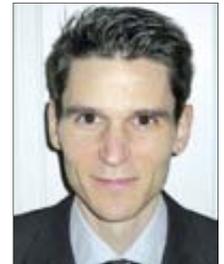


# Endoskopische Behandlung der Plantarfasciitis

Eine lange Leidensgeschichte, nichts hat geholfen. So stellt sich uns oft der Patient mit lang andauernder Plantarfasciitis dar. Der Patient möchte eine Lösung für sein Problem. Bisher wurden schon Einlagen verordnet, Physiotherapie und physikalische Anwendungen gemacht, Röntgen-Schwachbestrahlung und Stoßwellentherapie standen auch schon am Programm. Keine der Therapien hat bisher geholfen. Was nun?



P. Bock, Wien

Aus der Literatur wissen wir, dass es bei ca. 80–90% der Patienten innerhalb von 8–10 Monaten nach Beginn zum Abklingen der Symptomatik kommt, ungeachtet der Therapie, die angewandt wird. In diesem Sinne hat die konservative Therapie eindeutig Vorrang in der Behandlung der Plantarfasciitis. Was sollten wir allerdings mit den verbleibenden 20% tun?

Nach Zuwarten von 9–12 Monaten und bestehendem Leidensdruck ist die operative Therapie nach wie vor eine gute Option, die Beschwerden in den Griff zu bekommen. Vor der Operation steht natürlich eine gründliche Abklärung unter Erwägung diverser Differenzialdiagnosen im Vordergrund.

## Differenzialdiagnosen der Plantarfasciitis

Es ist an Affektionen des Knochens wie Stressfrakturen, bone bruise, Infekte, Arthrose des subtalaren Gelenks mit Stressreaktion des Calcaneus oder in

seltenen Fällen Tumoren zu denken. Im Bereich der Neven sei auf ein Engpasssyndrom des medialen kalkanearen Nervs oder des ersten Astes des lateralen plantaren Nervs (Baxter-Nerv) – beides Äste des N. tibialis – hingewiesen. Nicht zu vergessen ist eine von der LWS ausgehende Radikulopathie (S1) oder eine periphere Neuropathie. Weitere differenzialdiagnostische Überlegungen inkludieren eine Ruptur der Plantarfascie, Affektionen der Tibialis posterior-Sehne oder Atrophie des plantaren Fettpolsters. Im Ausschluss der Differenzialdiagnosen sind bildgebende Verfahren oder neurologisch-diagnostische Verfahren (NLG) auf jeden Fall notwendig.

## Pathogenese

Die Ätiopathogenese der Plantarfasciitis selbst ist allerdings noch nicht restlos geklärt. Einige Autoren gehen davon aus, dass es zu Mikrorissen aufgrund einer Degeneration am Ansatzbereich und in der Folge zu einer loka-

lisierten Inflammation der proximalen Plantaraponeurose kommt. Andere Autoren gehen eher von einer Degeneration als von einer entzündlichen Veränderung der Plantarfascie aus.

## Operative Therapie

Die operative Therapie setzt beim partiellen Release der Plantarfascie an, welcher bereits von Spitzzy Ende der 30er-Jahre als komplettes Release propagiert wurde. Die Vertreter der „offenen“ operativen Technik beanspruchen für sich eine bessere Visibilität des knöchernen Fersensporn, den besseren Zugang, um die Plantarfasciektomie ausreichend durchführen zu können, und die Möglichkeit des offenen Nervenreleases des Baxter-Nervs (1. Ast des Nervus plantaris lateralis). Die Nachteile der „offenen“ Technik bestehen in einer länger andauernden Nachbehandlungszeit, einer höheren Komplikationsrate (vor allem Wundheilungsstörung, hypertrophe Narbenbildung, Nervenverletzung).

