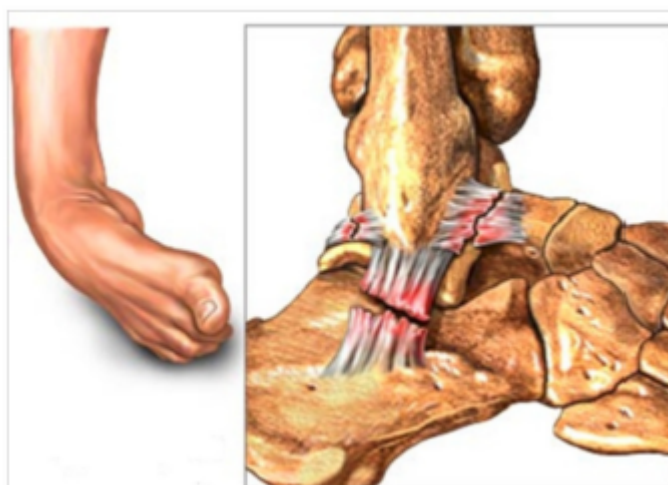




Enkelinstabiliteit

Het enkelgewricht bestaat uit 3 botdelen: het scheenbeen (tibia), het kuitbeen (fibula) en het sprongbeen (talus). De stabiliteit van de enkel wordt, behalve door de vorm van de botten, voornamelijk bepaald door de enkelbanden aan de binnen- en buitenzijde van de enkel en tussen kuit en scheenbeen. De 3 buitenbanden voorkomen dat de enkel naar voren schuift en naar binnen klappt (inversie). Wanneer de enkel een extreme kanteling ondergaat kunnen de banden uitrekken of zelfs scheuren. Dit heet een enkeldistorsie.

Meestal gaat de voet naar binnen en zakt men door de enkel naar buiten, waarbij de buitenbanden geblesseerd raken. (inversie trauma). Zie figuur 1.



Figuur 1. Kanteling en enkelbanden
(Het tegenovergestelde komt minder vaak voor omdat de binnenbanden velen malen sterker is en dan vaak het bot breekt.)

Wat is de oorzaak van enkelinstabiliteit?

Enkelinstabiliteit ontstaat door het niet goed genezen van de uitgerekte of gescheurde enkelbanden of herhaaldelijk zwikken van de enkel.

Wat zijn de klachten?

Een van de belangrijkste klachten is het gevoel van instabiliteit op oneffen terrein en zelfs op gelijke ondergrond. Dit kan gepaard gaan met vaker voorkomende verzwikkingen en/of in wisselende mate pijn, een onzeker gevoel bij het lopen, zwelling, stijfheid en het gevoel dat de enkel af en toe "op slot springt".

Hoe stelt de arts de diagnose?

De diagnose wordt vooral gesteld aan de hand van het verhaal van de patiënt en het lichamelijk onderzoek van de arts. Er zal een lichamelijk onderzoek met specifieke



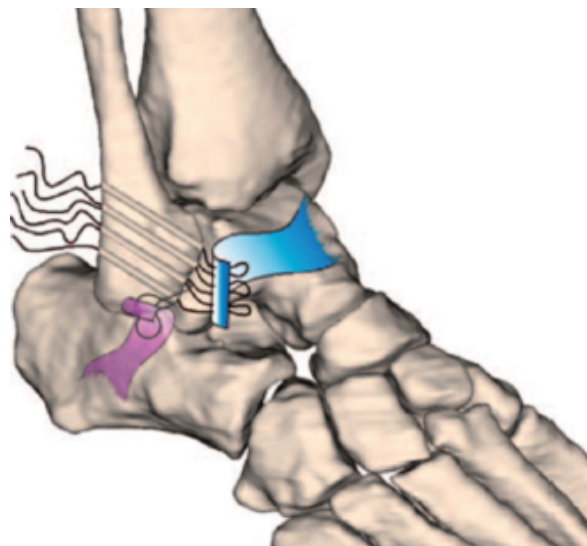
testen gedaan worden om de stabiliteit van de enkel te bepalen. Een gewone röntgenfoto wordt gemaakt om kleine (avulsie) breuken uit te sluiten, een eventueel los stukje bot op te sporen en/of zeldzame dingen uit te sluiten. Het maken van een zogenaamde "stress foto", waarbij de enkel met een apparaat krachtig gekanteld wordt, is onbetrouwbaar gebleken en wordt niet (meer) gedaan.

In uitzonderingsgevallen wordt wel eens een MRI of CT scan gemaakt om eventueel kraakbeen letsel uit te sluiten en/of cystes (holtes) op te sporen.

Hoe is de behandeling?

De behandeling van een enkeldistorsie is in 1e plaats niet operatief. In de acute fase bestaat deze uit een koelen met ijs, een steunend drukverband, hoog leggen van de enkel en rust. Afhankelijk van de ernst zal hierna een periode van tape of softcast (loopgips) volgen. De patiënt kan hierbij volledig belasten. Het merendeel van de patiënten met een ernstige verzwikking zal hierna naar een fysiotherapeut verwezen worden en herstelt zonder rest instabiliteit. Bij patiënten die een blijvende instabiliteit ondervinden, moet een onderscheid gemaakt worden tussen functionele en mechanische instabiliteit. Wanneer de instabiliteit functioneel is (dat wil zeggen de arts constateert geen slappe enkel-banden, maar de patiënt ervaart wel zwik neiging), bestaat de behandeling uit een revalidatie schema met spierversterkende oefeningen en proprioceptie training (=trainen van de banden en zenuwen die de "positie zin" vormen). Eventueel kan een brace gebruikt worden tijdens sporten.

