

Peritendinitis der Achillessehne und Achillessehnenriss

Ein Kapitel aus den «EBM-Guidelines für Allgemeinmedizin», ausgewählt von der PrimaryCare-Redaktion



Ein grosser, übergewichtiger Mann humpelt nach der Mittagspause in die Praxis: Er hat beim Badmintonspielen einen Knall gehört und ist dann eingeknickt. Im Liegen imponieren Umfangzunahme und dorsal breitflächig schmerzhafte Palpation im unteren Drittel des linken Unterschenkels. Gut palpierbare Achillessehne, erhaltene Plantarflexion des linken Fusses.

Das Hören eines «Knalls» spricht sehr für einen Sehnenriss, klinisch bin ich wegen erhaltener Extension unsicher. Die Verlaufskontrolle nach zwei Tagen zeigt unverändert eine schlechte Funktion des linken Fusses beim Gehen, Schmerzen und unsicheres Treppabgehen.

Après la pause de midi, un grand homme pléthorique entre au cabinet en boitant. Il jouait au badminton et dit être subitement tombé en entendant un claquement. En position couchée, on constate une augmentation de la circonférence au tiers inférieur de la jambe gauche. La palpation de la face postérieure est douloureuse sur une grande surface. Le tendon d'Achille est bien palpable et la flexion plantaire du pied gauche est conservée.

Le «claquement» entendu parle très en faveur d'une rupture du tendon, mais en raison de l'extension conservée, j'ai un doute clinique. Le contrôle à deux jours montre la persistance inchangée d'une mauvaise fonction du pied gauche à la marche, des douleurs et une insécurité à la descente des escaliers.

20.52 Peritendinitis der Achillessehne und Achillessehnenriss

Peritendinitis

Ätiologie

- Die Peritendinitis der Achillessehne entsteht durch Überlastung (Laufen, Springen).
- Eine Ruptur der Achillessehne ist eine typische Verletzung bei 30- bis 50jährigen Männern, die aktiv Sport betreiben, insbesondere Ballsportarten (Badminton, Volleyball). Die rupturierte Sehne zeigt fast immer degenerative Veränderungen, obwohl die meisten Patienten vor der Ruptur keine Beschwerden hatten.
- Eine Behandlung mit Fluorochinolonen erhöht das Risiko eines Achillessehnenrisses, vor allem in der Altersgruppe 60+ und auch bei gleichzeitigen Steroidgaben.

Symptome und Diagnose

Peritendinitis:

- Bei Palpation ausgeprägte Druckempfindlichkeit im Bereich der Achillessehne.
- Schmerzen bei der Kontraktion und Dehnung der Wadenmuskeln.

Achillessehnenriss:

- Ein Achillessehnenriss verursacht einen kurzen heftigen Schmerz, der aber bald nachlässt. Der Patient hat den Eindruck, dass ihm jemand von hinten in die Wade getreten hat. Manchmal verlaufen Rupturen auch schmerzfrei.
- Der Patient kann nicht auf den Zehenspitzen stehen. Möglicherweise kann er jedoch sein Sprunggelenk teilweise in Extensionsstellung bringen, da die Beugesehnen der Zehen und die Wadensehnen nicht betroffen sind.
- An der Haut über der Sehne ist eine tastbare Delle vorhanden. Je mehr Zeit zwischen Ruptur und Untersuchung verstreicht, desto weniger ist aufgrund der Schwellungen und Hämatome diese Delle erkennbar.
- Für eine verlässliche Diagnose können folgende Tests gemacht werden:
 - Beim Thompson-Test liegt der Patient in Bauchlage bei frei hängendem verletztem Fuss. Wenn er die Wadenmuskeln kontrahiert, bewegt sich die Fusssohle nicht nach unten.
 - Beim Copeland-Test liegt der Patient in Bauchlage mit den Knien in 90°-Flexion. Eine Blutdruckmessmanschette wird mit 100-mmHg-Druck um die Wade gelegt. Eine passive Flexion des

* Das «medics labor» hat ein artikelunabhängiges Sponsoring für die Rubrik «EBM-Guidelines für Allgemeinmedizin» übernommen. Die Beiträge in dieser Rubrik entstehen vollkommen unabhängig von diesem Sponsoring und durchlaufen den normalen redaktionellen Reviewprozess. Durch die direkte Beteiligung an den Produktionskosten ermöglicht das Rubrik-Sponsoring die kostenlose Zustellung von «PrimaryCare» an alle Hausärztinnen und Hausärzte in der Schweiz. Die Herausgebergesellschaften und die Redaktion danken dem «medics labor» (www.medics-labor.ch) herzlich für diese Unterstützung.

medics labor

professionell und persönlich

Rubriksponsor*

Sprunggelenks vergrössert den Druck im verletzten Bein nicht, während es im gesunden Bein zu einem Druckanstieg von ungefähr 40 mm Hg kommt.

