Trauma oder dann erst nach 5 Tagen, immer zuerst gesunde Seite! Pathologisch bei einer Seitendifferenz > 5 mm
- Keine **Prüfung** der Seitenbandstabilität!
- **Radiologische Diagnostik** zum Ausschluss einer ossären Läsion
→ sollte i. d. R. nur durchgeführt werden, wenn ein Kriterium der Ottawa Ankle Rule erfüllt ist (6)
 1. Druckschmerzhaftigkeit bei Punkt A (distaler Hinterrand [6 cm] des Malleolus lateralis) *oder*
 2. Druckschmerzhaftigkeit bei Punkt B (distaler Hinterrand [6 cm] des Malleolus medialis) *oder*
 3. Unmöglichkeit den Fuss zu belasten direkt nach dem Trauma *und* bei der Untersuchung (4 Schritte gehen)

4. Druckschmerzhaftigkeit bei Punkt C (Basis Metatarsale V)

5. Druckschmerzhaftigkeit bei Punkt D (Os naviculare)

Punkt 1 oder 2 oder 3 positiv: Rx OSG

Punkt 4 oder 5 positiv: Rx Fuss

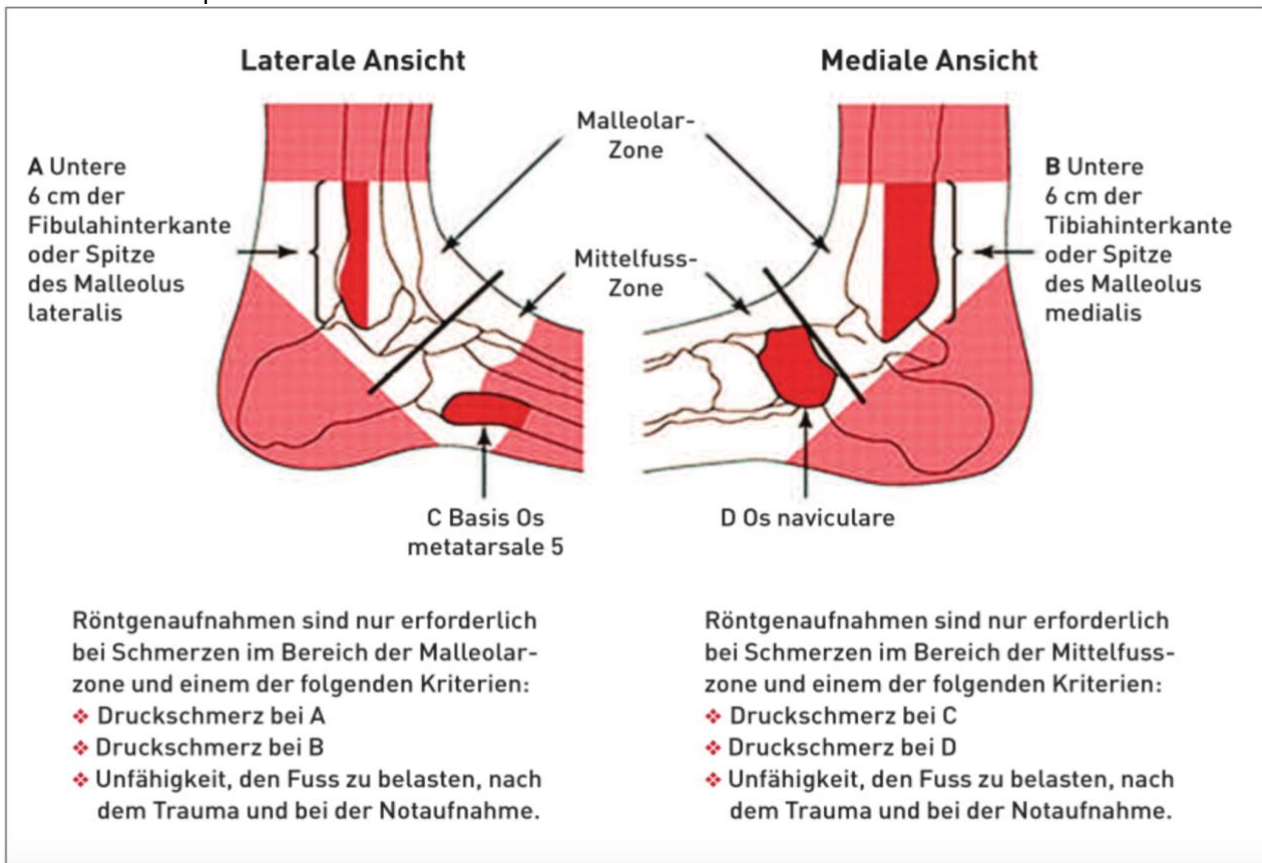


Abbildung: Indikationen zur Röntgendiagnostik bei Sprunggelenkdistorsion nach den Ottawa Ankle Rules (aus [9])

