

ESWT-Einsatz nach vierwöchiger erfolgloser konservativer Therapie

Fasciitis plantaris – ein neuer Behandlungsalgorithmus

ELMSHORN – Im Folgenden wird aufgrund der vorliegenden Literatur und eigener Studien ein Vorschlag zur Modifikation des bisher üblichen Behandlungsalgorithmus der Fasciitis plantaris gemacht.

Der folgende Artikel stellt somit das Vorgehen in unseren Abteilungen nach klinischer, sonographischer und radiologischer Diagnostik einer Fasciitis plantaris dar.

Diagnostik

Bei der Fasciitis plantaris handelt es sich um eine Tendopathie im Bereich des Ursprunges der Aponeurosis plantaris am Tuber calcanei. Die Prävalenz der Fasciitis plantaris wird mit bis zu 21 Prozent angegeben.

Klinisch imponiert ein lokaler Druckschmerz im Bereich des Tuberculum calcanei etwas medialseitig. Die Patienten geben in den meisten Fällen belastungsabhängige Fersenschmerzen an.

Sonographisch zeigt sich eine echoarme Verbreiterung des Sagittaldurchmessers der Plantarfascie am Ursprung. Radiologisch kann in 60 bis 70 Prozent der Fälle ein plantarer Fersensporn nachgewiesen werden, wobei nur etwa zehn Prozent der identifizierten Fersensporne symptomatisch sind. Differentialdiagnostisch sind neben der akuten Ruptur der Aponeurosis plantaris vor allem kalkaneare Stressfrakturen, Nervenengpass-Syndrome und auch Bursitiden auszuschließen.

Therapie

Die Erfolgsrate der konservativen Therapie mit Physiotherapie, Einlagenversorgung und systemischer antiphlogistischer Therapie ist nicht befriedigend.

Alternativen bei der Behandlung der Fasciitis plantaris bestehen in der Infiltrationstherapie, fokussierter extracorporaler Stoßwellentherapie (ESWT), Röntgenreizbestrahlung, Neurolyse, Calcaneusosteotomie und endoskopischem oder offenem plantaren Release, gegebenenfalls mit Fersenspornresektion. Die operative Therapie ist jedoch mit einer erhöhten Komplikationsrate verbunden. Darüber hinaus liegen die Erfolgsquoten der operativen Therapie mit 50 bis 95 Prozent lediglich im Bereich der konservativen Therapie.

Ergebnisse

Nach Ausschluss von Differentialdiagnosen ist derzeit nach dreimonatiger frustrierender konservativer Therapie die Phase II der Therapie mit lokalen Injektionen üblich. Bei weiterhin bestehenden Beschwerden wird die extracorporale Stoßwellentherapie in der Phase III somit frühestens nach drei Monaten angewandt. Als Option besteht in der Phase IV die operative Therapie.

Der positive Therapieeffekt der fokussierten extracorporalen Stoßwellentherapie (ESWT) in der Therapie

der Fasciitis plantaris konnte in randomisierten, doppelblinden Studien gezeigt werden.

Die Studien zeigen in der Therapie der Fasciitis plantaris mittels ESWT einen signifikanten Unterschied der Therapiegruppe verglichen mit der Placebogruppe – ohne wesentliche Komplikationen. Dies konnten wir anhand eigener Untersuchungen bestätigen.

Die Ergebnisse der übrigen Therapien und insbesondere der operativen Interventionen bei der Fasciitis plantaris sind nicht prospektiv und nicht vergleichend untersucht.

Als Orientierungshilfe für eine zeit- und stadiengerechte Therapie der Fasciitis plantaris empfehlen wir folgenden neuen Behandlungsalgorithmus:

➤ 1. konservative Therapie: Locheinlagenversorgung, Dehnübungen in Eigentherapie,

Friktionsmassage, systematische NSAR-Gabe für vier Wochen, bei Versagen:

2. fokussierte extracorporale Stoßwellentherapie:

ohne Lokalanästhesie, hochenergetisch, keine NSAR-Gabe
Nach max. 3 Behandlungen Therapie wie unter 1. für vier Wochen.

3. falls Schmerzpersistenz: lokale Infiltrationstherapie mit Cortison und Lokalanästhetika zunächst maximal dreimal in drei Monaten bei Versagen:

4. Die operative Denervierung

folgt schließlich als Ultima ratio. Die ESWT ohne Lokalanästhesie empfehlen wir in diesem Behandlungsalgorithmus aufgrund der Abwesenheit relevanter Komplikationen bereits vier Wochen nach einer bis dahin erfolglosen konservativen Therapie.

Autoren:

Dr. Sönke Menkens
E. Thies, E. Hille, A. Betthäuser
Klinikum Elmshorn
Agnes-Karl-Allee
D-25337 Elmshorn



Dr. Menkens