



## Konservative Behandlung der Sprunggelenksfraktur

Die konservative Therapie der Fraktur besteht in der Ruhigstellung für 6 Wochen im Gips um Unterschenkel und Fuß. Nur bei nicht verschobenen (dislozierten) Sprunggelenksfrakturen ohne Syndesmosebeteiligung vom Typ Weber-A ist diese Behandlung durch Ruhigstellung möglich.

Bei komplexen oder verschobenen Frakturen ist eine konservative Behandlung nur dann vertretbar, wenn eine Kontraindikation gegen die operative Versorgung des Sprunggelenks besteht. Das kann z. B. bei schweren Durchblutungsstörungen der Fall sein.

Die Heilung der Fraktur wird durch Röntgenbilder überwacht. Dabei überprüft der Orthopäde in erster Linie die Stellung des Sprunggelenks. Erst bei nachgewiesener Heilung darf der Gips entfernt werden. Nach der Gipsabnahme ist zusätzlich eine Nachbehandlung notwendig, um Muskulatur und Koordination des betroffenen Beines wiederherzustellen. Das bedeutet, dass schon so viel Bewegung wie möglich erlaubt wird, aber noch so viel Ruhigstellung erfolgt, wie erforderlich ist.

## Operative Therapie der Sprunggelenksfraktur

Bei verschobenen Frakturen oder bei Fraktur des Sprunggelenks unter Beteiligung der Syndesmose ist eine operative Therapie immer vorteilhaft: Nur so können die exakten anatomischen Verhältnisse des natürlichen Sprunggelenks wieder möglichst genau hergestellt werden. Hier sind vor allem drei Aspekte ausschlaggebend für ein gutes Ergebnis:

1. Reposition: anatomische und stufenfreie Wiederherstellung der Gelenkstellung und der normalen Sprunggelenkachse
2. Retention: übungsstabile Fixation der Bruchstücke zueinander, zum Beispiel mit Schrauben und Platten
3. funktionelle Nachbehandlung: frühe Bewegung unter krankengymnastischer Anleitung des verletzten Gelenks, um ein bestmögliches Ergebnis zu erzielen.

Die Therapie von Weber-B und Weber-C-Frakturen erfolgt stets durch operative Stabilisierung durch Platten und Schrauben.