Hinweise zur Röntgendiagnostik

- Zusätzlich soll bei allen Patienten mit Risikofaktoren für eine Osteoporose sowie bei allen medialen OSG-Distorsionen ein Röntgenbild gemacht werden!
- Falls ein Röntgenbild notwendig ist: Anteroposteriore (a.p.) Aufnahme in 10–20 ° Innenrotation („mortise-view“) und seitliche Aufnahme des OSG
- Gehaltene Aufnahmen werden in der Akutdiagnostik nicht empfohlen!
- MRI: Nur ausnahmsweise indiziert. Bei V. a. auf Syndesmosenverletzung* zu empfehlen, da häufig therapeutische Konsequenz
 - * Hinweise darauf sind: Verminderte Kraft beim Abstoßen des Fusses im Gangbild, anhaltend eingeschränkte Belastbarkeit, Schwellung oberhalb der Gelenklinie des OSG zwischen Tibia und Fibula innert 24 h nach Trauma
- Differentialdiagnosen: Malleolarfraktur, Fusswurzelfraktur, Syndesmosenläsion, Knorpelläsionen (Blockaden, Flake im Rx).

An seltene Verletzungen denken, wenn das klinische Bild nicht ganz stimmig ist (z. B. extreme Schwellung/Hämatom, persistierende Belastungsunfähigkeit)

- Fraktur des Processus lateralis tali bei Snowboardern
- Fraktur des Processus anterior calcanei
- Maisonneuve-Fraktur (Palpation der proximalen Fibula)
- Metatarsale-V-Abrissfraktur
- Achillessehnenverletzung
- Verletzung am Sinus tarsi
- Luxation der Peroneussehne.

3. Therapie (4–9)

Initialtherapie (→ Tabelle)

Bei allen Schweregraden

- „RICE“ (Rest, Ice, Compression, Elevation). Bei Hämatom Ruhigstellung in den ersten Tagen (2–7 Tage bei leichtem bis mittelschwerem, 7–10 Tage bei schwerem Trauma).
Hinweis: Der Kompressionsverband mit elastischer Binde sollte in den ersten Tagen auch nachts getragen werden. Die OSG-Orthese muss nachts nicht getragen werden, da sie als Aktivbandage während der Aktivität unterstützt. Falls es Patienten aber als angenehm empfinden, da nachts oft unkontrollierte Bewegungen stattfinden, können sie die Orthese auch nachts tragen!
- **NSAR:** Per os oder lokal zur Abschwellung und Schmerzlinderung in den ersten Tagen. Kein ASS wegen erhöhter Einblutungsgefahr.

Grad I-II

- Funktionelle Nachbehandlung in OSG-Orthese mit seitlicher Stabilisation für 4–6 Wochen ist effektiver als Immobilisation
OSG-Orthesen (Beispiele): Malleo Sprint®, DeRoyal®, BOA®
- In Orthese Belastung nach Massgaben der Beschwerden.

Grad III

- Kurzzeitige komplette Ruhigstellung kann vorteilhaft sein (max. 10 Tage), im Anschluss wird in einer gängigen Orthese funktionell nachbehandelt für insgesamt 6 Wochen. Thromboseprophylaxe nur bei St. n. TVT oder Gerinnungsstörung.

Physiotherapie

- Nicht routinemässig notwendig. Massnahmen wie Lymphdrainage, Ultraschall, Elektrotherapie haben eine schwache Evidenz. Bei hartnäckigen Fällen und Rezidiven bzw. bei Instabilitätsgefühl sind allerdings Kräftigungs- und Propriozeptionstraining sinnvoll
- Wenn nach 3 Tagen noch deutliche Schwellung vorhanden, kann (erfahrungsgemäss) manuelle Lymphdrainage helfen. Sie führt zu einer deutlichen Schmerzlinderung, ist im Vergleich zu NSAR nebenwirkungsfrei und kann die Immobilisationsphase deutlich verringern.

Operationsindikationen

- Chronische OSG-Instabilität, komplette Syndesmosenverletzung, interponierende Innenbandverletzung, Knorpelschaden, Impingement, dislozierte Frakturen, ev. bei Spitzensportlern und vollständiger Bandruptur

Prävention

- Geeignetes Schuhwerk
- Kräftigung der gesamten Muskelkette
- Koordinations-/Propriozeptionstraining
- Sportartspezifisches Techniktraining, gutes Aufwärmen
- Übergewichtsreduktion.

