

Außenbandverletzungen im Sprunggelenk

Fachwissen aus der Orthopädie Wallenborn

Die Sportart Fußball ist gekennzeichnet durch eine hohe Spieldynamik und Belastungsintensität. Dieses Anforderungsprofil führt nicht nur bei Profifußballern, sondern auch bei Freizeitkickern immer wieder zu akuten Sportverletzungen aber auch zu chronischen Überlastungsschäden. Bei Kindern und Jugendlichen sind Längenwachstum, unzureichende Muskulatur und mangelhafte Koordination oft der Auslöser für Verletzungen. Betroffen sind dabei vor allem die Füße sowie die Sprung- und Kniegelenke. Einfluss auf die Verletzungshäufigkeit haben neben dem Gegnerkontakt und der physischen Leistungsfähigkeit auch muskuläre Dysbalancen, das Abrollverhalten des Fußes und eine mögliche Fehlstellung der Beinachse.



Lottner bei der Untersuchung des Fußgelenks.

Verletzungen am Fuß stehen bei fast allen Sportarten in der Statistik an oberster Stelle. Die Distorsion des oberen Sprunggelenks ist die häufigste Fußverletzung im Sport. Eine Distorsion oder Verstauchung entsteht, wenn die Gelenkflächen gegeneinander verschoben werden. Die Ursache für eine Distorsion ist ein kurzfristiges Überschreiten des normalen Bewegungsumfanges infolge äußerer Gewalteinwirkung. In den meisten Fällen ist eine Zerrung oder der Riss der Außenbänder die Folge. Besonders häufig ist ein Um-

knicken des Sprunggelenks beim Fußball zu beobachten. Ursachen sind schnelle Dreh- und Stoppbewegungen sowie Fehltritte auf unebenen Böden, ein Umknicken in der Landephase nach einem Sprung (Kopfball) und die Fremdeinwirkung durch den Gegenspieler (Foulspiel).

Typische Anzeichen für eine Schädigung des lateralen Bandapparates sind Schmerzen beim Auftreten und eine Schwellung und Druckschmerz im vorderen und/oder unteren Bereich des Außenknöchels. Zusätzlich zeigt sich im betroffenen Bereich ein Bluterguss.

Die Erstversorgung erfolgt in diesem Fall über das PECH-Schema:

Pause:

Sofortiges Einstellen der sportlichen Aktivität und Untersuchung zur Schadensfeststellung.

Eisbehandlung:

Kälteanwendung zur Schmerzlinderung. Mindestens 10-15 Minuten. Kein Eisspray.

Compression:

Anlegen eines Druckverbandes mitmäßigem Druck.

Hochlagerung:

Hochlagern des verletzten Körperabschnittes.

Im Anschluss ist umgehend eine Vorstellung beim Arzt erforderlich. In der Akutphase kann die Untersuchung der verletzten Region Aufschluss über Art und Umfang der Beschädigung geben. Die Instabilität des oberen Sprunggelenks lässt Rückschlüsse auf einen Teiltriss bzw. kompletten Abriss zu. Mit Hilfe einer abschließenden Röntgenaufnahme lassen sich weitere Verletzungen (Brüche, Knorpelverletzungen) ausschließen.

Ohne eine Schädigung der Bandstrukturen und bei erhaltener Gelenkstabilität genügt, je nach Schwellung, eine Ruhigstellung von 1-3 Wochen. Bei Gelenkinstabilität (Bänderriss) ist eine 5-6



Das sog. Umknicktrauma des Fußes im Sport zählt zu den häufigsten Sportverletzungen überhaupt.

wöchige Ruhigstellung oder ein operativer Eingriff nötig. Entlastung und Ruhigstellung erfolgen über Gehilfen, Bandagen und Einlagen. Im weiteren Verlauf der Behandlung folgen physikalische Therapie (Elektrotherapie) sowie gezieltes Muskelaufbautraining und Koordinationstraining.

Koordinations- oder Stabilisationstraining trainiert die Gelenk- und Muskelrezeptoren. Das Koordinationstraining bewirkt eine schnellere Reaktion der Muskulatur beim Umknicken und eine schnellere Kraftentfaltung der Beinmuskulatur. Die Folge ist eine bessere Kontrolle von Instabilitätssituationen. Koordinative Übungen sind somit nicht nur ein wichtiger Bestandteil der Therapie, sondern besitzt auch einen hohen Stellenwert in der Prävention von Sportverletzungen. In allen Situationen in denen eine bewusste Gelenkkontrolle nicht möglich ist (Dribbling, Kopfball, Zweikampf etc.) verringert eine gute Koordination das Verletzungsrisiko.

Als Stabilisations- oder Gleichgewichtstraining wird das Balancieren auf instabilen Flächen (Kreisel, Mini-Trampolin, Weichkissen, Handtuch) bezeichnet. Die Übungen werden im Einbeinstand durchgeführt. Drei wöchentliche Einheiten von 10 Minuten Dauer, jeweils 30sec. pro Bein bei 8-10 Wiederholungen sind dabei völlig ausreichend. Im weiteren Verlauf der Therapie bzw. des Trainings wird der Schwierigkeitsgrad gesteigert, indem das schwächere Bein gewählt wird. Sprünge und das Zurückpassen und -köpfen eines zugeworfenen Balles erhöhen die Intensität zusätzlich.

Bei einem gehäuften Auftreten von Instabilitätssituationen sollten weitere Risikofaktoren ausgeschlossen werden. Kälte und mangelnde Durchblutung (unzureichendes Aufwärmen), Übermüdung (mangelhafte Ausdauerleistungsfähigkeit) und Vorschädigungen (nicht behandelte Verletzungen) sind häufige aber vermeidbare Auslöser für Sportverletzungen.



**Leistungsdiagnostik
Trainingssteuerung
Haltungs- und Bewegungsanalyse**

WALLENBORN
SPORTHOPÄDIE GmbH

HeleneWallstraße 12 • 50679 Köln (Deutz)
www.wallenborn.de