Ook bij mechanische instabiliteit wordt in 1e instantie getracht de klachten te verbeteren met fysiotherapie. In een enkel geval geeft dit onvoldoende resultaat en dient een operatief herstel plaats te vinden. De behandeling van eerste keus is herstel van de normale anatomie: het terughechten en inkorten van de uitgerekte enkelbanden. In Gelre ziekenhuizen wordt de Bostrom operatie uitgevoerd waarbij de laterale enkelbanden en gewrichtskapsel als het ware weer strak getrokken worden. Zie Figuur 2.



Figuur 2.



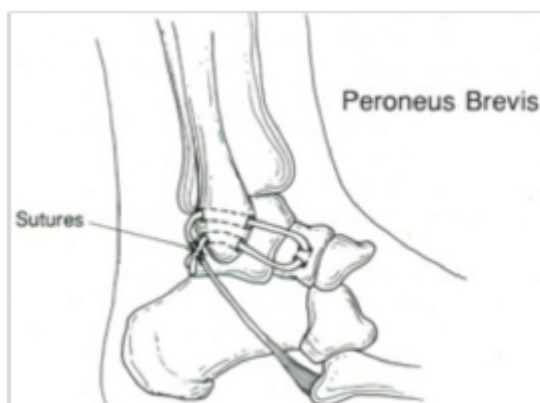
Bij deze operatie wordt een incisie (snee) gemaakt aan de buitenkant van de enkel. Vervolgens wordt er een flap gecreëerd van de voorste enkelband (blauw) en de buitenband (roze) met het kapsel en het botvlies. Deze flap wordt met behulp van 2 botankertjes of een drietal boorgaten op spanning aan het kuitbeen bevestigd wordt. Dit werkt als een nieuw enkelbandcomplex en geeft de enkel de stabiliteit weer terug. Tijdens de operatie wordt tevens een gedeelte van het enkelgewricht bekeken en zo nodig worden kraakbeenbeschadigingen behandeld. De huid wordt gesloten met hechtingen die vanzelf oplossen.

Met de Bostrom procedure krijgt u een internal brace. Dat is een sterke onoplosbare blijvende platte hechtdraad die blijvend sterkte geeft. Deze draad maken wij met een anker vast aan het kuitbeen. Het tweede anker bevestigen wij aan het sprongbeen. Dat vormt dan een stevige laag met de eigen enkelband. Hierdoor hoeft u maar twee weken in een gipsspalk voor de wond genezing. Na die twee weken start u met volledig belasten. Deze versterking met de internal brace verkort de revalidatie periode. Op de langere termijn zal deze de brace niet slapper worden waardoor opnieuw optreden van zwikken vermindert.

De operatie duurt ongeveer 20 min. U zult ongeveer 2-3 uur op het OK complex verblijven. Na de operatie krijgt de patiënt een gipsspalk gedurende 2 weken, met gips tot net onder de knie. Gedurende deze 2 weken mag de enkel niet belast worden en moet u dus met krukken lopen. Hierna vindt controle op de gipskamer plaats en zal er nog voor 4 weken een loopprips aangelegd worden waarmee u mag belasten. Gedurende de gipsperiode is trombose profylaxe nodig. Dat wil zeggen iedere dag een injectie ter voorkoming van trombose (het vormen van bloedstolsels in het onderbeen). Ongeveer 6 weken na de operatie zal een verwijzing naar de fysiotherapeut volgen om de beweeglijkheid, kracht en proprioëpsis van de enkel te herstellen.

Het doel van deze operatie is het verbeteren van de stabiliteit van de enkel. Uit onderzoek is gebleken dat gemiddeld genomen ongeveer 80- 90% van de patiënten tevreden is met het eind resultaat.

Bij uitzondering is deze ingreep toch niet voldoende om de stabiliteit te herstellen, of ontstaat er opnieuw een enkelband scheur. Dan kan er over gegaan worden tot een zgn 'niet anatomische enkelband plastiek'. Hierbij wordt de helft van één van de twee pezen aan de buitenkant van de enkel (de zgn. peroneuspezen) gebruikt om als nieuwe enkelband ingehecht te worden. In figuur 3 zijn er 2 voorbeelden gegeven.





Figuur 3.
Watson-Jones plastiek Evans plastiek





Eventuele complicaties

Zoals bij alle chirurgische ingrepen is er een kleine kans op complicaties. Gelukkig komen deze slechts weinig voor. Algemene complicaties zijn infectie, trombose en nabloeding. Ook kan er soms een plekje met gevoelloosheid aan de voet ontstaan, omdat een huidzenuwtje verkleefd of beschadigd kan raken door de ingreep.

Rest instabiliteit is een specifieke complicaties.

Patiënteninformatie wordt met de grootste zorg samengesteld. Het betreft algemene informatie.

U kunt aan deze uitgave geen rechten ontleen.

© Gelre ziekenhuizen
www.gelreziekenhuizen.nl