

## INHALTSVERZEICHNIS

1.	Unfall-Ski I - oberes Sprunggelenk
1.1.	Bela
1.2.	Brüche
1.3.	Ursachen
1.4.	Untersuchung
1.5.	Rööööö
1.6.	Klassifikation
1.7.	Konserven
1.8.	OPS
1.9.	Notfallmaßnahmen
1.10.	Pilon-tibiale Frakturen

### 1. UNFALL-SKI I - OBERES SPRUNGGELENK

#### 1.1. Bela.

- Malleolengabel trägt hohe Belastung
- Membrana interossea ist selbst nicht stabil genug, daher gibt es die ligg tibiofibulare ant/post
- bei einer Verletzung ist korrekte reposition vor operativer fixierung wichtig, da sonst ungünstige Narben entstehen

#### 1.2. Brüche.

- hohe Fibulafrakturen wie Maisonneuve-Frakturen oft schlecht zu sehen
- Volkmann: Kantenfragment vorne und hinten, dreieckige Absprengung

#### 1.3. Ursachen.

- Luxationsmechanismus bei 80%
- Dezelerationstrauma bei VU 10%
- Direkte Gewalteinwirkung bei weniger als 5%

#### 1.4. Untersuchung.

- |   |                           |
|---|---------------------------|
| 1 | • Inspektion              |
| 1 | • Palpation               |
| 1 | • DMS, Durchbl, Sens, Mot |
| 1 | • Belastbarkeit           |

#### 1.5. Rööööö.

- |   |  |
|---|--|
| 1 | • bei a.p. sieht man die Gelenkfläche nicht gut  |
| 1 | • 20° sehr gut geeignet, innendrehung; Vorteil: Gleichmäßiger Abstand der Gelenke aufeinander gut zu sehen |
| 1 | • Toll: C-Bogen-Geräte, die ermöglichen Dynamisches durchleuchten  |
| 2 |  |

#### 1.6. Klassifikation. Weberfraktur, nicht Vergaser..

- Lauge-Hansen ist sehr komplexe Klassifikation, für Fachärzte und so
- Weber definiert auch Fraktur nach Verletzungsmechanismus, ist aber nicht ganz so kompliziert
- Weber A fibula tief ohne instabilität
- Weber B mit Tibiabeteiligung
- Weber C hohe Fibulabeteiligung
- AO-Klassifikation: B mit Gelenkbeteiligung, C mit hoher instabilität
- kindliche Frakturen klassifiziert nach Aitken und Salter/Harris, enthalten Epiphysenlösung usw.
- Übergangsfakturen, wenn Epyphysenverknöcherung nur teilweise abgeschlossen

#### 1.7. Konserven.

- stabil, nichtdisloziert oder fissural
- exakte anatomische reposiition möglich in der Malleolengabel
- Gips/Schiene für 6 Wochen
- Schiene früh, wegen Weichteilschwellung besser geeignet
- Kühlung, Hochlegung

#### 1.8. OPS.

- alles andere muss operiert werden
- besonders alles offene
- Maisonneuve auch immer

- dislokation natürlich auch

### 1.9. Notfallmaßnahmen.

- sofortige Reposition - oft reicht leichtes ziehen vor Röntgen
- nach Reposition Retention z.B. durch Gips
- OP meist nur bis 6 Stunden möglich
- danach muss man bis zu 6-10 Tage warten bis Abschwellung erfolgt ist
- ansonsten gibt es Heilungsschwierigkeiten, da Schwellungen Perfusion behindern

- Stellschraube die Tibia und Fibula verbindet wird immer nach 6 Wochen entfernt, da große Ausbruchgefahr besteht bei Belastung
- Stellschraube jedoch nicht immer notwendig
- Zugschraube: Wie Spax für Bootssteg, oben kein Gewinde zur Anziehung dort wo es greift
- Platte wird über das Gelenk gesetzt, Spannung mit Spannschraube

### 1.10. Pilon-tibiale Frakturen.

- mit Weichteilbeteiligung
- kräftiger Rumm, Richtung Polytrauma meistens
- Gefäßbeteiligung auch oft