

*Und wieder schaffe ich es heute nicht, mit meiner Frau und den Kindern 18-Loch zu gehen. Heute früh stand ich mit diesen Anlaufschmerzen im rechten Sprunggelenk auf. Die ersten Schritte nach dem Aufstehen sind höllisch schmerzhaft. Da will nicht mal das Frühstück so recht schmecken. Morgens dauert es immer länger bis ich halbwegs flüssig gehen kann. Das Knirschen im Gelenk hatte mich anfangs gestört, aber das nehme ich heute schon fast gar nicht mehr wahr. Wenn wenigstens der Schmerz etwas weniger würde. Das Tennis habe ich schon vor Jahren aufgegeben und hoffte, mich im Golfsport verwirklichen zu können ... Die Medikamente schlagen mir inzwischen regelmäßig auf den Magen und verstärken das Unwohlsein. Dass ich heute wieder im Clubhaus auf die Anderen warten muss, geht mir schon gehörig auf die Nerven. Wäre doch nur nicht dieser Motorradunfall vor 20 Jahren gewesen, an den ich in letzter Zeit schon so häufig zurückdenken musste."*



Das obere Sprunggelenk ist die Verbindung zwischen Unterschenkel und Fuß. Die Abbildungen zeigen ein gesundes Gelenk.  
Foto links: Röntgenaufnahme von vorne; Foto rechts: Röntgenaufnahme von der Seite

### Moderne Maßnahmen bei Erkrankungen des oberen Sprunggelenks

## Beweglichkeit im Vordergrund

Das obere Sprunggelenk ist ein Scharniergelenk, das hauptverantwortlich ist für die Hebe- und Senkbeweglichkeit des Fußes. Verschleißerkrankungen, unfallbedingte Schädigungen aber auch rheumatische Erkrankungen können zur Zerstörung der Gelenkflächen führen. Die Folge sind schmerzhafte Bewegungseinschränkungen, Anlaufschmerzen, belastungsabhängige Schmerzen und im fortgeschrittenen Stadium auch nächtliche Ruheschmerzen. Schwellungszustände werden besonders bei rheumatisch bedingtem Befall, am häufigsten im Rahmen der chronischen Polyarthritits, aber auch bei der Spondylarthritis mit Gelenkbefall, beobachtet. Das entstehende hinkende Gangbild kann nach längerer Dauer zu Folgeschäden im Bereich der angrenzenden Gelenke und der Wirbelsäule führen.

Therapeutisch kommen zuerst nicht-operative Maßnahmen zum Einsatz, wie Hilfsmittel in Form von Einlagenversorgung, Abrollhilfen, weichem Schuhwerk, aber auch Kältetherapie im akut aktivierten Stadium oder Wärme bei chronischem Verlauf.

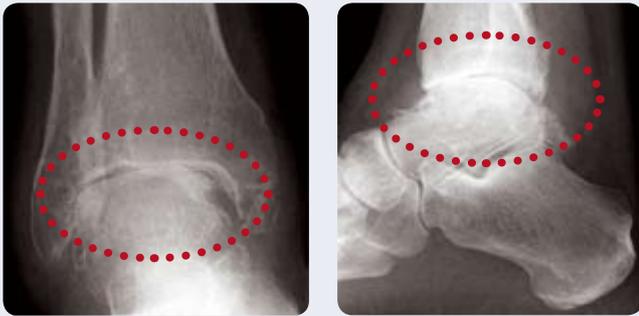
### Viele Therapievarianten können lindern

Über Krankengymnastik und manuelle Therapie lassen sich Bewegungsreserven mobilisieren. Die Einnahme nichtsteroidaler Antirheumatika (Diclofenac, Ibuprofen, Coxibe etc.) hilft, den Schmerz zu bändigen, führt jedoch keineswegs zur Ausheilung der Erkrankung. Längerfristig hilfreich sind da schon Spritzen, die in das Gelenk verabreicht werden. Hierzu greifen wir gerne entweder auf lokal entzündungshemmende Medikamen-

te (Kortison) oder auf das Gelenk „schmierende“ Mittel (Hyaluronsäure) zurück. Nahrungsergänzungsmittel, Enzymtherapie, Akupunktur, aber vor allem auch die Anpassung der Belastung haben ihren Stellenwert in der Behandlung.