- In unklaren Fällen ist eine Ultraschalluntersuchung sinnvoll, besonders wenn zwischen Trauma und Untersuchung viel Zeit vergangen ist.

Behandlung*Peritendinitis:*

Ruhe und Immobilisierung des Beins mit einer Schiene:

- Bei einer *krepitierenden Peritendinitis* (Peritendinitis crepitans) verschreibt man niedermolekulares Heparin (z.B. Fragmin) 100 IU/kg, das an drei aufeinanderfolgenden Tagen subkutan injiziert wird. Die Patienten sollten über das erhöhte Hämatomrisiko aufgeklärt werden. Eine hämorrhagische Diathese stellt eine Kontraindikation dar. Da bei einer Heparin-Therapie mehrmals ein Arzt aufgesucht werden muss und mit einem gesteigerten Risiko von hämorrhagischen Komplikationen zu rechnen ist, sollte sie nur bei Leistungssportlern angewendet werden, die rasch wieder einsatzfähig sein müssen.

- NSAR sind bei eindeutigen Symptomen immer empfehlenswert; wird jedoch zusätzlich Heparin eingesetzt, sollte man stattdessen Paracetamol verschreiben.

- Bei einer *chronischen Peritendinitis* können Steroid-Injektionen in das Peritendineum eingebracht werden (wegen des erhöhten Rupturrisikos allerdings niemals in die Sehne selbst). Nach den Steroid-Injektionen muss eine zumindest 2wöchige Ruhigstellung eingehalten werden, bevor der Patient den verletzten Fuss wieder voll belasten kann, wobei die Belastung nur langsam gesteigert werden sollte.

- Übungen zur Dehnung der Achillessehne und eine orthopädische Fersenstütze sind hilfreich.

- Eine *chirurgische Intervention* kann erwogen werden, wenn die konservative Therapie der chronischen Peritendinitis erfolglos bleibt.

Der diagnostisch wertvolle Tip: Prüfung des Zehenspitzenstandes! Der Patient war bei der Kontrolluntersuchung absolut unfähig, mit dem Fuss links auch nur die geringste Bewegung zu einem Zehenspitzenstand zu initiieren. Man lasse sich also nicht von einer im Liegen noch guten Plantarflexion des Fusses in die Irre führen!

Die in der Folge veranlasste Ultraschall-Untersuchung zeigte eine Ruptur der Achillessehne links im oberen Drittel der Sehne nahe am Muskelansatz.

Franz Marty

Achillessehnenriss

- Ein chirurgischer Eingriff ist auf alle Fälle bei jungen Patienten und Sportlern sowie in Fällen chronischer Rupturen zu vertreten. Nach einer Operation ist nur bei 1–2% der Patienten ein neuerlicher Riss zu erwarten, bei konservativer Behandlung hingegen bei 10–15% der Patienten. Nach einer chirurgischen Sanierung erreichen fast 70% der Patienten wieder dasselbe sportliche Leistungsniveau wie vor der Verletzung.

- Das Risiko von Wundinfektionen ist bei der perkutanten Technik geringer als bei einer offenen Operation. Eine postoperative Schienung im hohen Spezialschuh führt zu weniger Komplikationen und zu einer schnelleren Erholung als das Anlegen eines Gipsverbandes.

- Eine konservative Therapie ist eine gute Alternative für das Management akuter Rupturen bei älteren, weniger aktiven Patienten.

Literatur

- 1 McLauchlan GJ, Handoll HHG. Interventions for treating acute and chronic Achilles tendinitis. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CDOO0232. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.
- 2 Almekinders LC, Temple JD. Etiology, diagnosis, and treatment of tendonitis: an analysis of the literature. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 1998;30:1183–90.
- 3 The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE995382. In: The Cochrane Library, Issue 4, 2000. Oxford: Update Software.
- 4 Lo IK, Kirkley A, Nonweiler B, Kumbhare DA. Operative versus nonoperative treatment of acute Achilles tendon ruptures: a quantitative review. *Clin J Sports Med* 1997;7:207–11.
- 5 The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE970999. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software.

Text aus: Erwin Rebhandl, Susanne Rabady, Frank Mader (Hrsg.). EBM-Guidelines für Allgemeinmedizin. Wien: Verlagshaus der Ärzte, 2005. Alle deutschsprachigen Rechte © Verlagshaus der Ärzte. Nachdruck in PrimaryCare mit freundlicher Genehmigung. Schweizer Lizenzausgabe des Buches: EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Bestellmöglichkeit unter www.emh.ch.

Le truc diagnostique: test de la tenue sur la pointe des pieds! Lors du contrôle, le patient est absolument incapable du moindre mouvement pour se mettre sur la pointe du pied gauche. Il ne faut donc pas se laisser leurrer par la conservation d'une flexion plantaire du pied encore bonne en position couchée!

L'examen ultrason pratiqué ensuite a montré une rupture du tendon d'Achille gauche à son tiers supérieur, proche de sa jonction musculaire.

Franz Marty