

Behandlung der Talusfraktur

■ Martinus Richter, ■ Zech

Zusammenfassung

Talusfrakturen gehören zu den seltenen Fußfrakturen, führen aber potenziell zu schweren Komplikationen. Die gängigen Frakturklassifikationen beruhen auf konventionellen Röntgenaufnahmen, die Computertomografie ist jedoch bei jeder Fraktur obligat. Offene Frakturen, Luxationen oder Extrusionen müssen notfallmäßig reponiert und stabilisiert werden. Alle dislozierten Talusfrakturen stellen eine absolute Operationsindikation dar. Die Zugangswahl wird vom Frakturtyp und dem Weichteilschaden bestimmt. Die anatomische Reposition der Gelenkflächen und der Talusform und die Stabilisierung mit Zugschrauben stellt meistens die Methode der Wahl dar. Das Ergebnis wird vom Dislokationsgrad bzw. dem Weichteilschaden, aber oftmals auch von der unzulänglichen Versorgung determiniert. Verzögerte Konsolidierungen, Pseudarthrosen und sekundäre Fehlstellungen sollten möglichst frühzeitig Gelenk erhaltend korrigiert und notwendige Arthrodesen auf die betroffenen Gelenke beschränkt werden. Dieser Artikel behandelt detailliert Klassifikation, operative Behandlung, Indikationsstellung und Komplikationen von Talushalsfrakturen. Die Körper- und Kopffrakturen werden ebenfalls diskutiert.

Einleitung

Frakturen des Sprungbeines sind relativ seltene Frakturen. Sie werden mit einer

Treatment of Talar Fractures

Fractures of the talus are a relatively uncommon fracture of the foot, but they have potentially serious complications. The classifications of fractures are based on conventional X-rays, but computed tomography is necessary for treatment decisions. Open fractures, displaced fracture dislocations, or extrusion of the talus must be reduced and stabilised as an emergency procedure. Operative treatment is indicated in all displaced central fractures. The use of standardised approaches depends on the type of fracture and the soft tissue lesions. Precise anatomic reduction of all facets and reconstruction of the shape of the talus and stabilisation with interfragmentary lag screws is the method of choice in almost all fractures. This procedure allows for early mobilisation postoperatively. The outcome is related to the degree of fracture displacement and the soft tissue lesions but may be poor due to inadequate treatment. Talus malunion, non-union, and secondary deformity should be corrected early with preservation of the joints whenever possible. Arthrodeses should be restricted to the affected joints. This article details the Hawkins classification, operative treatment and indications, and complications of fractures of the neck of the talus. It also discusses the treatment of fractures of the body of the talus and the talar head.

Häufigkeit von 0,3% aller Brüche und von 3,4 Prozent aller Frakturen im Fußbereich angegeben. Sie entstehen, ähnlich wie die Brüche des Fersenbeins, durch Hochrasanztraumen wie Autounfälle oder Stürze aus großer Höhe.

Brüche des Sprungbeines sind aufgrund der anatomischen Gegebenheiten, insbesondere durch die Blutversorgung des Knochens, die am Sprungbein hauptsächlich über die Gelenkkapsel ohne eigene Gefäßversorgung erfolgt schwierig zu behandeln und sollten nur von erfahrenen Operateuren versorgt werden. Die Gefäßversorgung kann bei Brüchen gestört werden, sodass es auch nach einer Operation, trotz primär gutem Ergebnis, zu einer Knochennekrose, das heißt zum Absterben des Knochens noch im Verlauf bis zu drei Jahren kommen kann. Dies gilt auch aufgrund der häufigen Weichteilbeteiligung, die durch eine deutliche und schnelle Schwellung gekennzeichnet sein kann und somit eine Operation danach unmöglich machen kann.

Dieser Beitrag beschränkt sich auf die zentralen Talusfrakturen, d.h. die Frakturen des Talushalses und -körpers und die peripheren Frakturen des Taluskopfes. Die anderen peripheren Frakturen (Proc. lat., Proc. med., Proc. post.) werden nicht besprochen.

Hauptteil ■

Topografische Anatomie

Der Talus gehört zu den wenigen mobilen Knochen am Fuß. Zwischen 60% und 70% der Talusoberfläche sind mit Gelenknorpel überzogen. Aufgrund dieser anatomischen Besonderheit ist die Blutversorgung des Talus problematisch.

