

Eine bimalleoläre Sprunggelenksluxationsfraktur in hohem Lebensalter

■ Andreas Seekamp

Bei diesem Fall handelt es sich um eine weibliche Patientin im Alter von 95 Jahren, welche sich in häuslicher Umgebung im Rahmen eines Supinationstraumas eine bimalleoläre Sprunggelenksluxationsfraktur zugezogen hatte. Obwohl die Patientin selbst noch mobil war, ist sie bereits in einem Pflegeheim untergebracht worden, vorrangig aufgrund einer bestehenden Altersdemenz. An weiteren Vorerkrankungen sind bekannt: eine ausgeprägte Osteoporose, ein arterieller Hypertonus sowie eine Herzinsuffizienz und eine Altersdepression. An Medikamenten sind zu nennen Delix, HCT, Saroten, Nexium sowie NAC.

In Anbetracht der luxierten Stellung des Talus (**Abb. 1**), der deutlichen Instabilität der Fraktur und der zum Zeitpunkt der Einlieferung noch an sich guten Weichteilverhältnisse wurde der Entschluss gefasst, die Patientin sofort operativ zu versorgen. Im Rahmen der operativen Versorgung wurde dann das Ausmaß der Osteoporose besonders deutlich, sodass man sich entschloss, eine Minimalosteosynthese durch Verschraubung bzw. Spickdraht-Osteosynthese im Bereich des Innenknöchels und eine ebenfalls kombinierte Schrauben- und Spickdraht-Osteosynthese im Bereich des Außenknöchels. Zum Ende der Operation war bereits klar, dass hier eine zusätzliche Gipsruhigstellung erfolgen musste. So wurde direkt postoperativ der erste Unterschenkelspaltgips angelegt mit dem Plan, nach Wundheilung einen Gehgips für weitere 6 Wochen anzulegen. Jedoch war es bereits zum Zeitpunkt der ersten Röntgenkontrollaufnahme am 2. Tag postoperativ zu einer erneuten Luxation im Bereich des Sprunggelenks gekommen (**Abb. 2**). Die Patientin war zu diesem Zeitpunkt



Abb. 1 Unfallaufnahmen der bimalleolären Sprunggelenksfraktur links.



Abb. 2 Erste reguläre Kontrollaufnahmen am 2. Tag postoperativ, das Gelenk ist wieder luxiert.

noch nicht durch die Physiotherapie mobilisiert. Da im Rahmen des Wochenenddienstes sogleich die Notwendigkeit eines erneuten Handelns erkannt wurde, erfolgten jetzt bei schon deutlich in Mitleidenschaft gezogenen Weichteilverhältnissen eine Implantatentfernung und eine Stabilisierung des oberen Sprunggelenks mit einem das Gelenk transfixierenden Fixateur externe (**Abb. 3**). Auch diese operative Maßnah-



Abb. 3 Die primär eingebrachten Implantate sind entfernt, das Gelenk ist erneut reponiert und extern transfixierend stabilisiert.

me gestaltete sich in der Nachbehandlung schwierig. Die Patientin tolerierte den Fixateur externe schlecht, war weiterhin schwer zu mobilisieren und verletzte sich über das Gestänge häufig am gegenseitigen Unterschenkel. Darüber hinaus wurde deutlich, dass auch die penetrierenden Schanz-Schrauben nicht zur Besserung der Weichteilsituation beitrugen. Somit war klar, dass eine erneute Operation zur definitiven Versorgung in Betracht gezogen werden musste.

Da die gegebenen Weichteilverhältnisse keine erneute klassische interne Osteosynthese erlaubten, andererseits aber auch der Fixateur externe keine definitive Lösung darstellte, wurde der Entschluss gefasst, eine definitive Frakturstabilisierung unter Versteifung des unteren und oberen Sprunggelenks mit einer retrograden Marknagelung unter Verwendung eines Athrodesennagels durchzuführen. Schlussendlich wurde diese Operation wenige Tage später durchgeführt (**Abb. 4**). Das Ergebnis war eine stabile Versorgung der Fraktur sowie eine unmittelbar mögliche Mobili-



Abb. 4 Abschließende Aufnahme nach Einbringen des Arthrodesennagels.

sierung der Patientin unter Vollbelastung. Auch die Weichteile erholten sich rasch. Die aufgehobene Beweglichkeit im Bereich des oberen und unteren Sprunggelenks störte die Patientin recht wenig. Sie war besonders glücklich darüber, nun wieder unter Vollbelastung beider Beine mobilisiert werden zu können und wieder laufen zu können. Inner-

halb weniger Tage gelang es, die Patientin am Rollator wieder auf das Mobilitätsniveau zu heben, welches sie vor dem Sturz noch hatte. Die Entlassung in ihr Pflegeheim erfolgte wenig später.

Fazit

Bei einem Patienten im höheren Lebensalter müssen neben der Funktion der einzelnen Gelenke insbesondere der Gesamtzustand und die Gesamtmobilität beachtet und bewahrt werden. So kann es, wie in diesem Fall, durchaus sinnvoll sein, die Funktion eines Gelenks zu opfern, wenn es gelingt, den Patienten insgesamt wieder rasch aus dem Bett zu mobilisieren. Prinzipiell gilt auch beim älteren Menschen, dass eine definitive Operation zum frühestmöglichen Zeitpunkt erfolgen sollte, wobei das operative Verfahren der Weichteilsituation und der Compliance des Patienten, aber auch der Knochenqualität angepasst sein muss. Der Arthrodesennagel stellt unserer Ansicht nach eine gute Indikation dar, wenn eine klassische Osteosynthese nicht erfolgen kann oder bereits vergeblich versucht wurde. Als primäre Maßnahme sollte der Arthrodesennagel allerdings auch bei einem älteren Patienten mit einer Sprunggelenksluxationsfraktur eher nicht zur Anwendung kommen.

Prof. Dr. med. Andreas Seekamp
Direktor

Klinik für Unfallchirurgie
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel
Arnold-Heller-Straße 7
24105 Kiel

E-Mail: andreas.seekamp@uksh-kiel.de