

Eine seltene Folge eines Sprunggelenktraumas

Wenn's plötzlich hinterm Innenknöchel zwickt ...

Florian Schmid, Raphael Kaelin, Bertram Rieger, Markus Knupp

Kantonsspital Baselland, Klinik für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates

Fallbericht

Ein 35-jähriger Patient stellte sich einige Tage nach einem Distorsionstrauma, das sich beim Klettern ereignet hatte, mit persistierenden Schmerzen im Bereich des Innenknöchels in unserer Sprechstunde vor. Den genauen Unfallmechanismus konnte er nicht mehr beschreiben. Es seien sofort starke Schmerzen im Bereich des medialen Malleolus aufgetreten mit zunehmender Schwellung am oberen Sprunggelenk (OSG).

Bereits in der klinischen Untersuchung zeigte sich eine subkutan gelegene, gut palpable und schmerzhafte Tibialis-posterior-Sehne über dem Innenknöchel. Diese liess sich gegen Widerstand noch gut anspannen. Das OSG war frei beweglich. Der mediale wie auch der laterale Bandapparat zeigte keine Druckdolenz und war klinisch stabil.

Die konventionell-radiologische Bildgebung des OSG war unauffällig. Die MRT-Untersuchung bestätigte den



Florian Schmid

klinischen Verdacht einer luxierten Tibialis-posterior-Sehne ohne weitere Verletzungen (Abb. 1).

Bei nicht reponierbarer Sehne sowie deutlich hypoplastischem Sulcus malleolaris haben wir die Indikation zur operativen Versorgung gestellt. Intraoperativ konnte die Tibialis-posterior-Sehne problemlos reponiert werden. Neben der Naht des Flexorenretinakulums führten wir zusätzlich eine Vertiefung des Sehnengleitlagers durch (Abb. 2).

Postoperativ erfolgte eine Ruhigstellung im «Walker» mit erlaubter Vollbelastung, sowie regelmässiges physiotherapeutisches Beüben der passiven Beweglichkeit im oberen Sprunggelenk.

Sechs Wochen postoperativ erfolgte die freie Mobilisation. Von kräftigenden Inversionsübungen wurde für weitere sechs Wochen abgeraten. Im weiteren Verlauf war der Patient beschwerdefrei und konnte seinen sportlichen Aktivitäten ohne Einschränkung nachgehen.

Diskussion

Der M. tibialis posterior ist der stärkste Muskel für die Inversion am Fuss und ein wichtiger dynamischer Stabilisator des Fusslängsgewölbes, bei dessen Ausfall das klinische Bild eines Knick-Senkfusses entsteht [1]. Im Falle einer Luxation dieser Sehne imponieren in der Akutphase – wie in unserem Fall beschrieben – eine Schwellung sowie ein Hämatom am medialen Malleolus mit möglicherweise tastbarer (luxierter) Sehne über dem medialen Malleolus [2].

Differentialdiagnostisch muss an folgende Verletzungen gedacht werden:

- *Fraktur des Innenknöchels.*
- *Mediale Bandläsion* (Ligamentum deltoideum oder Spring-Ligament). Aufgrund des Verlaufes der Tibialis-posterior-Sehne über das Ligamentum deltoideum wird eine Luxation mit Spontanreposition oft als mediale Bandläsion verkannt.
- Die *Achillessehnenruptur* zeigt eine verminderte Kraft bei Plantarflexion im OSG und einen pathologischen Thompson-Test (Wadenkneiff-Test). Eine tastbare Delle muss nicht immer vorliegen, weshalb auch diese Verletzung gelegentlich verkannt wird.

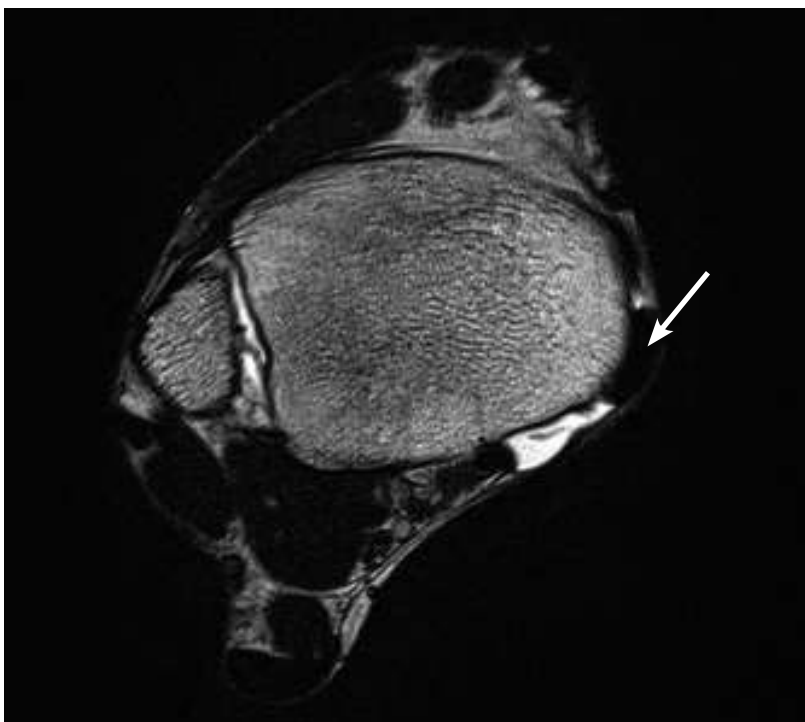


Abbildung 1: Präoperatives MRI (Transversalebene). Luxation der Tibialis-posterior-Sehne rechts (Pfeil). Ausgerissenes Retinakulum. Hypoplastischer Sulcus malleolaris.