Die arterielle Blutversorgung des Taluskörpers wird durch die Art. sinus tarsi, ein arterielles Gefäß vom Tarsalkanal versorgt. Dieses Gefäß wird von Ästen der Art. tibialis posterior und den Peronealarterien gebildet. Zusätzlich erfolgt die Versorgung durch Äste der Art. Deltoidea, die entlang des Lig. deltoideum ziehen. Die Arterien vom Tarsalkanal und Sinus Tarsi bilden Anastomosen im

Bereich des Talushalses. Äste der Art. dorsalis pedis erreichen den Taluskopf und Talushals. Kleinerer Arterien in der Gelenkkapsel und den Bändern tragen zusätzlich etwas zur Blutversorgung des Talus bei. Der größte Anteil der Blutversorgung des Talus erfolgt durch die Arterien im Tarsalkanal. Sie versorgen direkt die Hälfte bis zu Zweidrittel des Körpers und durch interne Anastomosen zum Teil auch den übrigen Bereich. Trotzdem erreicht der größte Teil der Blutversorgung den Untergrund des Halses und fließt nach posterior.

Pathogenese

Frakturen des Talushalses machen 50% der Talusverletzungen aus. Historisch wurden sie auch als „aviator's astragalus“ bekannt, da sie häufig im Zusammenhang mit Flugzeugabstürzen im Ersten Weltkrieg beobachtet wurden.

Typischerweise entstehend Talushalsfrakturen durch Hochrasanztraumen wie bei Pkw- oder Motorradunfällen oder bei Stürzen aus großer Höhe. Talushalsfrakturen entstehen bei einem Hochrasanztrauma und das tritt häufig bei jungen Erwachsenen auf. Männer sind mit 3 zu 1 häufiger betroffen als Frauen. Die dritte Lebensdekade wird überdurchschnittlich häufig betroffen. Zusätzlich werden Begleitverletzungen des muskuloskeletalen Systems (in 64% der Hawkins-Frakturen) oder andere Organsysteme betroffen. Innenknöchelfrakturen werden bei 20–30% der berichteten Fälle, vor allem bei Frakturen mit herausgeschleudertem Taluskörper, gesehen. 10 Prozent erleiden zusätzlich eine Kalkaneusfraktur. Vielfach wird angenommen, dass die Fraktur durch eine übermäßige Dorsalflexion des Talushalses mit Anprall an die ventrale Tibiagelenkkante entsteht. Diese Fraktur im Labor nachzustellen ist sehr schwierig. Die Fraktur durch forcierte Dorsalflexion an Leichenfüßen zu erstellen gelang bisher nicht. Peterson und Romanus gelang es, die Fraktur bei Neutralstellung im oberen Sprunggelenk unter Krafteinwirkung auf den Kalkaneus gegenüber dem darüberliegenden Talus und der Tibia zu erstellen. Mit geringerer Kraft gelingt es, eine nicht dislozierte Talushalsfraktur zu erzeugen. Größere Kräfte produzieren eine Ruptur der posterioren talokalkanearen und interessären Bänder mit Subluxation des Subtalargelenkes. Der Kalkaneus wird nach anterior gedrückt, wobei er klassischerweise nach medial disloziert. Der Taluskörper geht

in Richtung Equinus, und der Taluskopf wird dorsal des Halses disloziert. Bei fortgeführter Kraft werden die posterioren Bandverbindungen zur Sprunggelenksfraktur gedrückt und der Talus wird nach posteriomedial disloziert. Sneppen und Buhl beschreiben 26 Talushalsfrakturen bei einer Gruppe von 1806 Sprunggelenksfrakturen und fanden die Supinationskraft als die am häufigsten mit diesen kombinierten Verletzungen assoziierte Krafteinwirkung. Diese Ergebnisse werden auch von anderen Autoren geteilt.