Tabelle: Behandlung OSG-Distorsion (leicht modifiziertes «Basler Schema», nach [4])

Grad	Symptome	Verletzte Strukturen	Therapie	Nachkontrolle
I	Schwellung, kein Hämatom lateral, Vollbelastung möglich	Zerrung, Partialläsion des lateralen Bandapparates	RICE, NSAR, Tapen, Bandage 4–6 Wochen, Vollbelastung erlaubt	Hausarzt, klinisch bei Bedarf
II	Hämatom lateral, Vollbelastung kurzzeitig möglich	Ruptur des lateralen Bandapparates (LFTA, LFC)	RICE, NSAR, OSG-Orthese 6 Wochen tags/nachts, Vollbelastung erlaubt, Physiotherapie nur bei Bedarf	Hausarzt, klinisch nach 14 Tagen und nach 6 Wochen
III	Hämatom lateral und medial, keine Belastung möglich	Ruptur des lateralen Bandapparates, zusätzlich mediale Bandverletzung (Lig. deltoideum) oder Begleitverletzungen	RICE, NSAR, Ruhigstellung mit VACO®ped/gespaltenem Unterschenkelgips, nach 1. Kontrolle weiter im VACO®ped oder Stabilschuh, Stockentlastung nach Bedarf, ggfls. Thromboseprophylaxe	I. d. R. Facharzt/ Fussprechstunde, nach 1–2 Wochen und nach 6 Wochen

4. Literatur

1. Van Rijn RM, et al.: What Is the Clinical Course of Acute Ankle Sprains? A Systematic Literature Review. [Am J Medicine 2008;121\(4\):324-7.](#)
2. Maughan KL: Ankle sprain. [UpToDate 10/2018.](#)
3. Leumann A. et al.: Das akute Supinationstrauma des OSG. Swiss Med Forum 2008;08(11):214-216.
4. Kaelin R, Knupp M: Sprunggelenksdistorsion – wie weiter? [Swiss Medical Forum 2016; 16\(29\):436-442.](#)
5. AWMF-Leitlinie 012-022: Frische Aussenbandruptur Oberes Sprunggelenk. [AWMF 08/2017.](#)
6. Vuurberg G, et al.: Diagnosis, treatment and prevention of ankle sprains: update of an evidence-based clinical guideline. [Br J Sports Med 2018;52:956.](#)
7. Paul J, Knupp M, Camathias C, Greitemann B: Evidenz in der Versorgung der akuten und chronischen OSG-Instabilitäten. SportOrthoTrauma. 2012;28:258–65.
8. Kerkhoffs GM, et al.: Surgical versus conservative treatment for acute injuries of the lateral ligament complex of the ankle in adults. Cochrane Database Syst. Rev. 2007, Issue 2, CD000380.
9. Durst H. et al.: Sprunggelenkdistorsion: Wann röntgen, wie behandeln? [ARS MEDICI 2017; 3: 134-138.](#)

5. Impressum

IMPRESSUM	
<p>Diese Guideline wurde im März 2014 erstellt und im Juli 2019 aktualisiert.</p> <p>© Verein mediX</p> <p>Herausgeber Dr. med. Felix Huber</p> <p>Redaktion (verantwortlich) Dr. med. Uwe Beise</p> <p>Autoren Dr. med. Simone Erni Dr. med. Felix Huber</p>	<p>Diese Guideline wurde ohne externe Einflussnahme erstellt. Es bestehen keine finanziellen oder inhaltlichen Abhängigkeiten gegenüber der Industrie oder anderen Einrichtungen oder Interessengruppen.</p> <p>mediX Guidelines enthalten therapeutische Handlungsempfehlungen für bestimmte Beschwerdebilder oder Behandlungssituationen. Jeder Patient muss jedoch nach seinen individuellen Gegebenheiten behandelt werden.</p> <p>mediX Guidelines werden mit grosser Sorgfalt entwickelt und geprüft, dennoch kann der Verein mediX für die Richtigkeit – insbesondere von Dosierungsangaben – keine Gewähr übernehmen.</p> <p>Alle mediX Guidelines im Internet unter www.medix.ch</p> <p>Der Verein mediX ist ein Zusammenschluss von Ärztenetzen und Ärzten in der Schweiz.</p> <p>Verein mediX, Sumatrastr.10, 8006 Zürich</p> <p>Rückmeldungen bitte an: uwe.beise@medix.ch</p>

