



Versorgung am Calcaneus plantar mit einem kortikospongiösen Span nach extern erfolgter Abtragung eines plantaren Fersenspornes

F. von Lübken, G. Achatz, H.-G. Palm, H.-J. Riesner, B. Friemert

Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie (Ärztlicher Direktor: OTA Prof. Dr. B. Friemert)
Bundeswehrkrankenhaus Ulm (Chefarzt: GA Prof. Dr. Dr. E. Grunwald)

EINLEITUNG

Bei einem 50-jährigen Patienten erfolgte in einer externen Klinik aufgrund eines chronischen plantaren Fersenschmerzes eine plantare Fersenspornabtragung am linken Fuß. 6 Monate später stellte sich der Patient in unserer Sprechstunde für Fuß- und Sprunggelenkchirurgie mit seit der OP bestehenden stärksten plantaren Schmerzen links vor. Bei einer Wundheilungsstörung war der Patient bereits kurz nach der Fersenspornabtragung extern behandelt worden. Die Wunden stellten sich reizlos dar.

Diagnostik

Der Patient konnte bei der ersten Vorstellung schmerzbedingt nur humpeln, wobei er versuchte, die Belastung des linken Fußes zu reduzieren. Der Patient brachte zur Vorstellung in der Sprechstunde für Fuß- und Sprunggelenkchirurgie eine CT-Untersuchung beider Füße mit. Die relevanten Schichten sind in Abbildung 1 dargestellt. Da der Patient über eine länger nässende Wunde nach der Fersenspornabtragung berichtet, entschieden wir uns nach Rücksprache mit den Nuklearmedizinern unseres Hauses zur Durchführung eines PET-CT zum Ausschluß eines chronischen Infektes mit Knochenbeteiligung. Ein Infekt war in der PET-CT nicht nachweisbar. Auch die entsprechenden Laboruntersuchungen waren unauffällig.

Therapie und Verlauf

Wir sind die Befunde mit dem Patienten detailliert durchgegangen. Die Beschwerdesymptomatik des Patienten war am ehesten auf die sehr "großzügige" Abtragung des Fersenspornes unter Belassen einer scharfen Kante am Calcaneus links proximal zurückzuführen. Therapeutisch waren demnach zwei Wege denkbar. Zum einen wäre die Abtragung der scharfen Kanten am Calcaneus plantar möglich gewesen. Wir entschieden uns mit dem Patienten jedoch für die zweite Möglichkeit, die darin bestand, am Calcaneus links plantar einen kortikospongiösen Span aus dem Beckenkamm einzustößeln, um so die natürliche Form des linken Calcaneus möglichst wieder herzustellen. Intraoperativ wurde unter sorgsamer Schonung der Plantarfaszie die plantare Oberfläche des Calcaneus

vollständig angefrischt. Nach Einstößeln des zuvor angepaßten Spans vom Beckenkamm entschieden wir uns zur temporären Sicherung des Spans mit einer von proximal eingebrachten Schraube (Abbildung 2). Postoperativ sollte der Patient den linken Fuß zunächst entlasten. Der Patient wurde



Abb. 1: CT-Bildgebung beider Füße mit deutlichem Knochen substanzverlust links (rechtes Bild) nach plantarer Fersenspornabtragung



Abb. 2: Intraoperatives Bild nach Sicherung des plantaren Spans mit einer von proximal eingebrachten Schraube



Abb. 3: Konventionelles Röntgenbild des linken Fußes mit angedeuteter Mehrsklerosierung des Spans nach kranial

in regelmäßigen Abständen klinisch und radiologisch kontrolliert. Hierbei zeigte sich in den Röntgenaufnahmen eine partielle Mehrsklerosierung als Hinweis auf eine drohende delayed union des Spans (Abbildung 3). Daher entschieden wir uns zur Teilbelastung des linken Fußes. Die plantaren Beschwerden waren im Verlauf vollständig rückläufig, wurden aber abgelöst von Beschwerden um den Schraubenkopf der von proximal eingebrachten Schraube. Radiologisch zeigte sich im Verlauf keine delayed union, so daß wir Mitte Dezember 2012 die für die Beschwerden des Patienten verantwortliche Schraube in einem ambulanten Eingriff entfernten. Der Patient ist mittlerweile nahezu beschwerdefrei bei noch marginal verändertem Gangbild.

DISKUSSION

Uns ist kein weiterer Fall bekannt, bei der nach einer sehr "großzügigen" plantaren Fersenspornabtragung am Calcaneus eine Rekonstruktion mit einem kortikospongiösen Span erfolgte. Wir halten dieses Vorgehen gegenüber der Alternative der plantaren Kantenglättung auch nach diesem geschilderten Fall für überlegen. Dabei muß erwähnt werden, daß die Abtragung des plantaren Fersenspornes eine in vielen Kliniken und Praxen angebotene Therapie bei plantaren Schmerzen ist. Hierbei wird leider völlig übersehen, daß der Sporn nicht Ursache sondern Folge der Plantarfaszitis ist. Die aktuelle Studienlage sieht eine konsequente Entlastung mit nachfolgender Dehnungstherapie als Therapie der

Wahl an. Auch die lokale Infiltration von Glucokortikoiden ist in Studien nur kurzfristig bis mittelfristig wirksam. Am Ende einer erfolglosen konservativen Therapie kann die partielle Spaltung der Plantarfaszie in Erwägung gezogen werden.

– Literatur beim Verfasser