Diagnostik

Klinische Untersuchung

Während der klinischen Untersuchung können Frakturdislokation und mögliche Luxationen durch die rasch einsetzende Schwellung maskiert werden. Dies macht die Palpation der Fraktur unmöglich. Bei Frakturen mit Extrusion des Taluskörpers wird die darüber liegende Haut häufig so überdehnt, dass sie schnell nekrotisch wird. Die neurovaskulären Strukturen werden normalerweise von schweren Verletzungen verschont. Trotzdem kann der Weichteilschaden erheblich sein und ein Kompartmentsyndrom am Unterschenkel oder Fuß kann sich entwickeln. - Inspektion (Schwellung), Palpation inkl. Prüfung der Gelenkstabilität, Prüfung der Durchblutung, Motorik und Sensibilität. Beim Verdacht auf ein Kompartmentsyndrom sollte eine Fußkompartmentsdruckmessung durchgeführt werden (z. B. mit einem Intracompartmental Permanent Pressure Monitoring System, Stryker™ Corporation, Santa Clara, CA, USA). Bei einer Druckdifferenz von weniger als 30 mmHg zwischen dem diastolischen Blutdruck und dem Druck im Kompartiment sollte eine Faszien-spaltung erfolgen.

Der Ausschluss von Begleitfrakturen ist wichtig (Abb. 1).

Radiologische Untersuchung

Das Vorliegen einer Talushalsfraktur wird normalerweise einfach im anteroposteriorem (AP) und vor allem im lateralen Strahlengang erkannt. Die seitliche Ebene zeigt die Dislokation der Halsfraktur und die Inkongruenz von OSG, Subtalargelenk oder des Talonavikulargelenkes (Abb. 1). Varus oder Valgusstellung des Talushalses sind in der normalen AP-Ebene oft schwierig zu sehen.



Abb. 1 Talushalsfraktur Typ Hawkins III mit inkompletter Taluskopffraktur bei einer OSG Fraktur. Oben: laterale Aufnahme des dislozierten Talus mit OSG und Subtalargelenk. Unten: CT nach geschlossener Reposition.

Da Varusfehlstellungen häufig vorkommen, wurde von Canale und Kelly eine modifizierte AP-Röntgeneinstellung zur besseren Darstellung des Alignments des Talushalses in der Transversalebene beschrieben. Hierbei wird eine Röntgenkassette unter die Füße gelegt. Der Fuß ist im OSG maximal plantarflektiert und um 15 Grad proniert. Der Zentralstrahl trifft in 75 Grad auf die Kassette. Diese Einstellung ist sehr hilfreich für die Darstellung des Varus/Valgusalignment nach der Frakturereposition.

Bei vorliegender Talusfraktur ist eine Computertomografie zur genaueren Analyse der Fraktur dringend indiziert (Abb. 1).

Klassifikation

Alle Klassifikationen unterscheiden die sog. zentralen Talusfrakturen, die Taluskopf, -hals oder -körper betreffen, von den sog. peripheren Frakturen: Diese betreffen den Proc. lateralis („Snowboard ankle“) und den Proc. posterior oder sind Abscherbrüche an Talusdom oder -kopf.

Hawkins beschrieb 1970 eine Klassifikation von Talushalsfrakturen (Abb. 2). Sie basiert auf dem Ausmaß der Dislokation des Talushalses und der Kongruenz vom Subtalargelenk und oberen Sprunggelenk.

Typ	Hawkins	Weber & Marti	Gelenke
I			0
II			1
III			2
IV			3

Eine Hawkins-I-Fraktur ist einer vertikal verlaufende, nicht dislozierte Fraktur des Halses. Theoretisch zerreißen bei dieser Fraktur nur die Blutgefäße, die von dorso-lateral den Talushals erreichen.

Bei einer Hawkins-II-Fraktur ist der Talushals disloziert und als Ergebnis das Subtalargelenk subluxiert oder komplett luxiert (**Abb. 2**). Bei dieser Frakturart wird die Gefäßversorgung von dorso-lateral, vom Sinus tarsi und Tarsaltunnel unterbrochen.

Bei einer Hawkins-III-Fraktur, die durch OSG- und Subtalargelenksluxationen gekennzeichnet wird, steht der Taluskörper typischerweise nach posteromedial zwischen der posterioren Fläche der Tibia und der Achillessehne (**Abb. 1** und **2**). Aufgrund der Schwere der Verletzung sind Hawkins-III-Frakturen häufig offene Frakturen. Als zusätzliche Verletzung sind Frakturen des Innenknöchels häufig. Canale und Kelly erweiterten die ursprüngliche Hawkins-Talusfrakturklassifikation. Sie definierten eine Talushalsfraktur mit Luxation

aus dem OSG, Subtalargelenk und Talonaviculargelenk als Hawkins-IV-Fraktur. Die Blutversorgung des Taluskörpers ist dabei abgetrennt und nur der Taluskopf hat eventuell noch eine minimale Blutversorgung.

