

Neuraltherapie in der kleinen Traumatologie: Distorsion des oberen Sprunggelenkes

Verletzungen des OSGs sind in der Ambulanz und beim praktischen Arzt relativ häufig anzutreffen.

Den höchsten Stellenwert nimmt das Supinations-Eversionstrauma ein.

Die Verletzungen finden sich im Bereich des Außenmalleolus.

Nach Schweregrad kommen

Bandzerrungen,
Bandrisse,
Frakturen in Frage.

Zur adäquaten Therapie ist die **Differentialdiagnose** unerlässlich.

Bild 1: Anatomie (schematisch)

Lokalisation der 3 wichtigen Außenbänder
„ der häufigsten SE-Brüche

Beim Distorsionstrauma muß als erstes zwischen Weichteil- und Knochenschaden unterschieden werden, denn der Unfallhergang ist identisch.

Betrachtungen von Frakturen mittels Entstehungsmechanismus sind sinnvoll.

Es gibt Supinations-, Pronations-, ect.-Traumen.

Die SE-Distorsionen sind die verbreitetsten.

Es wird nach Schweregrad eingeteilt, um die Therapie zu bestimmen.

Vereinfacht dargestellt kann man sagen:

SE-1-Frakturen können konservativ bleiben

SE-2-Frakturen müssen operiert werden.

Maßgeblich ist die Höhe der Fibulafraktur in Bezug auf die **Lig.fibulotibiale anterior** bzw. **posterior**, weil die Gelenkkonkruenz bei Bruch oberhalb dieser Bänder nicht gewahrt bleibt wegen der Höhenverschiebung zwischen Fibula und Tibia.
(SE-2-Frakturen/Weber A-Frakturen)

Bei Bandrissen ist die **Konkruenz** ebenfalls nicht gewahrt, aber das Gefüge zwischen den Unterschenkelknochen ist nicht verändert, sodaß bei Bandrissen und der SE-1-Fraktur eine konservative Behandlung in Frage kommt. **Aber:**

-knöcherne Läsionen verlangen zur Heilung die absolute Ruhigstellung

-Bandläsionen heilen besser funktionell (durch Bandführung)

Deshalb ist die **Differentialdiagnose**: Bruch oder Band zum Prozedere wichtig.

1. Die **Schwellung** nach Distorsionen befindet sich bei beiden Verletzungen im Bereich des Außenknöchels.

Die Schwellungsstärke ist nicht aussagekräftig, da bei knöcherner und bindegewebi-

ger Verletzung gleiche Gefäße rupturieren können.

2. Der **Ruheschmerz**,

Minimalbewegungsschmerz und

lokale Druckschmerz ist bei der Knochenläsion stärker. Der Patient möchte am liebsten den Fuß völlig ruhighalten. (Ausnahmen bei Alkoholiker und stark alkoholisierten Patienten, die oft auch auf schiefen Knöcheln in die 1. Hilfe laufen.)

3. Der **Klicktest** ist eine einfache Hilfe, um Zerrungen von Rupturen annähernd zu differenzieren:

Der Patient sitzt mit gut aufliegenden und im Knie frei hängenden Unterschenkeln auf der Liege.

Der Untersucher schlägt mit der im Handgelenk bewegten Faust locker schwingend gegen die Ferse im Vergleich zur Gegenseite.

Bei Bandrissen gibt es meist einen gut merkbaren „Klock“, als ob zwei Billardkugeln aneinanderschlugen.

4. Die **Röntgenuntersuchung** in 2 E ist bei ausreichendem Frakturverdacht nötig, bei V.a. Bandriß nur nötig, wenn in jedem Fall aus irgendwelchen Gründen die operative Therapie in Frage kommt: **sog. gehaltene Aufnahmen**.

Zur Therapie:

Die **1. Therapie** nach körperlicher Untersuchung kann in jedem Fall eine **neuraltherapeutische Segmentbehandlung** sein.

D.h. die Regionalanästhesie des **N. peroneus superficialis** im Bereich des Fasiendurchtritts, ca. handbreit oberhalb des Außenmalleolus etwas ventral.

Bild2: Fußnerven von vorne oben

5ml Procain werden mit feiner Nadel an den Fasiendurchtritt plaziert.

Bild3: Gefäßversorgung

Da sich in diesem Bereich auch ,etwas tiefer an der Membrana interossea, der **Ramus perforans** aus der A. tibialis posterior befindet, wird sinnvollerweise Procain zur Segmenttherapie benutzt.

Procain hat im Vergleich zu anderen Lokalanästhetika einen gefäßabdichtenden Effekt, läßt Hämatome schneller abbauen und fördert die **Nutrition** im Verletzungsgebiet, da mit den Gefäßen nebst ihrer vegetativen Inervation eine bessere Durchblutung erreicht wird.

Die **2. Therapie** besteht in einer Anästhesie des Gelenkes selber: unter absolut sterilen Bedingungen wird zusatzfreies Procain intraartikulär appliziert.

Dies ist eine Schmerztherapie *und* eine Therapie zur schnelleren Heilung. Hämatome werden besser und schneller resorbiert. (Cave: nicht durch Sehnen stechen!)

Die **3. Therapie** besteht in der die *Infiltration* der Bandansätze oder des Bruchspaltes bei Frakturen.

Bruchspaltanästhesien mit Procain lassen Brüche besser und schneller regenerieren.
Banansatzinfiltrationen haben den gleichen positiven Effekt.

Vorgehen: Je 1-2ml Procain werden an das
Lig.fibulotalare anterius,
Lig.fibulotalare posterius und an das
Lig fibulocalcaneare plaziert.

Evtl. spritzt man auch ca. 2ml an die Ansätze des **Lig.fibulotibiale anterior.**
Und evtl. aus gleichen Gründen an das **Lig.fibulotibiale posterior.**

Diese Behandlungsserie schließt eine operative Therapie nie aus und ist die optimale **neuraltherapeutische(Schmerz)Behandlung.**

Selbstverständlich gehört eine angemessene **Ruhigstellung** zur Therapie!

Zerrungen:

Elastischer Stützverband(Tape)
Hochlagerung 1-2 Tage, Toilettengang mit Belastung erlaubt.
Arbeitsunfähigkeit: 1-2 Tage
Evtl.: Kühlung mit Eispack
1x Arnica C 30
Die Bewegung im OSG ist erwünscht
Zur Thromboseprophylaxe: Anraten zur Bett-Fahrrad-Bewegung.

Bandrisse:

Tapeanlage(aber nur korrekt bei wenig Schwellung)
besser: seitenverstärkte, dorsale Gipslonguette in guter Pronation bis zum
Abschwellen, bzw. Eintreffen der
Spezialschiene(die durch den Orthopädiehandel schnell zu verordnen ist)
1-4 Tage AU bis zur Schienenversorgung sind etwa nötig.
Einmalige Verordnung von Arnica C30

Die Heilungszeit für Bänder wird mit 6 Wochen bemessen.
Bei Rupturen wird die Schiene solange getragen.

Die obige Neuraltherapie bei Distorsionstraumen des OSGs stellt eine ausgezeichnete,
komplikationslose Heilzeit- und Schmerzverkürzende Therapie dar.

Neuraltherapie n.Huneke verhindert Algodysstrophien und ist sogar in der Lage alte, nicht gut verheilte Schäden aufzuheben.

U.Aldag
FA Chirurgie
Naturheilverfahren
Homöopathie

Im Kieferngrund 7
14163 Berlin
Tel: 030/8141232
info@ifn-berlin.de