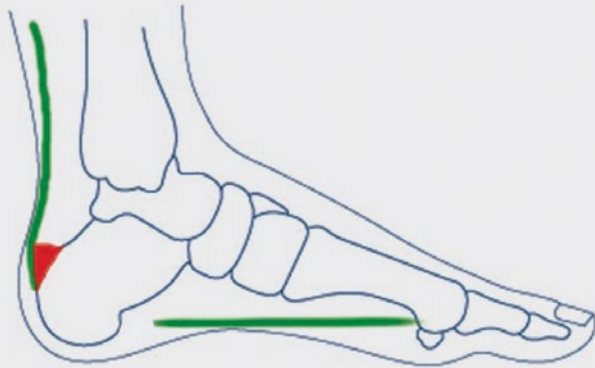


FERSENSCHMERZ – HAGLUNDFERSE



Fußchirurgisches Zentrum

Ltd. Arzt Dr. (B) R. Van Ende

Telefon: 0 21 50/91 7-131

Fax: 0 21 50/91 7-145

Internet: www.rrz-meerbusch.de

E-Mail: vanende@rrz-meerbusch.de
kahraman@rrz-meerbusch.de

Fersenschmerz Haglundferse

Dr. (B.) R. Van Ende

Leitender Arzt Fußchirurgisches Zentrum

© Ortho-RRZ-Meerbusch

Inhalt

4	Allgemeines
4	Nicht operative Behandlungsmöglichkeiten
6	Operative Maßnahmen
	<input type="checkbox"/> Abtragung Haglundferse
	<input type="checkbox"/> Osteotomie der Fersenbeins
8	Narkose
8	Stationärer Aufenthalt
8	Redondrainage
8	Metallentfernung
9	Verhalten nach einer Operation
9	Autofahren
9	Arbeitsunfähigkeit
9	Komplikation und Risiken

Allgemeines

Haglundferse

Bei der Haglundferse handelt es sich um ein Überbein an der Rückseite der Ferse. Diese Form der Ferse ist anlagebedingt. Hierdurch kommt es zu einem vermehrten Druck am Schuhhinterrand oder an der Schuhhinterkante. Es entsteht eine Schleimbeutelentzündung mit einer Schwellung und Rötung. Zum Teil ist das Tragen von geschlossenem Schuhwerk nicht mehr möglich.

In ausgeprägten Fällen kann es auch zu einer Reizung mit Veränderungen im Bereich der Ansatzstelle der Achillessehne kommen.

Die Diagnose wird anhand der angegebenen Beschwerden und der klinischen Untersuchung gestellt.

Röntgenaufnahmen zeigen eine Form des Fersenbeins mit einer vorstehenden Knochenkante in Höhe der Achillessehne. Die Kernspintomographie ist in der Lage die Schleimbeutelentzündung mit Veränderungen des Knochens und der Achillessehne zu zeigen.



Schleimbeutel oben, Knochendefekt Fersenbein unten

Nicht operative Behandlungsmöglichkeiten

Schuhe

Die Beschwerden können gelindert werden durch das Tragen von passendem Schuhwerk, durch das Ausbeulen der Rückseite eines Schuhs und durch das Tragen von Silikonpolstern. Es empfiehlt sich das Tragen von etwas höheren Absätzen. Der Ansatz der Achillessehne wird dann nicht mehr so fest auf den Knochen des Fersenbeins gedrückt.

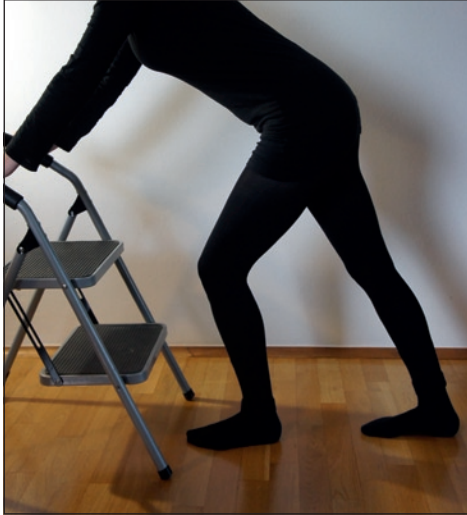
Physikalische Maßnahmen

Eine Kühlung mit Eis und Einreibungen mit anti-iphlogistischen Salben können vom Patienten selber durchgeführt werden.

Eine Elektrotherapie z.B. Iontophorese, eine Ultraschalltherapie z.B. Phonophorese oder eine Lasertherapie können den Reizzustand reduzieren.

Dehnungsübungen

Wenn der Achillessehnenansatz selber gereizt ist, empfiehlt sich die Durchführung von Dehnungsübungen der Wadenmuskulatur 2 mal 10 Minuten täglich. Der Fuß wird barfuss flach auf dem Boden, das Kniegelenk wird gestreckt gehalten. Mit den Händen wird abgestützt und der Oberkörper wird nach vorne geschoben. Es sollte ein Ziehen in der Wade verspürt werden. Diese Position sollte 15 Sekunden gehalten werden und nach kurzer Pause wird die Übung wiederholt. Eine andere Möglichkeit ist auf einer Treppenstufe mit gestrecktem Kniegelenk den Fuß zu überstrecken.