Marti und Weber unterscheiden 4 deskriptive Typen der peripheren und zentralen Frakturen. Die modifizierte Klassifikation (**Abb. 2**) umfasst die zentralen Talushals- und Taluskörper-Luxationsfrakturen unter Berücksichtigung der numerisch beteiligten Gelenkebenen (OSG/USG/Chopart). Damit lassen sich Schweregrad, potenzielle Nekroserate und posttraumatische Arthrosehäufigkeit am ehesten prospektiv beurteilen (siehe Prognose).

Behandlung

Obwohl die Behandlung dieser Frakturen von der Klassifikation abhängt ist das allgemeine Behandlungsziel die schnelle anatomische Reposition, um die Kongruenz des OSG und Subtalargelenkes wiederherzustellen und das Risiko

Abb. 2 Klassifikation nach Hawkins von Talushals- und -körperfrakturen unter Berücksichtigung der betroffenen Gelenke.

ko der avaskulären Nekrose durch Optimierung der verbleibenden Blutversorgung zu reduzieren. Diese Frakturen sind relativ selten, sodass sie von einzelnen Behandlern häufig nicht gesehen werden.

Nichtoperative Therapie

Die nichtoperative Behandlung ist angezeigt bei allen nicht dislozierten Frakturen. Diese Brüche sind entweder Gelenkfrakturen (Talusrolle, Taluskopf, Proc. lateralis) oder sie betreffen den Gleitweg vorbeiziehender Sehnen (Proc. posterior). Deshalb muss die tatsächliche Fragmentdislokation durch qualitativ einwandfreie CT-Aufnahmen, exakt beurteilbar sein und sorgfältig kontrolliert werden. Zur nichtoperativen Therapie dieser Brüche wird die verletzte Extremität zunächst durch eine Unterschenkelgipschiene ruhig gestellt, die nach Abschwellung in einen zirkulären Unterschenkelgips umgewandelt wird. Nach 4 Wochen erfolgt der Wechsel auf einen Unterschenkelgehgips mit gut anmodellierter Sohle, nach insgesamt 8 Wochen die Freigabe des Beins.

Die Therapie der zentralen Frakturen ohne begleitende Gelenksluxationen hängt davon ab, ob diese Brüche mit einer Einstauchung einhergehen. In diesen Fällen ist eine operative Aufrichtung mit Spongiosaunterfütterung und Osteosynthese angezeigt. Alle anderen Fälle können nichtoperativ behandelt werden. Die Anhänger einer äußeren Ruhigstellung auch aller Hawkins-I-Verletzungen empfehlen ebenfalls das für die peripheren Brüche angegebene Schema. Anhänger der funktionellen Behandlung erlauben nach initialer Ruhigstellung im Gipsverband für einige Tage den dann gipsfreien Sohlenkontakt für 8 Wochen. Anhänger der operativen Behandlung verschrauben auch Hawkins-I-Frakturen mit aufgeschobener Dringlichkeit und möglichst minimalinvasiv.

Operative Behandlung

Alle Frakturformen, die geschlossen nicht reponibel, nicht retinierbar oder mit Gelenkverwerfungen bzw. relevanter Verkürzung der lateralen/medialen Fußsäule einhergehen, sollten, sofern keine allgemeinen oder lokalen Kontraindikationen bestehen, mit offener Reposition und interner Fixation mit Schrauben und K-Drähten behandelt werden. Die operative Behandlung wird im Folgenden, um eine optimale Über-



Abb. 3 Medialer Zugang zum Talushals. Gestrichelte Linie: Inzision; T.P.: M.-tibialis-posterior-Sehne; N: Os naviculare; IK: Malleolus medialis. Stichinzisionen nach Einbringen eines Tibianagels.

sicht zu gewährleisten, in Form einer Checkliste dargestellt.

Anästhesie

- Regionalanästhesie (spinal/epidural/popliteal) oder „Vollnarkose“
- Antibiotikaphylaxe je nach häuslichem Standard (z.B. Cephalosporine 3. Generation).

Tisch und OP-Set

- 3,5-mm-Kortikalisschrauben und Spongiaschrauben mit Stahl- oder Titaniumlegierung
- Standardosteosyntheset, je nach internem Standard
- Röntgentisch
- Röntgengerät
- Karbontisch und dreidimensionales Röntgengerät wenn verfügbar (z.B. ARCADIS, Siemens AG, Erlangen).

