

Factsheet

OSG Distorsion

Erstellt von: Hella Scotland, Simone Erni

Zuletzt revidiert: 11/2023 / **Letzte Änderung:** 11/2023

PDF erstellt am: 03.12.2023

Link: <https://www.medix.ch/wissen/guidelines/osg-distorsion/>

Guideline Kurzversion: <http://www.medix-guidelines.ch/bewegungsapparat/osg-distorsion/>

Anatomie

- Gelenkbildende Knochen sind distale Tibia und Fibula sowie der Talus
- 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
- Die Malleolengabel wird durch die Syndesmose zusammengehalten.

Epidemiologie und Pathogenese

- OSG-Distorsion gilt als die häufigste Sportverletzung, vor allem beim jungen Patienten im Rahmen von Stop-and-Go Sportarten
- Verletzungsmechanismus beim OSG-Supinationstrauma: Kombination von Plantarflexion, Adduktion und Inversion des Fusses
- 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.

Klinik und Diagnostik

- 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.

Anamnese

- Unfallmechanismus (meist Supinationstrauma), Rezidiv?

Klinische Untersuchung

- 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!)
- 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!
CAVE: Kurz nach dem Trauma ist die Untersuchung aufgrund der Schwellung und der Schmerzen häufig sehr schmerzhaft. Es bietet sich daher an, den Patienten nach 3-5 Tagen erneut einzubestellen und die Untersuchung zu wiederholen.
- **Radiologische Diagnostik** zum Ausschluss einer ossären Läsion
-> sollte i. d. R. nur durchgeführt werden, wenn ein Kriterium der Ottawa Ankle Rule erfüllt ist
 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

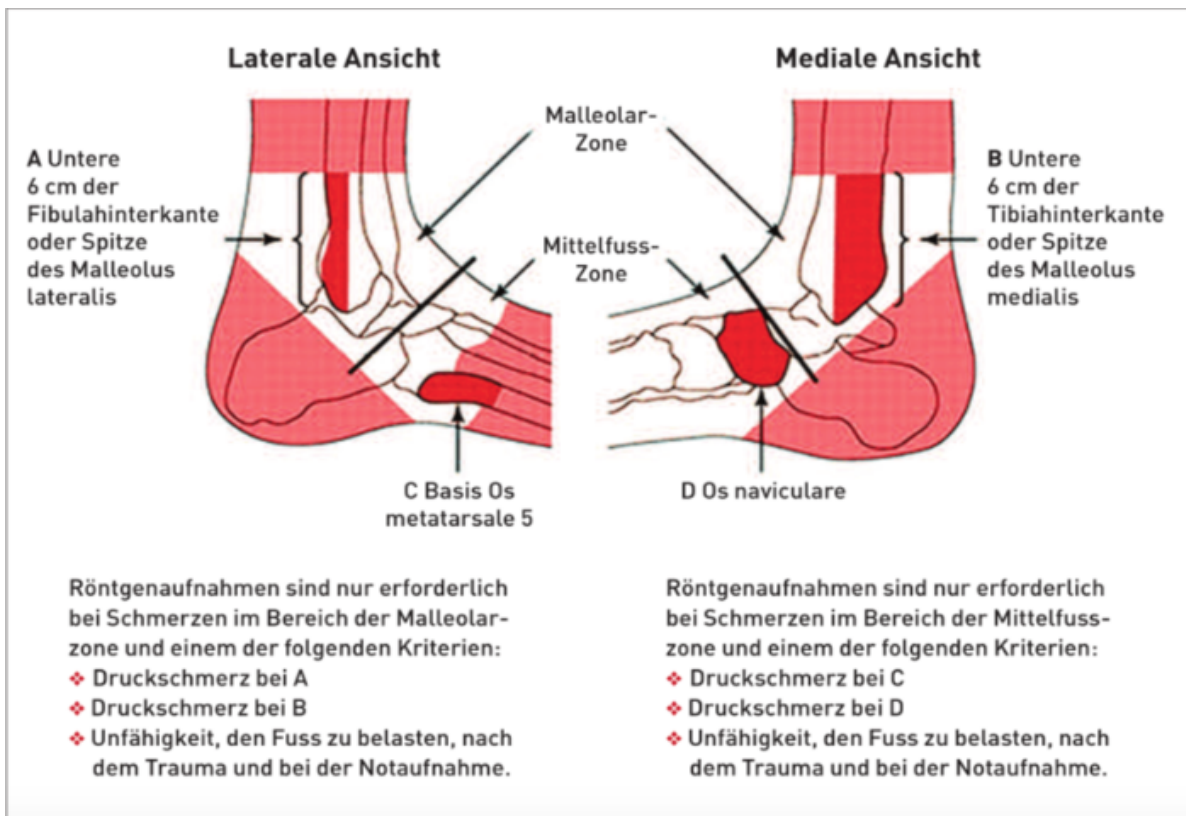


Abbildung: Indikationen zur Röntgendiagnostik bei Sprunggelenkdorsion nach den Ottawa Ankle Rules (aus ARS MEDICI 2017; 3: 134-138)

- Zusätzlich soll bei allen Patienten mit Risikofaktoren für eine Osteoporose sowie bei allen medialen OSG-Dorsionen ein Röntgenbild gemacht werden!
- Falls ein Röntgenbild notwendig ist: Anteroposteriore (a.p.) Aufnahme in 10–20 ° Innenrotation („mortise-view“) und seitliche Aufnahme des OSG.