### Moderne Endoprothetik erhält Beweglichkeit

Sind konservative Maßnahmen ausgereizt, stehen im fortgeschrittenen Stadium im Wesentlichen zwei Methoden zur Wahl. Die Versteifung des oberen Sprunggelenkes führt im Normalfall zur Schmerzfreiheit des versteiften Gelenkes. Sie wird meist durch innere Verschraubung des Gelenkes erreicht. Nachteilig sind die mindestens dreimonatige Ruhigstellung und Entlastung, das sichtbare Hinken und die drohende



Beide Aufnahmen zeigen ein arthrotisch erkranktes oberes Sprunggelenk. Im Vergleich mit den beiden links stehenden Aufnahmen eines gesunden Gelenks macht die Veränderungen deutlich.



In den Röntgenbilder lässt sich erkennen, dass die Sprunggelenksprothese optimal in die knöchernen Komponenten eingewachsen ist.

Überlastung der angrenzenden Gelenke, die sich bei über der Hälfte der Patienten nach Versteifung nachweisen lassen. Die Schmerzbeseitigung unter Erhalt der Beweglichkeit lässt sich in den meisten Fällen nur durch die Implantation einer Endoprothese erzielen. Hierbei werden nach Entfernung des betroffenen Knorpel-Knochen-Anteils metallische Implantate an den knöchernen Gelenkpartnern verankert, zwischen denen ein Kunststoff-Gleitkern eingepasst wird. Gelegentlich werden auch Begleiteingriffe an Sehnen und Bändern durchgeführt, da die ausbalancierte Bandspannung für das langfristig gute Ergebnis unabdingbar ist. Nach dem Eingriff ist eine sechswöchige Ruhig-

stellung unter zunehmender Belastung des Fußes nötig, weil die knöchernen Komponenten einwachsen müssen. Danach erfolgt die krankengymnastische Mobilisierung des Gelenkes, wobei im Endergebnis meistens eine leichte Verbesserung des voroperativen Bewegungsumfangs resultiert. Nach neuesten Untersuchungen funktionieren 93 Prozent der Kunstgelenke länger als fünf Jahre nach Operation. Nach zehn Jahren sind über 80 Prozent der Gelenke noch im Einsatz. Lockert sich eine Prothese aus, kann entweder ein Wechsel der betroffenen Komponente oder dann immer noch eine Versteifung des Gelenkes erfolgen. ■



Die beiden in Deutschland am häufigsten implantierten Sprunggelenkprothesen: die SALTO-Prothese von Tornier (links) und die HINTEGRA®-Prothese von Smith & Nephew (rechts).



*Nach der Operation ist meine Lebensqualität deutlich besser geworden. Vor allem kann ich wieder durchschlafen. Natürlich fühlt sich das Gelenk nicht so an, wie damals als ich zwanzig war, aber was fühlt sich denn wirklich noch so an? Wenn ich mich übernehme, schwillt es schon mal etwas an. Na jedenfalls freue ich mich schon auf das kommende Wochenende. Da findet nämlich ein Senioren-Ranglistenturnier statt, und zwar 18-Loch!"*

#### Diesen Artikel schrieb:

#### Dr. med. Ryszard van Rhee

Facharzt für Orthopädie und Rheumatologie  
Belegarzt der Sophien-Klinik Hannover

#### Praxis:

Orthopädie an der Oper Dres. Krukenberg, van Rhee, Trübenbach, Khorsheed, Racek  
Theaterstraße 15, 30159 Hannover  
Telefon 0511 2200140  
[www.orthopaedieanderoper.de](http://www.orthopaedieanderoper.de)