Tisch Setting

- Instrumente stehen am Fußende des Tisches
- Röntgengerät sollte auf der kontralateralen Seite zur Verfügung stehen.

Patientenlagerung

- Rückenlage
- Blutsperrung wird nicht empfohlen, da hohes Risiko einer ischämischen Wundnekrose.

Abdeckung

- Reinigung/steriles Abwaschen des Unterschenkels und des ganzen Fußes mit Desinfektionslösung, wobei eine

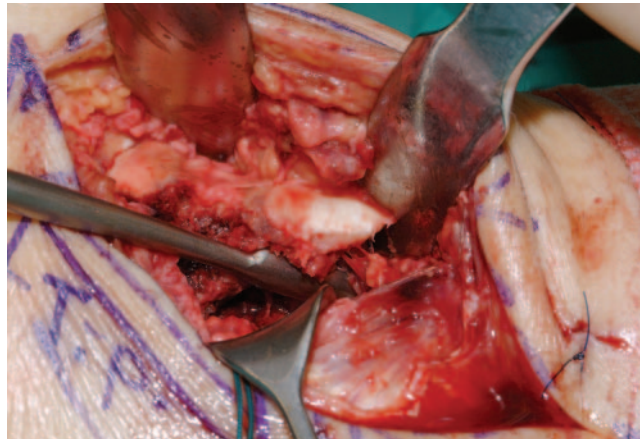


Abb. 4 Medialer Zugang bei Talushalsfraktur (Hawkins III). Fraktur wurde zur Spülung des Operationsfeldes mit einem Raspatorium verschoben.

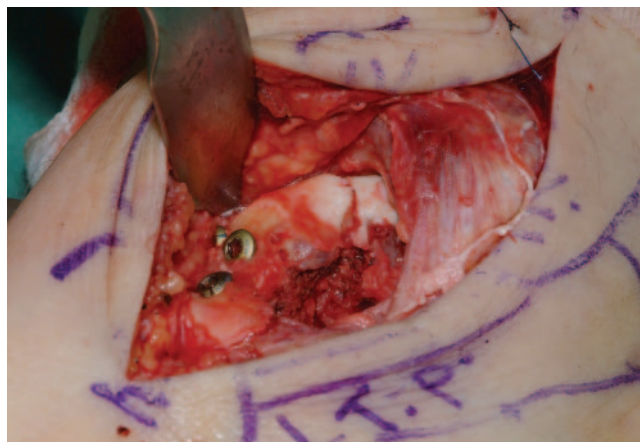


Abb. 5 Medialer Zugang bei Talushalsfraktur (Hawkins III). Fraktur nach offener Reposition und interner Fixation mit zwei 3,5-mm-Vollgewindeschrauben (Schrauben oben). Eine Schraube wurde zur Fixation der Taluskopf- und Talushalsfraktur eingebracht (Schraube unten).

- gründliche Reinigung interdigital erfolgen sollte
- Steriles Abdecken ab der Mitte des Unterschenkels, zwischen Knie und Sprunggelenk
- Tape um den Vorfuß, um das Risiko einer Infektion zu minimieren.

Operativer Zugang

Bei den meisten Talusfrakturen ist der mediale Zugang Standard (**Abb. 3** bis **5**). Ein kombinierter medialer und lateraler Zugang sollte gewählt werden, wenn die Reposition und interne Fixation über den medialen Zugang nicht möglich ist.

- Der mediale Zugang (**Abb. 3** bis **5**) sollte vom anterioren Teil des medialen Innenknöchels bis zum dorsalen Teil der Tuberositas ossis navicularis verlaufen (**Abb. 3**). Der Hautschnitt ist in die Tiefe bis zum Knochen zu führen, genau bis zur Sehne des M. tibialis posterior. Eine Durchtrennung des Lig. deltoideum sollte nicht erfolgen, da es den Ramus deltoideus der A. tibialis posterior zur Versorgung

des mittleren Taluskörpers mit sich führen kann.