Korrespondenz:
 PD Dr. med. M. Knupp
 FMH Orthopädische
 Chirurgie und Traumatologie
 des Bewegungsapparates
 Teamleiter Fuss und
 Sprunggelenk
 CH-4101 Bruderholz
 Markus.Knupp[at]ksbl.ch

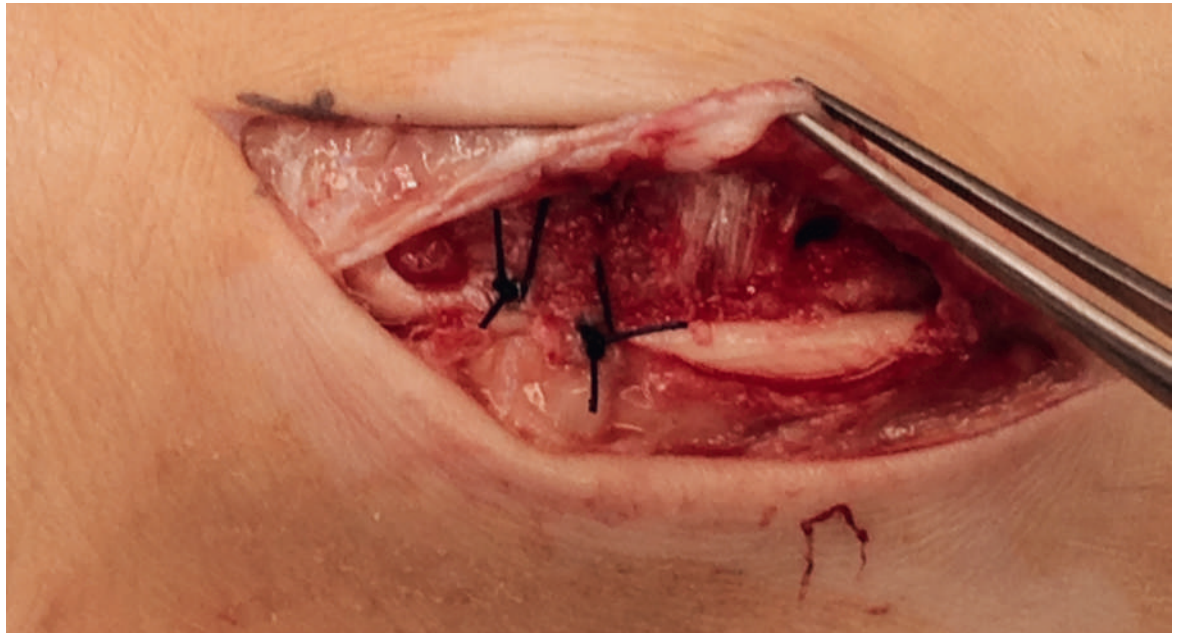


Abbildung 2: Stabile Situation nach transossärer Refixation des Flexorenretinakulums mit resorbierbarem Fadenmaterial.

- Klinisch schwieriger zu differenzieren ist eine *Ruptur der Tibialis-posterior-Sehne*. Hier hilft eine MR-Tomographie oder eine Ultraschalluntersuchung bei der Diagnosefindung.

Bei spezifischer klinischer Untersuchung kann die Diagnose in der Praxis zuverlässig gestellt werden. Da die verkannte Luxation zu schweren Folgeschäden führen kann (Knick-Senkfüsse, sekundäre Instabili-

tät des OSG, Subluxation des Talus bis hin zur sekundären Arthrose im OSG), sollte eine Verletzung der Tibialis-posterior-Sehne bei allen Sprunggelenksdistorsionen mit Beteiligung der medialen Weichteile aktiv ausgeschlossen werden [2].

Geschlossen nicht reponierbare Sehnen, Verletzungen mit Rissbildung der Sehne sowie instabile Sehnen mit Rezidivluxationen müssen zwingend operativ versorgt werden.

Disclosure statement

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur

- 1 Gluck GS, Heckman DS, Parekh SG. Tendon disorders of the foot and ankle, part 3: the posterior tibial tendon. *Am J Sports Med.* 2010;38(10):2133–44.
- 2 Heini PF, Ganz R. Anterolateral subluxation of the talus after overlooked dislocation of the tibialis posterior tendon. *J Orthop Trauma.* 1994;8(5):449–53.

Das Wichtigste für die Praxis

Gerade aufgrund ihrer Seltenheit kann eine luxierte Tibialis-posterior-Sehne im klinischen Alltag verkannt werden. Die Diagnose lässt sich durch die Anamnese und eine eingehende klinische Untersuchung jedoch zuverlässig stellen. Die operative Versorgung ist technisch einfach und zeigt gute Resultate.