

Enkelinstabiliteit

De enkel bestaat uit twee gewrichten. Het bovenste sprong gewricht bevindt zich tussen het onderbeen (tibia), kuitbeen (fibula) en sprongbeen (talus). Het onderste spronggewricht of subtalaire gewricht bevindt zich tussen het sprongbeen (talus) en hielbeen (calcaneus).

Instabiliteit van de enkel is het gevolg van een ernstige of van herhaaldelijke enkelverstuikingen. Patiënten die een enkelverstuiking doormaken kunnen hiervan volledig genezen mits een adequate behandeling tijdig gestart wordt onder vorm van kortdurende immobilisatie met aansluitend kinesitherapie. Echter, bij een klein groep van patiënten is er toch een evolutie naar een chronische enkelinstabiliteit.

Meest frequent is de instabiliteit van de buitenenkel. Er zijn 3 gewrichtsbanden die normaal de buitenenkel stabiliseren: het voorste talofibulaire ligament, het fibulo-calcanaire ligament en het achterste talofibulaire ligament. Door scheuren van deze ligamenten die onvoldoende helen kan de enkel onstabiel worden. De instabiliteit kan ook voortkomen uit slechte neuromusculaire functie of ten gevolge van laxiteit van de ligamenten rond de enkel.

Mensen met een varus standafwijking van de achtervoet(hielbeen gekanteld naar binnen), holvoeten of algemene laxiteit, spierzwakte en neurologische afwijkingen hebben een hogere risico om enkelinstabiliteit te ontwikkelen.

De patiënt heeft last van frequente verstuikingen in het dagelijks leven of bij het sporten. Kleine oneffenheden zijn soms voldoende om de enkel te verstuiken. Door de herhaaldelijke verstuikingen kan pijn aanwezig zijn ter hoogte van de gewrichtsbanden.

Wanneer er kraakbeenletsels zijn ontstaan, is het enkelgewricht pijnlijk bij beweging en vooral bij belasting.

De diagnose wordt gesteld door de vragen en het vooral het klinisch onderzoek van uw arts, vooral het stabiliteitsonderzoek. Een radiografie wordt verricht, eventueel inclusief zogenaamde stressopnames ter evaluatie van de stabiliteit.

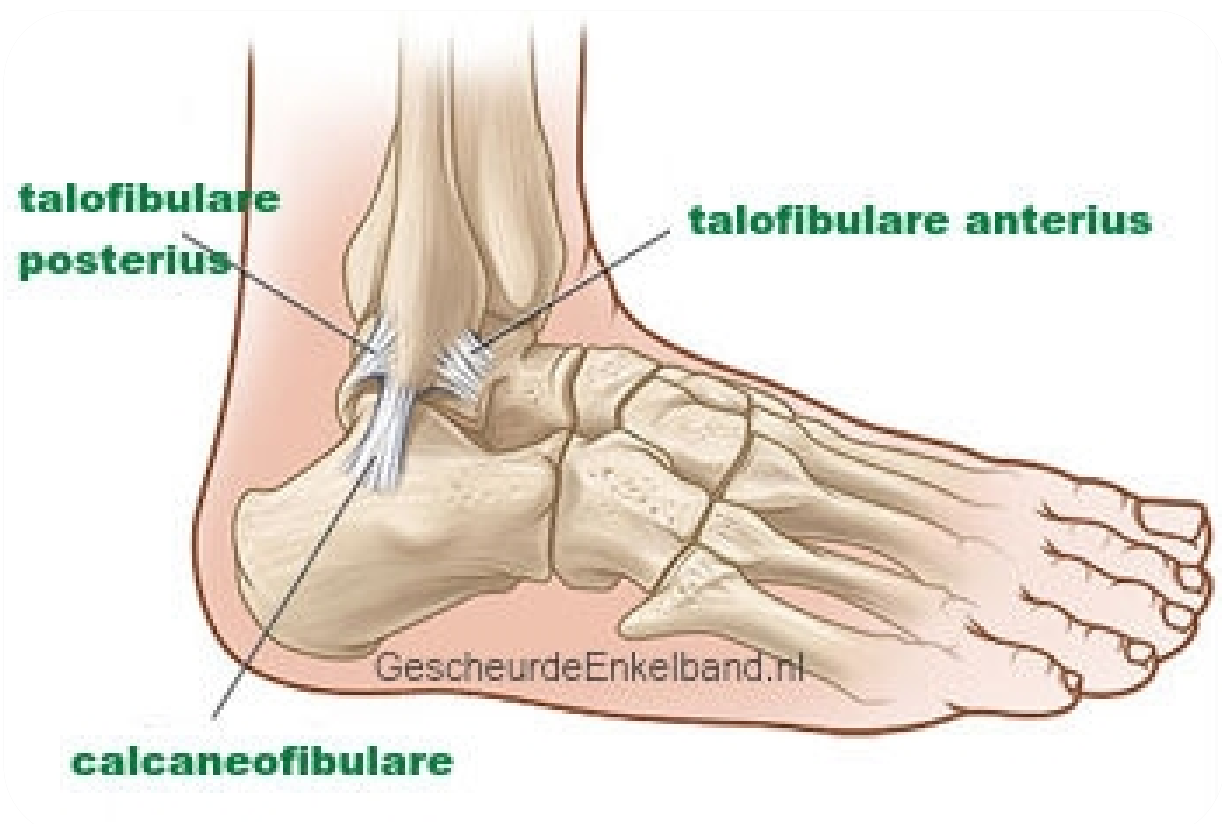
MR- onderzoeken zijn zinvol wanneer men andere letsels vermoed of wil uitsluiten bijvoorbeeld kraakbeenletsels.