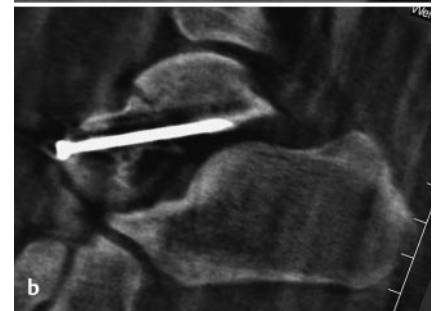
- Für die Versorgung von Taluskörperfrakturen kann eine Innenknöchelosteotomie nötig sein.
- Innerhalb der Inzision sollte die Fraktur dargestellt, eine Hämatomausräumung erfolgen und die Fraktur mobilisiert werden (**Abb. 4** und **5**).
- Schonung der dorsalen oder plantaren Weichteile vom Talushals
- Der laterale Zugang (**Abb. 6**) liegt an der vorderen Begrenzung der Fibulaspitze und verläuft in den Hautspaltlinien. Im zentralen Zugangsbereich verläuft das Lig. fibulotalare ant. und an der dorsalen Begrenzung des Zugangs der N. suralis.
- Innerhalb der Inzision(-en) sollte die Fraktur dargestellt, eine Hämatomausräumung erfolgen und die Fraktur mobilisiert werden (**Abb. 4** und **6**).
- Schonung der dorsalen oder plantaren Weichteile.

Reposition und interne Fixation

Die Fraktur sollte unter Sichtkontrolle reponiert werden.



Abb. 6 Lateraler Zugang mit Talushalsfraktur; anderer Fall wie **Abb. 3–5** und **7**, selber Fall wie **Abb. 8**.



- Ausschluss von Frakturfragmenten am medialen Talushals, da dadurch am lateralen Talushals eine Varusfehlstellung und damit eine Höhendifferenz oder Lücke auf der Frakturseite verbleiben kann. Um eine adäquate Wiederherstellung zu erreichen sollte deshalb, nach provisorischer Reposition, eine temporäre Stabilisierung mit 2,0-mm-K-Drähten erfolgen.
- Nach der provisorischen Drahtstabilisierung sollte eine Varus- oder Supinationsfehlstellung des Fußes ausgeschlossen werden.
- Intraoperative Kontrolle des Repositionsergebnisses durch laterale, anteroposteriore und kanale Aufnahmen.
- Nach adäquater Reposition sollte mit Schrauben eine definitive Fixation erfolgen.
- Mehrfachfragmente sind an der medialen Seite häufig. Jedoch sollte hier keine Fixation durch eine Zugschraube erfolgen, da dadurch eine Varusstellung entstehen könnte. Eine harte Kortikalis entlang des dorsal gelegenen Sinus tarsi erlaubt eine sehr gute Fixation von Schrauben, sodass mindestens zwei Schrauben vom medialen Talushals quer zur Frakturseite eingebracht werden können (**Abb. 6** und **7**).
- Titanschrauben lassen postoperativ ein MRT zum Ausschluss einer avaskulären Nekrose zu. Es können auch Stahlschrauben eingesetzt werden, jedoch muss hier bei einem MRT mit Signalstörungen in der Nähe der Schrauben gerechnet werden, die die Darstellung von Teilen des Talus verhindern könnten.
- Liegt eine Fraktur am distalen Talushals vor, so sollten die Schrauben im Taluskopf versenkt werden. Als Alternative können zur Fixation Poly(lactic

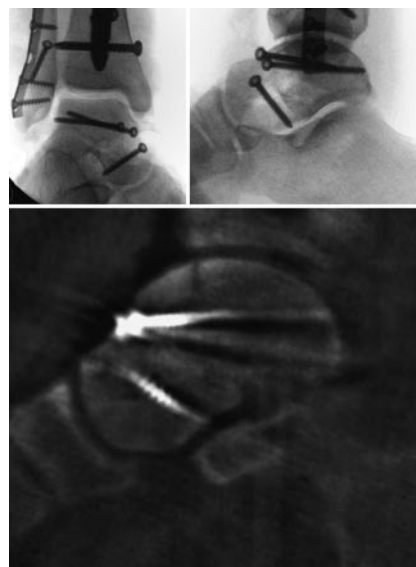


Abb. 7 Talushalsfraktur (Hawkins III) und Taluskopffraktur. Fraktur nach offener Reposition und interner Fixation mit zwei 3,5-mm-Vollgewindeschrauben (Schrauben oben). Eine Schraube wurde zur Fixation der Taluskopffraktur eingebracht (Schraube unten). Versorgung einer Begleitfraktur der Tibia mit einem Tibianagel und der Fibula mit Plattenosteosynthese. Unten Darstellung mit einem Röntgengerät für dreidimensionale Aufnahmen (ISO-C-3D bzw. ARCADIS, Siemens AG, Erlangen).

