

Plantarfasziopathie = plantar heel pain (PHP)

früher „Plantarfasziitis“

A. Hirschmüller, F. Weidermann

1) Definition

Entgegen der früheren Lehrmeinung handelt es sich nicht um eine Entzündung, sondern in der Mehrzahl der Fälle um eine chronisch-degenerative Faszioopathie an der Insertion am Tuber calcanei.

2) Diagnosestellung

Anamnese:

Stechende Schmerzen unter der Ferse, vor allem morgens nach dem Aufstehen, Besserung mit den ersten Schritten, im Tagesverlauf unter Belastung wieder zunehmend.

Klinische Untersuchung:

Schmerz bei Palpation der Insertion am Tuber calcanei, Provokation bei Dorsalextension Dig I („Windlass-Mechanismus“)

Sonographie: Nachweis der Verdickung der Faszie (>4mm) sowie ggf. der Neovaskularisierung

MRT: Reizreaktion am Ansatz mit Verdickung und ggf. Teilruptur der Faszie

3) Typische(r)Patient(In) (Erkrankungsalter, Geschlecht, Sportler...)

2 typischer PatientInnen:

- a) Übergewichtiger Patient in mittleren Lebensalter oft in stehendem oder gehendem Beruf
- b) Eher schlanke Lauf- oder Sprungsportler

Patienten eher im mittleren bis höheren Lebensalter (40-60 Jahre)

Frauen > Männer

Prävalenz

- 4-10% in der Allgemeinbevölkerung (Burton 2021)
- 5-18% der Laufsportler (Lopes 2012)

4) Risikofaktoren

- weibliches Geschlecht
- Adipositas
- höheres Alter
- Diabetes mellitus Typ II, Hypercholesterinämie
- Hohlfuss
- Verkürzung Triceps surae, reduzierte Mobilität OSG
- Reduzierte Mobilität MTP I (Hallux rigidus)
- Zu hohe Intensität und Dauer der Belastung
- Trainingsfehler

5) Wichtige Zusatzdiagnostik

Bildgebung:

eventuell Röntgen: Nachweis eines knöchernen Fersensporns- allerdings meist ohne therapeutische Konsequenz

(Doppler-)Sonographie: Verdickung der Faszie, DD (Partial-)Ruptur, ggf.

Neovaskularisation.

MRT zum Ausschluss einer Stressfraktur bei entsprechendem Verdacht

Labor: nur bei H.a. rheumatologische Genese (beidseitiger Befall, Anamnese)

6) Differentialdiagnose

- Entrapment Baxter Nerv/Baxterneuropathie
- Insertionstendinopathie Achillessehne
- Tarsaltunnelsyndrom
- Fat Pad Kontusion/Atrophie

7) Indikation konservative Therapie

Immer primär konservativer Therapieversuch

8) Ablauf der konservativen Therapie/wichtige Aspekte

Wichtigste Bausteine: Edukation und Stretching

a) Edukation

- Benigne aber ggf. langwierige Erkrankung
- Stretching ist der wichtigste Baustein in der Therapie und muss mit hoher Compliance konsequent durchgeführt werden (Übungsvorschläge s.u.)
- Training darf mit leichten Schmerzen (bis 3/10 VAS) weitergeführt werden
- Modifizierbare Risikofaktoren (Gewicht, Schuhe, Blutzucker, Cholesterin, Belastungsadaptation)

b) Stretching (Triceps surae und Plantarfaszie)

- Täglich
- Kann mit Faszienrolle/Tennisball unterstützt werden (vgl. Abb)

c) Wichtige weitere Therapiemaßnahmen

- Extrakorporale Stosswellentherapie 1x/Woche über 6 Wochen → gute Effekte mittelfristig (De Luca 2021)
- Low dye Taping (vgl. Abb)
- Einlagen/Schuhe nach biomechanischer Analyse, Weichbettung der Ferse mit milder Fersenerhöhung, **kein** Einschneiden eines Loches auf Höhe des Ansatzes der Plantarfaszie
- Nachtlagerungsschiene
- Injektionen:
 - Gute Evidenz für PRP (Mahindra 2016, Chiew 2016) (CAVE: verzögerte Wirkung, Kosten)

- Einmalige Kortisoninjektion bringt kurzzeitig gute Schmerzreduktion (CAVE: Fat pad Atrophie, Rupturrisiko)

9) Return to activity

- Aktivität darf in schmerzarmen Rahmen (< VAS 3/10) fortgeführt werden
- Schrittweiser Aufbau bei nachlassendem Schmerz und bessere Funktion

10) Pitfalls

Da meist keine Inflammation vorliegt, helfen antiinflammatorische Medikamente/Injektion nur kurzfristig.



Dehnung der posterioren Kette



Mobilisation der Faszie

Plantarfasziopathie = plantar heel pain (PHP)
früher „Plantarfasziitis“
A. Hirschmüller, F. Weidemann



Manuelle Dehnung der Faszie
Anschließend durch aktive Flexion des Zehen gegen Widerstand
Kräftigung der intrinsischen Fussmuskeln



Low dye Taping

Plantarfasziopathie = plantar heel pain (PHP)
früher „Plantarfasziitis“
A. Hirschmüller, F. Weidemann

