

Eine seltene Diagnose nach Distorsionstrauma

Ruptur der plantaren Faszie

Dr. med. Jörg Kaufmann; Roland Strasser, dipl. Arzt; Dr. med. Bastian Reepschläger;
Dr. med. Johannes B. Erhardt

Spital Grabs, Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland

Fallvorstellung

Anamnese

Ein 33-jähriger Patient (Sportlehrer) stellte sich mit Schmerzen im Bereich der Fusssohle vor. Er sei bei einer Turnübung beim Bodenturnen aus einer Radwende gekommen und wollte einen Sprung vorwärts machen. Bei einer Flexionsstellung im Bereich der Meta-Tarso-Phalangeal-Gelenke beim Absprung kam es zu einem schnalzenden Geräusch und einem stechenden Schmerz im Bereich des Sprunggelenkes und der Fusssohle. Er musste die Turnübung daraufhin abbrechen. Im Verlauf zeigte sich ein Bluterguss im Bereich des Fusses und der Fusssohle. Bei dem Patienten waren keine Vorerkrankungen bekannt und es bestand keine regelmässige Medikation.

Klinischer Befund und Diagnostik

Flüssiges, hinkfreies Gangbild mit regelrechten Beinachsen und vollständig intakter peripherer DMS

(Durchblutung, Motorik, Sensibilität). Deutliches Hämatom im Bereich des Ansatzes der Plantarfaszie am Calcaneus mit ausgeprägter Druckdolenz. Ansonsten blander Befund. Passive Bewegung des Sprunggelenkes indolent ohne Druckdolenz über der Tibialis posterior Sehne oder den Peronealsehnen.

Bildgebung

Fuss in drei Ebenen (Abb. 1): Bis auf einen kleinen Fersensporn unauffällig.

MRI des oberen Sprunggelenkes

Der Hauptbefund ist eine Ruptur der Plantarfaszie mit Dehiszenz und Weichteilödem bei plantarem Fersensporn (Abb. 2). Ansatzentzündung der Tibialis-posterior-Sehne, mit der Klinik korrelierend. Ausgeprägter Gelenkerguss, separiertes Os trigonum und distendierte Gelenkkapsel dorsal.

Diagnose

Ruptur der Plantarfaszie des rechten Fusses.



Jörg Kaufmann



Abbildung 1: Röntgenbilder: Fuss in drei Ebenen.



Abbildung 2: MRI des oberen rechten Sprunggelenks.

Therapie und Verlauf

Bei vorbestehendem Fersensporn und so bereits degenerativ veränderter und letztlich rupturierter Plantarfaszie haben wir uns für eine konservative Behandlung im VACO[®]ped entschieden. Für drei Wochen erfolgte eine Teilbelastung von 15 kg, in dieser Zeit Thromboseprophylaxe mittels Enoxaparin. Anschließend durfte der Fuss im Vacoped während drei weiterer Wochen voll belastet werden. Klinische Kontrollen fanden 6 und 12 Wochen nach dem Trauma statt.

Der Verlauf war unkompliziert. In der ersten Kontrolle drei Wochen posttraumatisch war der Patient ohne Analgetika zunehmend beschwerdefrei. Ab diesem Zeitpunkt konnte mit dem sukzessiven Übergang zur Vollbelastung im VACO[®]ped begonnen werden. In der zweiten und dritten Kontrolle 6 und 12 Wochen posttraumatisch weiterhin beschwerdefreier Patient ohne Druckdolenz mit schmerzfreiem Zehen- und Fersenstand. Für weitere drei Monate gab es ein Stop-and-Go-Sportartenverbot.

Fälle in der Literatur

In der Literatur ist eine Ruptur der Plantarfaszie sehr selten beschrieben. Der klassische Patient ist ein Sportler, der trotz Schmerzen im Fuss weiter spielt/trainiert, bis es zu einer Ruptur kommt. Meistens haben diese Patienten in der Vergangenheit eine Kortikosteroid-Infiltration loco dolenti erhalten [1–3]. Ho Seong Lee et al. [4] haben dies als einzigen Risikofaktor für solch eine

Ruptur nachgewiesen. Nach Infiltration ist das Risiko für eine Ruptur somit 33-mal höher. In der gleichen Studie zeigte sich auch, dass die Intensität von Aktivität oder demographische Charakteristiken sowie Alter, Geschlecht und BMI keine Korrelation mit dieser Verletzung haben. Die konservative Therapie kann, wie auch in unserem Fall gezeigt, eine rasche Beschwerdefreiheit im Sinne einer Heilung bringen. Amol Saxena und Brian Fullem [2] haben versucht, ein Therapie-schemata hierfür festzulegen. Initial empfehlen sie eine konservative Therapie mit Stockentlastung und Ruhigstellung. Diesem Schema folgend heilten alle 18 Fälle in ihrer Studie. In anderen Fällen zeigte sich die konservative Therapie nicht immer erfolgreich [1]. Hier wurde eine degenerative Komponente der Faszie vorbestehend beschrieben. Daraus können wir interpretieren, dass bei akuten Fällen einer Plantarfaszierruptur ein konservatives Vorgehen die erste Wahl der Behandlung ist und ein operatives Vorgehen bei Fällen mit persistierenden Beschwerden [5, 6].

Fazit

- Bei derartigen Verletzungsmustern immer auch an eine Plantarfaszierruptur denken, vor allem bei Patienten mit persistierenden Beschwerden, welche vorhergehend eine Kortikosteroid-Infiltration erhalten haben.
- CAVE: auch bei Nicht-Sportlern kann es zu dieser Verletzung kommen.
- Konservatives Vorgehen ist die primäre Wahl der Therapie.

Verdankung

Wir danken der Abteilung für Radiologie des Spital Grabs für die Bereitstellung der Bildgebungen für diese Fallbeschreibung.

Disclosure statement

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur

- 1 Rolf C, Guntner P, Ericssäter J, Turan I. Plantar fascia rupture: diagnosis and treatment. *J Foot Ankle Surg.* 1997;36(2):112–4.
- 2 Saxena A, Fullem B. Plantar fascia ruptures in athletes. *Am J Sports Med.* 2004;32(3):662–5.
- 3 Suzue N, Iwame T, Kato K, Takao S, Tateishi T, Takeda Y, et al. Plantar fascia rupture in a professional soccer player. *J Med Invest.* 2014;61(3–4):413–6.
- 4 Lee HS, Choi YR, Kim SW, Lee JY, Seo JH, Jeong JJ. Risk factors affecting chronic rupture of the plantar fascia. *Foot Ankle Int.* 2014;35(3):258–63.
- 5 Christel P, Rigal S, Poux D, Roger B, Witvoët J. Surgical treatment of rupture of the plantar fascia. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot.* 1993;79(3):218–25.
- 6 Pai VS. Rupture of the plantar fascia. *J Foot Ankle Surg.* 1996;35(1):39–40.

Korrespondenz
Dr. med. Jörg Kaufmann
Spital Grabs
Departement Orthopädie &
Traumatologie
Spitalstrasse 44
CH-9472 Grabs
joerg01.kaufmann[at]
srrws.ch