Acid (PLA), bioabsorbierbare Schrauben (Bionix Implants, Inc., Blue Beil, Pennsylvania, USA), Herbert-Schrauben (Zimmer Corp., Warsaw, Illinois, USA), oder Acutrak-Schrauben (Acumed, Beaverton, Oregon, USA) in anteroposteriorer Richtung eingebracht werden. Obwohl bei einem posterolateralen Zugang die Platzierung der Schrauben von der Tuberositas posterior zum Taluskopf zu einer hohen Stabilität der Fraktur führt, ist die Re-

Abb. 8a bis c Korrektur einer intraartikulären Schraube im Subtalargelenk. Intraoperative Aufnahmen mit einem Röntgengerät für dreidimensionale Aufnahmen (ISO-C-3D bzw. ARCADIS, Siemens AG, Erlangen). **a** Bild des Röntgenbildverstärkers. **b** Parasagittale Reformation aus ARCADIS-Scan desselben Zustands wie in **a** mit jetzt erkennbar intraartikulär gelegener Schraubenspitze. **c** Zweiter ARCADIS-Scan nach Korrektur der Schraubelage mit nicht mehr intraartikulärer Lage.

position bei diesem Zugang eine Herausforderung.

- Die intraoperative Bildgebung erfolgt in den oben beschriebenen Standardebenen und wenn möglich mit einem Röntgengerät für dreidimensionale Aufnahmen (z.B. ARCADIS, Siemens AG, Erlangen, **Abb. 7** und **8**).

Wundverschluss

- Gründliche Spülung und Blutstillung
- Einlage einer Redon-Drainage (12 F) und Adaptation der subkutanen Faszie (2.0 PDS/Vicryl)
- Hautverschluss mit Stapler oder monofilament, nichtabsorbierbarem Nahtmaterial
- Anlage eines Unterschenkelspaltgipses.

Postoperative Versorgung

- Entfernung der Redon-Drainage nach 48 Stunden
- Frühfunktionelle Teilbelastung mit 15 kg und Physiotherapie.

Kontrolluntersuchungen

- Wiedervorstellung nach 6 und 12 Wochen mit Röntgenkontrolle
- Nach Röntgenkontrolle nach 6 Wochen Übergang zur Vollbelastung
- Nach klinischer und radiologischer Dokumentation eines guten Heilungsprozesses muss eine weitere Nachuntersuchung nur auf Bitte um Wiedervorstellung durch einen niedergelassenen Chirurgen erfolgen
- Wiedervorstellung mit Röntgenbildern nach 1 Jahr zum Ausschluss einer Taluskopfnekrose.

Nachbehandlung

Wenn immer möglich, sollte diese frühfunktionell mit passiver OSG-Bewegungsschiene und unter aktiver Krankengymnastik mit Teilbelastung des Fußes von 15 kg erfolgen.

Die Vollbelastung ist je nach Frakturtyp in der Regel nach 2–6 Wochen möglich.

Bei Trümmerfrakturen ist je nach Rekonstruierbarkeit die frühsekundäre USG- oder OSG/USG-Arthrodesese anzustreben. Bei gut rekonstruiertem Talus und großer Wahrscheinlichkeit einer Talusnekrose (Typ IV) kann ein Allgöwer-Apparat für 6–2 Monate empfohlen werden, um eine Revaskularisierung ohne sekundäre Deformation zu ermöglichen. Ein Beweis für die Notwendigkeit einer Entlastung über die 12. Woche hinaus besteht jedoch nicht.

Komplikationen

Die häufigste und in der Regel schicksalhafte Komplikation stellt die partielle oder totale Talusnekrose dar, die nach der Literatur entsprechend der erweiterten Hawkins-Klassifikation und der Marti-und-Weber-Einteilung beim Typ I 0–3%, beim Typ II 0–20%, beim Typ III 20–100% und beim Typ IV 50–100% beträgt.

Bei Hawkins-III- und -IV-Frakturen wird die Blutzufuhr des Talus mit der Ausnahme der deltoidalen Äste, die durch die Dislokation oder Rotation des Talus abknicken können, komplett zerstört.