Eine MRI-Untersuchung sollte erfolgen

- Bei V. a. auf Syndesmosenverletzung* zu empfehlen, da häufig therapeutische Konsequenz (starker Druckdolenz über der Syndesmose -> nach 5 Tagen Ruhigstellung wiederholen sowie falls sich im Röntgen ein vergrößerter Gelenkspalt der Malleolengabel zeigt)
- Bei persistierenden starken Schmerzen und Schwellung trotz Ruhigstellung sowie bei persistierendem Instabilitätsgefühl oder Belastungsunfähigkeit nach 1 Woche.

* Hinweise auf Syndesmoseverletzung: 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.

Therapie

- „RICE“ (Rest, Ice, Compression, Elevation). Ruhigstellung in den ersten 5–7 Tagen
- **NSAR:** Per os oder lokal zur Abschwellung und Schmerzlinderung in den ersten Tagen. Kein ASS wegen erhöhter Einblutungsgefahr
- **Orthese und Belastungsaufbau**

Ab 2. Woche bzw. sobald Schwellung zurückgebildet ist, Belastungsaufbau bis Vollbelastung in Orthese (z. B. ASO Ankle Brace oder Malleo Sprint).

In den ersten 2 bis 3 Wochen Orthese auch nachts tragen, ab 4. Woche nur noch tagsüber.

Je nach Schmerzen/Schwellung soll die Orthese unter erlaubter Vollbelastung mindestens 6 Wochen getragen werden, ab 6. Woche nur noch für Sport
- **Kontrolle:** Nach 3–5 Tagen klinische Kontrolle, um eine Syndesmosenverletzung auszuschliessen und um sicherzustellen, dass Patient(in) mit der Orthese zurechtkommt und keine Thromboseprophylaxe notwendig ist. Falls eine Belastung nicht möglich ist, Stockentlastung und Thromboembolieprophylaxe durchführen
- **Physiotherapie:** Je nach Klinik kann eine Physiotherapie nach ca. 2 Wochen begonnen werden. Diese ist insbesondere bei rezidivierenden Distorsionen empfohlen zum Propriozeptionstraining und zur Kräftigung

Hinweis: Die Indikation zur Physiotherapie sollte den sportlichen Hintergrund/Aktivitätsgrad des Patienten miteinbeziehen. Ein junger, sportlich sehr aktiver Patient profitiert von einer Physiotherapie mit sensomotorischem Training, um seine sportliche Tätigkeit möglichst bald wieder aufnehmen zu können; Beginn ab der 2. Woche statisch, ab der 4. Woche dynamisch mit Orthese. Bei anhaltender Schwellung können auch abschwellende Techniken unterstützend wirken.
- Bei rezidivierenden Distorsionen, persistierendem Instabilitätsgefühl sowie bei Spitzensportlern ist eine Beurteilung durch einen Fusschirurgen sinnvoll.

Literaturauswahl

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, aufgerufen 11/2023.

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 05/2020](#).
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

Ausführliche Literaturliste bei den Verfasserinnen oder bei der Redaktion.

Impressum

Dieses Factsheet wurde im November 2023 erstellt.

© Verein mediX schweiz

Herausgeberin

Prof. Dr. med. Corinne Chmiel

Redaktion

Prof. Dr. med. Corinne Chmiel

Dr. med. Felix Huber

Dr. med. Uwe Beise

Dr. med. Maria Huber

Autor

Dr. med. Hella Scotland

Dr. med. Simone Erni

Dieses Factsheet wurde ohne externe Einflussnahme erstellt. Es bestehen keine finanziellen oder inhaltlichen Abhängigkeiten gegenüber der Industrie oder anderen Einrichtungen oder Interessengruppen.

mediX Factsheets werden mit grosser Sorgfalt entwickelt und geprüft, dennoch kann der Verein mediX schweiz für die Richtigkeit – insbesondere von Dosierungsangaben – keine Gewähr übernehmen.

Alle mediX Guidelines/Factsheets im Internet unter www.medix.ch

Der Verein mediX schweiz ist ein Zusammenschluss von Ärztenetzen und Ärzten in der Schweiz

Verein mediX schweiz, Sumatrastr.10, 8006 Zürich

Rückmeldungen bitte an: uwe.beise@medix.ch