**Lateraal bandletsel**

Key-points

* Lateraal bandletsel van de enkel is een frequent voorkomende sportblessure.
* Uitgesteld lichamelijk onderzoek is leidend in de diagnose.
* Vrijwel alle acute laterale bandletsels kunnen conservatief behandeld worden.

Achtergrond

Enkeldistorsies zijn de meest voorkomende blessure van Nederland (480.000/jaar). Het betreft veelal jonge sporters. Verreweg de meeste enkelletsels zijn het gevolg van een inversietrauma, meestal in plantairflexie. Hierbij treedt er rek (‘distorsie’) of (gedeeltelijke) rupturering op de van de drie laterale ligamenten. Het anterieur talofibulare ligament (ATFL) is de belangrijkste stabilisator, maar relatief zwak en daarom als eerste en vaak als enige aangedaan. Bij grotere krachtinwerkingen kunnen achtereenvolgens het calcaneofibulare ligament (CFL) en het posterieur talofibulare ligament (PTFL) beschadigd raken. Geïsoleerd letsel van deze ligamenten is zeldzaam. De ernst van het ligamentair letsel wordt als volgt gegradeerd:

- Graad 1: overrekt ATFL, doch intact (microscopische scheurtjes).

- Graad 2: volledige ruptuur ATFL en overrekt of partieel geruptureerd CFL.

- Graad 3: volledige ruptuur ATFL + CFL en overrekt of partieel geruptureerd PTFL.

Bijkomend letsel kan onder andere bestaan uit fracturen van de malleoli, (partiële) rupturen van de syndesmose en osteochondraal defecten. Tot wel 40% van de patiënten met (recidiverende) distorsies beschrijft restklachten, zoals pijn en instabiliteit.

Work-up

Lateraal ligamentair letsel is primair een klinische diagnose. Het achterhalen van het traumamechanisme is belangrijk om inzicht te verkrijgen in de potentiële omvang van het letsel. Vraag verder naar de mate van belastbaarheid direct na de trauma en bepaal de locatie van de zwelling en pijn. In tegenstelling tot de knie, hebben een voel- of hoorbare knak of krak geen directe klinische consequenties. In het acute stadium zijn stabiliteitstesten niet betrouwbaar vanwege pijn en zwelling; uitgesteld onderzoek na 5 tot 7 dagen is bewezen superieur. Bij een positieve voorste schuiflade test (>1cm speling naar ventraal in vergelijking met de contralaterale zijde) is er sprake van ten minste een graad-2 letsel. De noodzaak tot het maken van röntgenfoto’s wordt bepaald met de Ottawa Ankle Rules. MRI-onderzoek wordt alleen verricht bij het vermoeden op (relevant) bijkomend letsel of bij professionele sporters.



Behandeling

De acute behandeling van alle laterale ligamentaire letsels bestaat uit het Engelstalige acroniem POLICE (Protection, OptimalLoading, Ice, Compression, Elevation). In de praktijk wordt er in de eerste dagen vaak gekozen voor een drukverband of elastische zwachtel, zo nodig in combinatie met krukken. Voor een graad-1 letsel kan de belasting geleidelijk opgebouwd worden op geleide van de pijn; herstel vindt doorgaans in 1 tot 2 weken plaats. NSAID's zorgen voor minder pijn en zwelling, maar leiden niet tot sneller herstel. Er is onvoldoende bewijs voor manuele mobilisatie en echo-, laser- of elektrotherapie. Als er bij herbeoordeling sprake is van een (partiële) ruptuur, dient de enkel ten minste 6 weken beschermd te worden. Er is geen verschil in uitkomst tussen behandeling met tape of brace. Beide technieken hebben specifieke voor- en nadelen en de keuze hiervoor hangt af van de voorkeur van patiënt en behandelaar. In opzet kunnen alle laterale ligamentaire letsels conservatief behandeld worden, tenzij er sprake is van significant bijkomend letsel dat chirurgie behoeft. Directe ligamentaire reconstructie wordt alleen overwogen bij graad-3 letsels in professionele sporters. Chronische instabiliteit of pijn kan ook een reden zijn voor operatief herstel.

Nabehandeling / sporthervatting

Functionele nabehandeling leidt tot betere resultaten dan langdurige immobilisatie (>2 weken gips). Belasting dient geleidelijk opgebouwd te worden op geleide van pijn. Vroege range-of-motion (ROM) oefeningen zijn belangrijk en worden gevolgd door kracht- en stabiliteitsoefeningen (bv op bosu bal), welke in een latere fase gecombineerd kunnen worden met een dubbeltaak. Bij voldoende ROM, kracht en stabiliteit, kan worden begonnen met functionele oefeningen, zoals rennen, springen en draaien. Er zijn geen formele criteria voor return to play na een lateraal bandletsel, maar pijnvrije functionele testen met een score van >90% ten opzichte van de contralaterale zijde (bv Star Excursion Balance Test) kunnen bijdragen aan deze beslissing. Aangezien eerder doorgemaakte enkelletsel de grootste risicofactor is voor een inversietrauma, verdient preventie minstens zoveel aandacht als de behandeling zelf. Oefentherapie is even effectief als een brace of tape in het reduceren van het risico op een recidief.

Literatuur

* [Clanton TO et al. Return to Play in Athletes Following Ankle Injuries. Sports Health 2012;4:471–474](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3497954/)
* [Kerkhoffs GM et al. Diagnosis, treatment and prevention of ankle sprains: an evidence-based clinical guideline. Br J Sports Med 2012;46:854-860](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22522586)
* [van den Bekerom MP et al. Management of acute lateral ankle ligament injury in the athlete. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc 2013;21:1390-1395](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23108678)