Prognose

Die höheren Grade der Klassifikation folgen einem größeren Trauma und einer schlechteren Langzeitprognose.

Die Prognose einer zentralen Talusfraktur ist direkt abhängig vom Frakturtyp, d.h. vom Luxationsgrad, dem Ausmaß der direkten Taluszerstörung, der Gelenkbeteiligung, vom primär begleitenden Weichteilschaden und vom sekundären chirurgienbezogenen Trauma (frustrantes geschlossenes oder insuffizientes offenes Vorgehen). Hawkins-I-Frakturen haben die beste Prognose und heilen normalerweise ohne Verzögerung. Nach Zwipps Analyse sind vor allem Frühkomplikationen im Sinne der aseptischen/septischen Talusnekrose von den vorgenannten Kriterien abhängig, posttraumatische Arthrosen, vor allem jedoch vom Frakturtyp allein. So ist beim Typ IV mit einer 3-Gelenk-Beteiligung trotz guter Rekonstruktion in jedem 7. Fall mit einer konsekutiven Arthrose des OSG/USG zu rechnen.

Für den postoperativen Verlauf hinsichtlich einer Talusnekrose erscheint das sog. Hawkinszeichen von großer Bedeutung, da es bei subchondraler Demineralisation nach ca. 3 Wochen eine verbliebene Durchblutung des Talus anzeigt. Die Knochenszintigrafie hat sich zu dieser Fragestellung nicht bewährt, das MR ist bei liegenden Implantaten in der Regel nicht beurteilbar, weswegen in jüngster Zeit Titanschrauben verwendet werden (s.o.). Zur Vitalitätsanalyse des Talus ist die PET-CT (Positronen-Emissionstomografie) kombiniert mit Computertomografie am besten geeignet.

Schlussfolgerung

Talusfrakturen gehören zu den seltenen Fußfrakturen, führen aber potenziell zu schweren Komplikationen. Alle dislozierten Talusfrakturen stellen eine absolute Operationsindikation dar. Die anatomische Reposition der Gelenkflächen und der Talusform und die Stabilisierung mit Zugschrauben stellt meistens die Methode der Wahl dar.

Literatur

- ¹ Adelaar RS. The treatment of complex fractures of the talus. *Orthop Clin North Am* 1989; 20: 691–707
- ² Attiah M, Sanders DW, Valdivia G, Cooper I, Ferreira L, MacLeod MD, Johnson JA. Comminuted talar neck fractures: a mechanical comparison of fixation techniques. *J Orthop Trauma* 2007; 21: 47–51
- ³ Berlet GC, Lee TH, Massa EG. Talar neck fractures. *Orthop Clin North Am* 2001; 32: 53–64
- ⁴ Canale ST, Kelly FB Jr. Fractures of the neck of the talus. Long-term evaluation of seventy-one cases. *J Bone Joint Surg [Am]* 1978; 60: 143–156
- ⁵ Ebraheim NA, Mekhail AO, Salpietro BJ, Mermer MJ, Jackson WT. Talar neck fractures: anatomic considerations for posterior screw application. *Foot Ankle Int* 1996; 17: 541–547
- ⁶ Hawkins LG. Fractures of the neck of the talus. *J Bone Joint Surg [Am]* 1970; 52: 991–1002
- ⁷ Pennal GF. Fractures of the talus. *Clin Orthop* 1963; 30: 53–63
- ⁸ Rammelt S, Winkler J, Grass R, Zwipp H. Reconstruction after talar fractures. *Foot Ankle Clin* 2006; 11: 61–84
- ⁹ Rammelt S, Winkler J, Heineck J, Zwipp H. Anatomical reconstruction of malunited talar fractures: a prospective study of 10 patients followed for 4 years. *Acta Orthop* 2005; 76: 588–596
- ¹⁰ Thordarson DB. Talar body fractures. *Orthop Clin North Am* 2001; 32: 65–77

Prof. Dr. med. Martinus Richter

■ Tätigkeit?

■ Zech

■ Tätigkeit?

II. Chirurgische Klinik (Unfallchirurgie, Orthopädie und Fußchirurgie)
Klinikum Coburg
Ketschendorfer Straße 33
96450 Coburg

■ Autoren: Bitte Zuordnung Abbildungen sowie Legenden **Abb. 7** und **8** prüfen