

Der schmerzhafte Fuss: Untersuchungstechniken und Tipps¹

«Der schmerzhafte Fuss» ist ein häufiges und zum Teil nicht einfaches Kapitel unseres Alltags in der Grundversorgerpraxis. Dies zeigte sich auch in den regen Diskussionen in diesem Workshop. Gerhard Flückiger hat dabei zwei oft vorkommende Probleme – die Sprunggelenkverstauchung und die Plantarfasziitis – zum Thema gemacht. Für viele Kollegen zeigten sich dabei neue und interessante Therapieansätze.

Les douleurs aux pieds constituent un des chapitres les plus fréquents et non des plus simples de notre quotidien. Preuve en sont les nombreuses discussions à l'atelier correspondant, au congrès de la SSMG. Gerhard Flückiger a évoqué deux des problèmes les plus fréquents: l'entorse de la cheville et la fasciite plantaire. Pour de nombreux collègues, ce fut l'occasion d'apprendre de nouvelles et intéressantes possibilités de traitement.

Pascal Müller

Die Sprunggelenkverstauchung

Die Sprunggelenkverstauchung, auch Supinations-trauma, OSG-Distorsion, laterale Bandläsion, Bänderriß genannt, ist eine der häufigsten Sportverletzungen überhaupt. Pathomechanisch kommt es bei der Plantarflexion, Inversion und Rückfuss-supination zu einer Traktionsverletzung lateral und *Kompressionsverletzung medial*. Am häufigsten resultiert dabei (wenn überhaupt) ein Riss des Ligamentum fibulotalare anterius. Das Ligamentum fibulocalca-neare reisst sekundär und oft in Kombination mit dem Ligamentum fibulotalare anterius. Das Ligamentum fibulotalare posterius bleibt praktisch immer intakt.

Wichtig – wie immer bei der *Diagnostik* – ist die *Anamnese*: Unfallmechanismus, Rezidiv (Bandschwäche), berufliche oder sportliche Aktivität (Therapieansatz).

Die *klinische Untersuchung* beinhaltet insbesondere das Festhalten von Schwellungen und Druckdolenz im Bereich der Ligamenta. Eine vollständige Ruptur kann oft durch eine entsprechende Delle getastet werden; nicht jedoch beim posterioren Band, welches der Palpation nicht zugänglich ist. Wenn es die Schmerzen zulassen, kann in 30° Plantarflexion



Abbildung 1

Dr. G. Flückiger bei der Demonstration der Untersuchung des OSG (Foto Dr. P. Müller).

der Talusvorschub getestet werden (Lig. fibulotalare ant. gespannt). In plantigrader Fussstellung wird, mit dem Daumen am Talus, die laterale Aufklappbarkeit (am besten im Seitenvergleich) getestet. Diskutiert wurde die *Notwendigkeit der Röntgenaufnahme*. Ein routinemässiges Röntgen des OSG ist nicht unbedingt nötig; insbesondere bei fehlender Schwellung, nicht allzu massiver Dolenz und der Möglichkeit, den Fuss normal zu belasten, kann gegebenenfalls auf eine Röntgenaufnahme vorerst verzichtet werden. Von einem Kollegen wurden die so genannten Ottawa-Kriterien erwähnt, bei welchen die klinische Symptomatik die Indikation zur Röntgenaufnahme leiten – offenbar können dadurch weit über 50% aller Röntgenaufnahmen in diesem Bereich eingespart werden. Die «Ottawa Ankle Rules»

¹ Ein Workshop am SGAM-Kongress 2004 in Bern (21.–23. Oktober 2004) unter der Leitung von Dr. med. Gerhard Flückiger, LA Orthopädie, Zieglerspital Bern, und der Moderation von Dr. med. Pascal Müller, Hausarzt in Laupen.

[1] können auf der Homepage des Ottawa Health Research Institute² multimedial eingesehen werden (lohnt sich!).

In der Röntgenaufnahme zu beachten sind vor allem mögliche Zusatzverletzungen, insbesondere ossäre Ausrisse, welche nur schwer zu erkennen sind. Zusätzlich mögliche Traumen sind die hohe Fibulafraktur (Maisonnette-Fraktur – Klinik!), die Cuboid-Fraktur, Fraktur-Basis metatarsale V sowie der Achillessehnenauriss.

Die Sprunggelenkverstauchung ist eine sehr häufige Verletzung mit guter Prognose. Röntgenaufnahmen können durch eine sorgfältige klinische Untersuchung vermieden werden – relevante Zusatzverletzungen müssen jedoch ausgeschlossen werden.

Die *Therapie* kann sehr vielfältig sein und muss dem Verletzungsausmass und den Bedürfnissen des Patienten angepasst werden, wobei auch beim Sportler keine spezielle Therapie nötig ist. Wenn keine Fraktur festgestellt wird, beinhaltet sie in einer ersten Phase Entlastung, Kälte lokal, eine elastische Bandage und topische NSAR. Bei massiver Schwellung kann gegebenenfalls ein Unterschenkel-Liegegips hilfreich sein. Nach 7 bis 14 Tagen kann bei Schmerzfreiheit in die zweite Phase übergegangen werden. Diese beruht auf einer funktionellen Behandlung zur Kräftigung der Muskulatur (M. tibialis posterior und Mm. peronei). Diese Übungen können z.B. mit einem elastischen Band (Teraband) vom Patienten selber durchgeführt werden.

