

WIE GUT IST DIE KLINISCHE UNTERSUCHUNG BEI AKUTER SYNDESMOSENVERLETZUNG?

>> KLINISCHE EVALUATION HAT HOHEN DIAGNOSTISCHEN WERT

// **HINTERGRUND:** Akute Syndesmosenverletzungen des Sprunggelenks treten zwar seltener auf als Läsionen der lateralen Bandstrukturen, stellen jedoch eine erhebliche diagnostische Herausforderung dar. Während Rupturen der lateralen Bänder in der Regel gut durch klinische Tests erkannt werden können, erfordert die Diagnose einer Syndesmosenverletzung oft eine genauere Betrachtung. Eine unentdeckte Syndesmoseninstabilität kann zu langfristigen funktionellen Einschränkungen und chronischen Schmerzen führen, weshalb eine frühzeitige und präzise Diagnose entscheidend ist.

// **METHODIK:** In dieser prospektiven Studie wurden 150 Athlet*innen mit akuten Sprunggelenksverletzungen, die innerhalb von sieben Tagen nach dem Unfall ärztlich untersucht wurden, einbezogen. Verletzungen, bei denen eine Fraktur vorlag oder ein MRT innerhalb von 10 Tagen nach der Verletzung nicht möglich war, wurden ausgeschlossen. Die klinische Untersuchung wurde von erfahrenen Orthopäd*innen oder Sportmediziner*innen durchgeführt und umfasste sechs spezifische Tests zur Erkennung von Syndesmosenverletzungen (Bilder siehe Tabelle 1):

- Palpation des Lig. tibiofibulare anterius
- Squeeze-Test
- Dorsalextensions-Außenrotationstest ohne Belastung
- Dorsalextensions-Außenrotationstest unter Belastung
- Fibula-Translationstest
- Cotton-Test

Vor dem MRT wurde eine Gesamtbewertung der klinischen Verdachtsdiagnose durchgeführt, um die diagnostische Genauigkeit der klinischen Tests zu bewerten.

// **ERGEBNISSE:** Von den 150 untersuchten Fällen wiesen 26 eine Syndesmosenverletzung auf. Ein Eversionsmechanismus (Dorsalextension plus Pronation) der Verletzung zeigte eine hohe Assoziation mit dem Vorliegen einer Syndesmosenverletzung (Odds Ratio = OR 4,99). Ein positiver Squeeze-Test war ebenfalls signifikant mit einer Syndesmosenverletzung verbunden (OR 3,25). Eine negative klinische Gesamtbewertung reduzierte die Wahrscheinlichkeit einer Syndesmosenverletzung signifikant.

// **DISKUSSION:** In der akuten Phase kann die klinische Untersuchung hilfreich sein, um Syndesmosenverletzungen frühzeitig zu erkennen. Auf Basis der Untersuchungsergebnisse lässt sich entscheiden, ob sofort weitere Diagnostiktests notwendig sind oder ob die Untersuchung um einige Tage verschoben werden kann. Sportler*innen, die einen Verletzungsmechanismus mit Außenrotation zeigen oder bei denen der Squeeze-Test positiv ausfällt, sollten möglicherweise direkt ein MRT erhalten. Bei einer unauffälligen klinischen Gesamtbewertung kann die weitere Untersuchung um 5 bis 10 Tage verschoben werden. Allerdings reichte in der akuten Phase keine der getesteten Methoden aus, um eine Syndesmosenverletzung sicher auszuschließen. In solchen Fällen könnte ein dynamischer Ultraschall eine sinnvolle Alternative sein, um Klarheit zu schaffen.

// KONKLUSION: Die klinische Untersuchung von akuten Syndesmosenverletzungen liefert wertvolle diagnostische Hinweise, insbesondere bei einem Eversionsunfallmechanismus oder einem positiven Squeeze-Test. Eine negative klinische Gesamtbewertung verringert die Wahrscheinlichkeit einer Syndesmosenverletzung erheblich, reicht jedoch nicht aus, um diese vollständig auszuschließen. In Fällen, in denen eine vollständige Sicherheit erforderlich ist, sollten zusätzliche bildgebende Verfahren wie MRT oder dynamischer Ultraschall in Betracht gezogen werden, um die Diagnose zu bestätigen oder auszuschließen.







Abbildung	Beschreibung
	<p>Palpation des Lig. tibiofibulare anterius</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Positiv, wenn Schmerz im Bereich der Syndesmosenbänder auftritt
	<p>Squeeze-Test</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient sitzt an der Bettkante • Kompression der Fibula gegen die Tibia oberhalb der Mitte der Wade ➔ Positiv, wenn Schmerz über den Syndesmosenbändern auftritt
	<p>Dorsalextensions-Außenrotationstest ohne Belastung (= Non-weight-bearing dorsiflexion external rotation = NWB DF ER)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Außenrotationsstress am betroffenen Fuß und Sprunggelenk bei 90° Knieflexion und passiver maximaler Dorsalextension des Sprunggelenks ➔ Positiv, wenn Schmerz im Bereich der Syndesmosenbänder auftritt
	<p>Dorsalextensions-Außenrotationstest unter Belastung (= Weight-bearing dorsiflexion external rotation = WB DF ER)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktive Außenrotation des betroffenen Fußes und Sprunggelenks in belastender Position, bei etwa 30° Knieflexion ➔ Positiv, wenn Schmerz im Bereich der Syndesmosenbänder auftritt
	<p>Fibula-Translationstest</p> <ul style="list-style-type: none"> • anterior-posteriore Translation der Fibula ➔ Positiv, wenn die antero-posteriore Translation der Fibula größer ist als auf der kontralateralen Seite oder wenn Schmerz im Bereich der Syndesmosenbänder auftritt
	<p>Cotton-Test</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stabilisierung der distalen Tibia und Ausübung einer lateralen Kraft auf den Fuß ➔ Positiv, wenn die laterale Translation des Talus von medial nach lateral im Vergleich zur kontralateralen Seite erhöht ist

Tabelle 1: Beschreibung der sechs aufgeführten Syndesmosenentests aus [Baltes et al. 2022](#)