Dehnung der Wadenmuskulatur



Dehnung der Wadenmuskulatur

Medikamente

Die vorübergehende Einnahme von nichtsteroidalen Antiphlogistika (Rheumatabletten) empfiehlt sich im Anfangsstadium.

Infiltrationen

Wenn eine eindeutige Schleimbeutelentzündung vorliegt und es durch die vorgenannten Maßnahmen nicht zu einer Besserung gekommen ist, sind 1 bis 3 mal Kortisoninjektionen möglich.

Röntgentiefenbestrahlung

Durch die Röntgentiefenbestrahlung kann der Reizzustand gut behandelt werden. In der Regel werden 6 Sitzungen im Röntgeninstitut durchgeführt.

Stoßwelle

Sollte es durch die vorgenannten Maßnahmen nicht zu einer Besserung der Entzündung des Ansatzes der Achillessehne kommen ist, besteht die Möglichkeit zur Durchführung einer Stoßwellentherapie. Hiermit werden sehr gute Erfolge erzielt. Leider werden die Kosten für diese Behandlung von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen.

Beim Versagen der konservativen Maßnahmen besteht die Möglichkeit einer operativen Behandlung. Der Zeitpunkt einer operativen Behandlung wird durch die subjektiven Beschwerden des Patienten bestimmt. Wenn jedoch die Gefahr eines Abrisses der Achillessehne besteht, sollte eine Operation frühzeitig erfolgen.

Operative Maßnahmen

□ Abtragung der Haglundferse

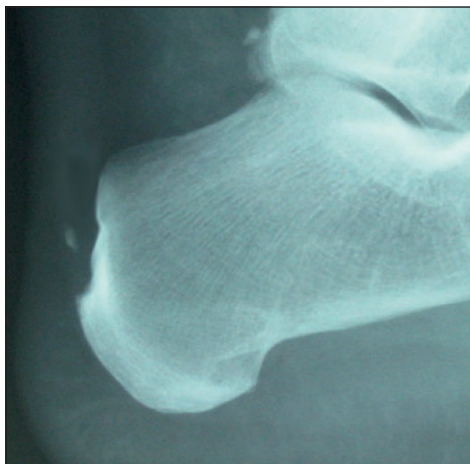
In der Regel wird der vorstehende Knochenanteil des Fersenbeins entfernt. Dies geschieht über einen Hautschnitt an der Außenseite der Ferse oder im Rahmen einer Spiegelung.

Während der Operation kann, falls vorhanden, auch der Schleimbeutel entfernt werden. Sollte der Ansatz der Achillessehne in Mitleidenschaft gezogen sein oder die Sehne selber einen Schaden haben, können sie während der Operation behandelt werden. Unter Umständen muss der Ansatz der Achillessehne wieder hergestellt werden.

Die Nachbehandlung besteht aus einer Schonung mit einer Teilbelastung ca. 2 Wochen lang.

Sollte jedoch eine Rekonstruktion der Anheftungsstelle der Achillessehne erforderlich gewesen sein, kann eine Gipsruhigstellung mit einer Entlastung- bzw. einer Teilbelastung für die Dauer von 4-6 Wochen erforderlich sein.

Der Heilungsverlauf nach beiden Operationen ist langwierig, es dauert bis zu 6 Monate bis der Endzustand erreicht ist.



Röntgenbild vor der Operation



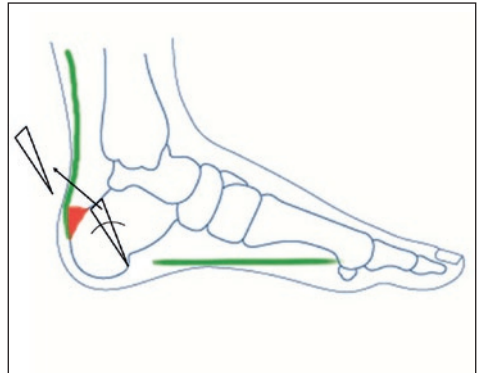
Röntgenbild nach der Operation

□ Osteotomie des Fersenbeins

Bei einer deutlichen Prominenz insbesondere der Anheftungsstelle der Achillessehne am Fersenbein selber ohne Anzeichen einer Beteiligung der Achillessehne selber oder ihrer Ansatzstelle, kann über einen äußeren Hautschnitt ein Knochenkeil aus dem Fersenbein entnommen werden, der hintere Anteil des Fersenbeins wird dann nach vorne geklappt, so dass die Vorwölbung nicht mehr vorhanden ist. Die beiden Knochenteile werden mit Schrauben oder Klammern fixiert.