Behandeling

In acute situaties is het meestal weinig zinvol om enkelbanden te gaan hechten, tenzij er andere chirurgie zoals het behandelen van een fractuur noodzakelijk is. Bij een acute enkelverstuiking dient vooral de nadruk gelegd te worden op een snelle actieve revalidatie door middel van kinesitherapie, ontstekingsremmers, ijsapplicaties, evt bracing en ontzwellende therapie. Vaak wordt de enkel in het begin kortstondig geïmmobiliseerd omwille van een te uitgebreide zwelling die eerst dient af te nemen.

bij persisterende klachten ondanks de conservatieve behandelingen kan patient eventueel in aanmerking komen voor een operatieve stabilisatie van de enkel. Er bestaan diverse operatieve technieken ter versterking van de stabiliteit van de enkel. Echter, het type van de ingreep is afhankelijk van een aantal factoren zoals eventuele voorgaande ingrepen, medische voorgeschiedenis, klinische en radiologische factoren.



Via artroskopie of kijkoperatie (een minimaal-invasieve operatie) wordt het enkelgewricht inwendig beoordeeld en behandeld. Door het maken van twee kleine incisies aan meestal de voorzijde worden een camera en hulpinstrumenten ingebracht. Via deze toegang kan inwendig de voorzijde van het enkelgewricht worden schoongemaakt. Littekenweefsel, verklevingen, geïrriteerd slijmvlies en verdikt gewrichtskapsel kan worden verwijderd.

Vervolgens wordt via een snee aan de buitenzijde van de enkel de gescheurde of insufficiënte buitenste ligamenten gehechten en verstevigd. Hierbij wordt meestal gebruik gemaakt van botankers om de ligamenten aan te trekken en op te hechten op het bot. Nadien wordt meestal kortdurend een gips aangelegd.

Risico's en mogelijke alternatieven

Bij iedere ingreep bestaat er een kans op complicaties. Zo zijn er ook bij deze ingreep de normale risico's op complicaties bij een operatie, zoals nabloedingen, zwelling, trombose en infecties.

Mogelijke complicaties zoals infectie, wondprobleem, zenuwletsels, ... komen slechts zelden voor (<1%).

Resultaat en kans op succes

Uit onderzoek is gebleken dat gemiddeld genomen ongeveer 80- 90% van de patiënten tevreden is met het eindresultaat.

Vorbereiding

In geval van een operatieve ingreep:

- Dient u nuchter te zijn, dit wil zeggen niet eten of drinken gedurende 6uur voorafgaand aan de heerkundige ingreep.
- Roken is ook niet toegestaan.
- Preoperatieve onderzoeken (indien nodig) worden vooraf door de huisarts of in het ziekenhuis uitgevoerd.
- Het is belangrijk dat u bepaalde individuele informatie zoals diabetes, allergieën, het gebruik van bloedverdunnende medicatie, e.a., op voorhand meldt aan uw behandelend arts, maar zeker ook aan de verpleegkundige bij opname in de dagkliniek.
- U haalt op tijd krukken in huis, die u op de dag van de operatie meebrengt naar het ziekenhuis. Dit kunt u onder andere regelen via uw ziekenfonds of een thuiszorgwinkel.
- Was de dag van de ingreep de operatiestreek grondig.
- Draag losse, gemakkelijke kledij die u na de ingreep over het verband kunt trekken.

Nazorg

- Na de ingreep krijgt u een gipsatelle gedurende 2 weken waarop u niet mag steunen.
- Gedurende de gipsperiode is trombose profylaxe nodig. Dat wil zeggen dat u iedere dag een kleine injectie krijgt ter voorkoming van trombose (het vormen van bloedstolsels in het onderbeen. Een controleafspraak wordt gepland 2 weken na de operatie. Hierbij worden de hechtingen verwijderd. Vanaf dit moment mag u beginnen steunen, weliswaar met behulp van een beschermende brace of walking boot.
- Ook zal er gestart worden met mobilisatieoefeningen onder begeleiding van een kinesist.
- Totale revalidatie draagt gemakkelijk 3 tot 4 maanden na dergelijke ingreep, alvorens het sporten kan hervat worden.

Contactgegevens Dienst Orthopedie

Campus Aalst

Moorselbaan 164 - 9300 Aalst

Tel: 053 72 43 75

Fax: 053 72 46 46

Orthopedie.Aalst@olvz-aalst.be

Campus Asse

Bloklaan 5 - 1730 Asse

Tel: 02 300 63 30

Orthopedie.Asse@olvz-aalst.be

Campus Ninove

Biezenstraat 2 - 9400 Ninove

Tel: 054 31 20 60

Fax: 054 31 20 59

Orthopedie.Ninove@olvz-aalst.be

Disclaimer

De informatie in deze brochure is van algemene aard en is bedoeld om u een globaal beeld te geven van de zorg en voorlichting die u kunt verwachten. In iedere situatie, en dus ook de uwe, kunnen andere adviezen of procedures van toepassing zijn. Deze brochure vervangt dus niet de informatie die u van uw behandelend arts reeds kreeg en die rekening houdt met uw specifieke toestand. Zijn er na het lezen van deze brochure nog vragen schrijf deze eventueel op en bespreek ze in ieder geval met uw behandelend arts.

Versie 03/05/2019

Goedgekeurd door dokter Wahid Rezaie