Anfang der 90er-Jahre des letzten Jahrhunderts wurden die ersten endoskopischen Operationen zur Behandlung der chronischen Plantarfasciitis durchgeführt. Auch hier ist die Technik nicht immer dieselbe. Der Plantarfascienrelease wird einerseits ähnlich dem endoskopischen Retinaculum-flexorum Release mit einer Klinge

## KeyPoints

- Etwa 20% der Patienten mit Plantarfasciitis sind therapieresistent.
- Der endoskopische Plantarfasciarelease ist nach Ausschöpfen aller konservativen Möglichkeiten ein komplikationsarmer Eingriff mit kurzem Nachbehandlungsregime und rascher Rückkehr in den Berufsalltag.

gespalten, andererseits werden auch Techniken beschrieben, bei denen der Sporn mit einer endoskopischen Fräse entfernt, das Periost mit dem Shaver angefrischt und auch der Release der Fascia mit dem Shaver durchgeführt wird.

Die Portale liegen jeweils medial und lateral (Abb. 1+2) am Ansatz der Plantarfascie, wobei einige Anwender den Instrumentarzugang medial, einige lateral setzen.

### Eigene Ergebnisse

In den Jahren 2010–2012 wurden an der orthopädischen Abteilung SMZ Ost Wien 15 Patienten mit chronischer Plantarfasciitis mittels eines endoskopischen Plantarfascienreleases operiert. Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 49 Jahre, wobei 9 weibliche und 6 männliche Patienten operiert wurden. Alle Patienten wiesen eine Schmerzanamnese von über 10 Monaten vor (10–13 Monate) und hatten bereits zahlreiche konservative Maßnahmen hinter sich (Einlagen, Dehnungs-

übungen, spezielle Massagetechniken, ESWT, Röntgen-Schwachbestrahlung, physikalische Maßnahmen).

Unsererseits wurden standardmäßig 2 Portale gewählt, wobei das Endoskop von lateral und das Instrumentarium von medial eingeführt wurden. Der Zugang wurde unter Zuhilfenahme des Bildwändlers gewählt (Abb. 3). Danach wurden ein partieller Release der Plantarfascie und ein Debridement am Periost des Unterrands des Calcaneus jeweils mit dem Shaver durchgeführt. Der Fersensporn wurde bei 2 Patienten mit einer Fräse entfernt. Es wurden standardmäßig die Instrumente der Kniegelenksarthroskopie verwendet. Als Nachbehandlung wurde den Patienten jeweils eine Teilbelastung des operierten Fußes unter Zuhilfenahme von Stützkrücken für 3 Wochen empfohlen, danach war Vollbelastung erlaubt.

Das Ergebnis war durchwegs positiv. Bei dreizehn der fünfzehn Patienten konnten die Schmerzen vollständig beseitigt werden, zwei Patienten gaben



Abb. 3: Aufsuchen des idealen Zugangs unter Bildwandlerkontrolle

nach wie vor Schmerzen, jedoch eine deutliche Reduktion des Schmerzlevels an. Komplikationen wurden bei diesen Patienten keine verzeichnet. Dennoch sind auch im Rahmen der endoskopischen Technik Komplikationen beschrieben worden: Portalinfektionen, Stressfraktur des Calcaneus, nervale Komplikationen, lateraler Fersenschmerz, CRPS.

Die Resultate der durchgeführten Operationen lassen sich mit den Ergebnissen anderer Studien (auch unterschiedlicher endoskopischer Technik) vergleichen.

### Conclusio

Insgesamt kann man den endoskopischen Plantarfascienrelease als komplikationsarmen Eingriff betrachten, welcher allerdings erst nach Versagen jeglicher konservativer Therapie bei anhaltenden Beschwerden im Sinne einer Plantarfasciitis indiziert werden sollte. Als zusätzlicher Vorteil erwies sich die nur kurze Nachbehandlungsdauer mit dreiwöchiger Teilbelastung und rascher Wiedereingliederung in den Berufsalltag. ■

Autor:

Dr. Peter Bock

Orthopädisches Spital Wien-Speising

(ab Mai 2013)



Abb. 1: Mediales Portal



Abb. 2: Laterales Portal