**Syndesmoseletsel**

Key-points

* Syndesmoseletsel is veelal ernstig en geassocieerd met ander letsel.
* De mate van stabiliteit bepaalt de keuze tussen conservatief of operatief beleid.
* Return to play is gemiddeld langer dan bij geïsoleerd lateraal bandletsel.

Achtergrond

Feitelijk is de syndesmose het gewricht tussen de distale tibia en fibula, maar de term syndesmoseletsel (‘high ankle sprain’) is gereserveerd voor letsel van de ligamenten van de syndesmose. Deze bestaat uit het anterieure tibiofibulaire ligament (AITFL), het posterieure tibiofibulaire ligament (PITFL) en het interosseuze ligament (IOL). De syndesmose is essentieel voor de stabiliteit van de enkelvork, met name bij lopen. Bij circa 11-18% van de enkeldistorsies is er sprake van syndesmoseletsel. Meest voorkomend traumamechanisme is pronatie-exorotatie bij axiale belasting, minder vaak betreft het een hyperdorsaalflexie moment. Voetballers, American football spelers en skiërs hebben een hoger risico op syndesmoseletsels. Geïsoleerd syndesmoseletsel is zeldzaam. De ernst van het ligamentaire letsel wordt als volgt gegradeerd:

- Graad-I: overrekt of partieel geruptureerd AITFL, geen instabiliteit.

- Graad-II: volledige ruptuur AITFL en overrekt of partieel geruptureerd IOL, enige instabiliteit.

- Graad-III: volledige ruptuur AITFL+PITFL+IOL, instabiel.

Bijkomend letsel is frequent aanwezig, met name fracturen van de malleoli of letsel van het ligamentum deltoideum. De aanwezigheid van een hoge fibula fractuur (Maisonneuve fractuur) is sterk verdacht voor syndesmoseletsel. Syndesmoseletsel is geassocieerd met langdurige pijn, invaliditeit en een verlengde tijd tot return to play (RTP; 2x zo lang als geïsoleerd lateraal bandletsel).

Work-up

Bepaling van het traumamechanisme is belangrijk om inzicht te krijgen in de potentiële omvang van het letsel. In de acute setting is onderscheid met lateraal bandletsel lastig, aangezien 40% van de patiënten met een geïsoleerde ruptuur van de laterale ligamenten klaagt over pijn over de syndesmose (berustend op een anterieure kapselscheur in plaats van syndesmoseletsel). Patiënten met syndesmoseletsel rapporteren persisterende (hoge) enkelpijn, waarbij met name afzetten en lopen op oneffen grond pijnlijk is. Range of motion (ROM) is beperkt en (eindstandige) dorsaalflexie is pijnlijk. De hoogte van de drukpijn over de anterieure syndesmose is gecorreleerd aan de ernst van het syndesmoseletsel en de tijd tot RTP. Er bestaan verschillende syndesmose (stress) testen, maar géén enkele is voldoende in staat om syndesmoseletsel accuraat te voorspellen. Aangeraden klinische testen in het meest recente consensus statement zijn palpatiepijn over de syndesmose, de fibulaire translatie test en de Cotton test. Bij klinische verdenking op syndesmoseletsel dient aanvullende diagnostiek verricht te worden. Röntgenfoto’s zijn essentieel om eventuele bijkomende fracturen uit te sluiten. MRI heeft een sensitiviteit en specificiteit van 93-100% voor ligamentair syndesmoseletsel en is derhalve onderzoek van voorkeur.

Behandeling

De acute behandeling van syndesmoseletsels is conform lateraal bandletsel [(POLICE)](https://www.sportmedischnetwerk.nl/lateraal-bandletsel/). Graad-I letsels worden conservatief behandeld; 1-3 weken onbelaste immobilisatie in gips of Walker, alhoewel kortere periodes in professionele sporters beschreven zijn. Nadien geleidelijke opbouw van belasting en revalidatie zoals onder beschreven. De behandeling van graad-II letsels hangt af van de stabiliteit, welke met lichamelijk onderzoek en MRI bepaald kan worden. Bij twijfel wordt onderzoek onder narcose en arthroscopische inspectie aangeraden. De behandeling van stabiele graad-II letsels (IIa) is zoals graad-1 met langere perioden van onbelaste en opbouwende belasting. De behandeling van instabiele graad-II letsels (IIb) en graad-III letsels is operatief. De syndesmose wordt gestabiliseerd met schroeven of Tightropes®, waarbij de laatste techniek als voordeel heeft dat het osteosynthesemateriaal niet meer verwijderd hoeft te worden. Eventuele bijkomende fracturen en/of mediaal dan wel lateraal bandletsel dient vooraf gefixeerd te worden. De postoperatieve fase is afhankelijk van het bijkomend letsel, maar bestaat bij geïsoleerd syndesmoseletsel uit 2 weken onbelast gips, waarna belasting opgebouwd kan worden in 2 weken in combinatie met oefentherapie.

Nabehandeling / sporthervatting

Vroege ROM-oefeningen zijn belangrijk, waarbij eindstandige dorsaalflexie initieel nog wel beperkt moet worden met tape en aanpassing van oefenposities. Oefentherapie bestaat verder uit progressieve proprioceptie- en krachttraining. Bij uitblijven van pijn en zwelling kan de revalidatie uitgebreid worden naar sport-specifieke oefeningen, waarbij snelheid, intensiteit en dynamiek langzaam opgevoerd wordt. Een brace of tape wordt veelal gebruikt om de enkel te ondersteunen. RTP is toegestaan als de patiënt 30 seconden pijnvrij kan hinkelen op het aangedane been. Verder moeten sport specifieke oefeningen technisch goed en pijnvrij uitgevoerd kunnen worden. RTP voor graad-I en graad IIa letsels is 6-8 weken, voor graad IIb letsels 8-10 weken en voor graad-III letsels 10-14 weken.

[Literatuur](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26725452)

* Calder JD et al. Stable Versus Unstable Grade II High Ankle Sprains: A Prospective Study Predicting the Need for Surgical Stabilization and Time to Return to Sports. Arthroscopy 2016;32:634-642
* [McCollum GA et al. Syndesmosis and deltoid ligament injuries in the athlete. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc 2013;21:1328-1337](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23052109)
* [Mulligan EP. Evaluation and management of ankle syndesmosis injuries. Phys Ther Sport 2011;12:57-69](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21496767)