Der Vorteil dieser Methode besteht darin, dass die Gleitschichten zwischen der Achillessehne und dem Knochen unberührt bleiben. Nachteilig ist die Notwendigkeit der zeitaufwendigen Knochenheilung.

Die Nachbehandlung besteht hier in einer Gipsruhigstellung von ca. 4 Wochen. Die Vollbelastung kann erst nach ca. 6 Wochen erreicht werden.



Osteotomie des Fersenbeins

Narkose

Die Operationen werden in Vollnarkose oder in Rückenmarksnarkose durchgeführt.

Stationärer Aufenthalt

Der stationäre Aufenthalt beläuft sich auf ca. 1-2 Tagen, wenn nur der knöcherne Vorsprung entfernt wird.

Falls die Ansatzstelle der Achillessehne mit rekonstruiert werden muss und eine Gipsruhigstellung erforderlich ist beträgt die Dauer des stationären Aufenthaltes ca. 3-6 Tage.

Im Falle einer Osteotomie des Fersenbeins ist mit einem stationären Aufenthalt von ca. 4-6 Tagen zu rechnen.

Redondrainage

Es wird eine Schlauch zum Absaugen von Blut aus der Wunde eingelegt, er wird nach 1 bis 2 Tagen entfernt.

Entfernung von Schrauben und Klammern

Bei jungen Patienten werden Schrauben oder Klammern nach ca. 1 Jahr entfernt. Bei älteren Patienten werden sie nur entfernt, wenn sie zu einem späteren Zeitpunkt im Schuhwerk durch Druck unter der Haut Probleme bereiten.

Die Operation wird in Kurz- oder Rückenmarksnarkose durchgeführt.

Die Nachbehandlung nach einer Metallentfernung bedeutet in der Regel, dass man sich für ca. eine Woche schonen muss.



Verhalten nach einer Operation

Nach einer Operation kommt es immer zu einer Schwellung des Fußes.

Der operierte Fuß sollte geschont werden, das bedeutet, dass z.B. in den ersten 4 Wochen nur das Allernötigste im Haushalt erledigt wird.

Eine Hochlagerung ist in den ersten 4 Wochen unbedingt zu empfehlen, um die Schwellneigung so gering wie möglich zu halten. Dabei sollte der operierte Fuß höher als das Knie gelagert werden.

Schwellungen können bis zu 4 Monate nach der Operation andauern.

Eine Kühlung mit Eiswasser wird 3x täglich für ca. 10 Minuten empfohlen.

Autofahren

Autofahren ist erst ab dem Zeitpunkt möglich, wenn der Fuß voll belastbar ist, d.h. wenn in normalem Schuhwerk voll belastet werden kann.

Autofahren mit Automatik ist nach einer Operation links nach sehr kurzer Zeit möglich.

Arbeitsunfähigkeit

Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit richtet sich nach der Art der durchgeführten Operation und nach der ausgeübten Tätigkeit.

Nach einer Entfernung eines Knochenanteils ohne weitere Maßnahmen kann bei einer überwiegend sitzender Tätigkeit die Arbeit nach ca. 2 bis 4 Wochen wieder aufgenommen werden, vorausgesetzt der Fußweg zur Arbeitsstelle ist nicht übermäßig weit. Bei einer überwiegend stehenden Tätigkeit muss mit einer Arbeitsunfähigkeit von 4 bis 6 Wochen gerechnet werden.

Im Falle einer Osteotomie des Fersenbeins kann die Arbeit bei überwiegend sitzender Tätigkeit nach ca. 6 Wochen wieder aufgenommen werden, vorausgesetzt der Fußweg zur Arbeitsstelle ist nicht übermäßig weit.

Bei einer überwiegend stehenden Tätigkeit muss mit einer Arbeitsunfähigkeit von 8 bis 10 Wochen gerechnet werden.

Komplikationen und Risiken

Auch wenn Fußoperationen Routineeingriffe geworden sind, gibt es hierbei (wie bei allen operativen Eingriffen) Risiken wie z.B. Wundheilungsstörungen und tiefe Infektionen, Nervenverletzungen mit Gefühlsstörungen, anhaltende Schwellungen, Knochenheilungsstörungen, Thrombose/Embolie, Bewegungseinschränkungen, Probleme durch die eingebrachten Schrauben und Klammern, Weichteilverkalkungen, Über- und/oder Unterkorrektur, Restbeschwerden, fehlende Anheftung des Achillessehnenansatzes bei der Rekonstruktion. Im Falle von Komplikationen sind eventuell weitere Operationen erforderlich.

Notizen



**St. Elisabeth-Hospital
Meerbusch-Lank**

Hauptstr. 74-76, 40668 Meerbusch
Tel: 0 21 50/9 17-0 | Fax: 0 21 50/9 17-111
info@rrz-meerbusch.de
www.rrz-meerbusch.de



Zertifiziert nach den Regeln der
KTQ GmbH und der proCum Cert GmbH