

1 TRAUMA-MECHANISMUS UND UNTERSUCHUNG

Typische Anamnese:

- Umknicken (Supination) des Fußes z.B. an Bordsteinkante o.ä.
- Starke Schmerzen im Sprunggelenk und Unfähigkeit aufzutreten

Untersuchung:

- Häufig deutliche Schwellung, ggf. Hämatom
- **Prüfen:** Druckschmerz am Außen-/Innenknöchel, über proximalem Fibulakopf (Hinweis Maisonneuve-Fraktur), ventral über Syndesmose, Basis Os metarsale 5; Lücke Achillessehne?



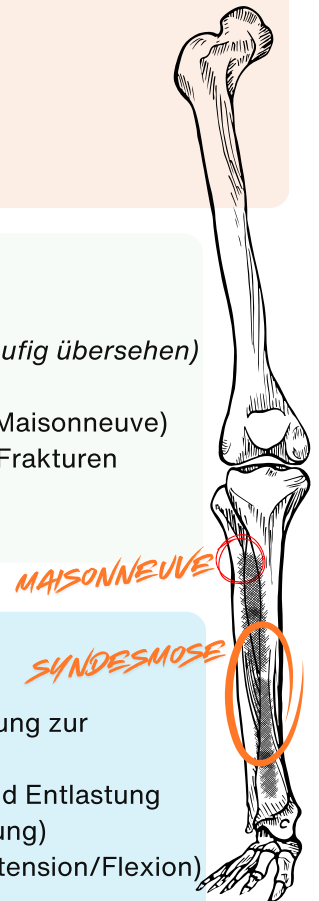
2 OTTAWA ANKLE RULE

V.a. Fraktur = weitere (Röntgen-) Diagnostik falls **ein** Punkt erfüllt:

- **Unfähigkeit 4 Schritte zu machen / Bein zu belasten** („humpeln“ ist ok, direkt nach Unfall / in Notaufnahme)
- **Schmerzen Innen- oder Außenknöchel** und **Schmerzen bei Palpation** der
 - Hinterkante Außenknöchel (distale 6cm Fibula / Spitze Malleolus)
 - Hinterkante Innenknöchel (Tibiahinterkante / Spitze Malleolus)
- **Schmerzen Mittelfuß** und **Schmerzen bei Palpation**
 - Basis Os metatarsale 5 (lateral)
 - Os Naviculare (medial)

3 DIAGNOSTIK

- Konventionelles **Röntgen** (*Cave: Fraktur Proc. ant. Calcanei schwer zu erkennen, häufig übersehen*)
 - in zwei Ebenen (seitlich und a.p. in 20° Innenrotation)
 - ggf. Rö Knie mit Unterschenkel (2 Ebenen) zum Ausschluss hohe Fibulafaktur / Maisonneuve
- **CT** selten notwendig, bei komplizierten Frakturverläufen oder bei (V.a.) Pilon-tibiale Frakturen
- **MRT** nur bei anhaltenden Beschwerden oder V.a. hochwertige Bandverletzung
- **Gefäßdoppler** bei V.a. vaskuläre Begleitverletzung



4 THERAPIE

- Bei grober Fehlstellung **sofortige, schon präklinische, Reposition** unter Analgosedierung zur Reduktion von Weichteilschaden
- Zunächst **Ruhigstellung** in Unterschenkelcast bzw. Vakuumschiene oder Orthese und Entlastung mit Unterarmgehstützen + **allgemeine Maßnahmen** (Kühlung, Hochlagerung, Schonung)
- **Thromboseprophylaxe** (bis Teilbelastung von 20kg / Beweglichkeit von min. 20° Extension/Flexion)
- Schmerzadaptierte **Analgesie**
- Verlaufskontrolle ambulant unfallchirurgisch

5 OP INDIKATIONEN

- **Notfall:** offene Frakturen, Luxationsfrakturen sowie pDMS Defizit
- **Sekundäre OP** nach Erholung der Weichteile, z.B. dislozierte Fraktur
- Immer Rücksprache Unfallchirurgie bzgl. des weiteren Prozedere