Interessant ist die Erkenntnis, dass Sprunggelenkorthesen (Air-Cast usw.) offenbar wenig mechanische Stabilität bringen; sie dienen einzig – wie auch eine elastische Bandage – als «Reminder» für die entsprechende Schonung. Vor der Verschreibung von «Künzli»-Schuhen (bringt gute Stabilität) muss bei der Unfallversicherung eine Kostengutsprache beantragt werden; diese wird normalerweise erteilt, wenn sich dadurch eine frühere Arbeitsaufnahme ergibt.

In fließendem Übergang in die dritte Phase kann ein physiotherapeutisches Propriozeptions- und Reflextraining verordnet werden. Bei normalem Verlauf ergibt sich so eine stetige Besserung der Beschwerden. Bei Stagnation muss eine Reevaluation mit der Frage nach verpasster Fraktur (Rückfuss / Mittelfuss) oder einer osteochondralen Verletzung am Talus (2–3%)

(CT/MRI) durchgeführt werden. Möglich ist auch das Auftreten einer Algodystrophie.

Eindrucklich ist, dass in gewissen Literaturangaben bei 20–40% der Patienten nach vielen Jahren noch Restsymptome nachweisbar sind. Bei weniger als 10% entsteht eine chronische Instabilität. Diese kann mittels Tape, Orthesen oder einem Stabilschuh versorgt werden. Eine Operation ist nur selten nötig.

Orthesen sind nicht hilfreicher als eine elastische Bandage.

Die frühfunktionelle Therapie (Propriozeption, Kräftigung der Peronei) ergibt die besten Ergebnisse.

Operationen müssen nur bei chronischen Instabilitäten in Betracht gezogen werden, sind aber insgesamt selten nötig.

Die Plantarfasziitis – der «Fersensporn»

Im zweiten Teil des Workshops wurde die Problematik der Plantarfasziitis bzw. des «Fersensporn» besprochen. Wie schon den meisten bekannt, ist nicht der Fersensporn, welcher bei 25% von nicht symptomatischen Füßen vorkommt, Ursache der Beschwerden. Er ist höchstens ein Nebenfund. Die Plantarfasziitis entsteht am Ursprung plantar medial am Tuber calcanei durch rezidivierende Mikrotraumen, gehäuft bei Platt- und Hohlfuss. Es handelt sich dabei um eine *chronisch-degenerative Entzündung*, die einer Insertions-Tendinose entspricht.

Diagnostisch wichtig ist wiederum die *Anamnese*. Dem Patienten ist kein Trauma erinnerlich, und er klagt über stetig zunehmende Schmerzen, welche bei Belastung (Treppensteigen) verstärkt werden. Typisch ist ein morgendlicher, stechender Anlaufschmerz. *Klinisch* findet sich eine Druckdolenz plantar und medial am Tuber calcanei. Die Röntgenaufnahme zeigt meistens keine Abnormitäten, ein Fersensporn ist, wie oben erwähnt, ohne Bedeutung.

Der Fersensporn ist nicht ursächlich für Fersenschmerzen – es handelt sich meistens um eine Plantarfasziitis im Bereiche des Ursprungs am Tuber calcanei.

Anamnese und Klinik bringen die Diagnose – die Druckdolenz ist medial am Tuber calcanei.

Therapeutisch werden Entlastung und relative Schonung (wenn möglich) verordnet. Kälteapplikationen sind nützlich, sowie NSAR, gut dosiert, über 2 bis

² www.ohri.ca – gehe zu «Programm centres» → programmes → clinical epidemiology → current projects → OHDEC → Ottawa ankle roles.

3 Wochen. Sinnvoll sind Stretching-Übungen der Plantarfaszie und des Triceps surae, welche der Patient regelmässig durchführen muss. Beim Stretching der Plantarfaszie (Zehen passiv extendieren) kann mit dem Daumen der Ansatz der Faszie am Tuber massiert werden, z.B. mit einem externen NSAR.

Wichtigste therapeutische Massnahme ist das Anpassen einer plantigraden Nachtlagerungsschiene mit dorsalflektierter Zehenplatte. Diese Methode wird im Zieglerspital Bern offenbar mit gutem Erfolg angewendet. Die nächtliche Dehnung der Faszie bewirkt, dass diese am Morgen nicht «aufreisst». Im weiteren ist eine Fersenweichbettung (z.B. Visco-Heel) zu empfehlen.

Steroidinjektionen sind nicht ohne Risiken und nur vorsichtig anzuwenden. Die Stosswellenbehandlungen, wie sie in einigen Kliniken angeboten werden, sind aufwendig und teuer, bei Versagen vorgenannter Massnahmen aber oftmals erfolgreich. Eine operative Behandlung mittels Fasziotomie wird kontrovers diskutiert und ist mässig erfolgreich.

Beruhigend ist zu wissen, dass – unabhängig von der Therapie – nach ca. 1 Jahr bei 90% und nach 2 Jahren bei 98% der Patienten die Beschwerden ausgeheilt sind.

Die konservative Therapie, insbesondere das durch den Patienten durchgeführte Stretching und eine Nachtlagerungsschiene, ist sehr hilfreich. Vorsicht bei Steroidinjektionen!

Die Prognose einer Plantarfasziitis ist zum Glück gutartig – die Beschwerden verschwinden in der Regel innerhalb von 12 Monaten.

Ich danke Herrn Dr. Gerhard Flückiger (und seinen Helfern) für diesen sehr interessanten und anwenderfreundlichen Workshop.

Literatur

- 1 Stiel I, Wells G, Laupacis A, Brison R, Verbeek R, Vandemheen K, Naylor D. A multicentre trial to introduce clinical decision rules for the use of radiography in acute ankle injuries. *BMJ* 1995;311:594–7.

Dr. med. Pascal Müller
Bösingerstrasse 16
CH-3177 Laupen
pascal.mueller@hin.ch