

Die Achillessehne

Stark, aber nicht unverletzbar

Zugkräften bis zu 800 kg könnte die stärkste Sehne des Körpers im Extremfall trotzen. Doch genau wie der griechische Held Achilles, ist auch das Sehnenbündel, das die Wadenmuskulatur mit dem Fersenbein verbindet, nicht völlig unverwundbar. Über innovative Behandlungen von Strukturschäden der Sehne berichtet Dr. André Morawe, Chefarzt der Fuß- und Gelenkchirurgie an der Kölner ORTHOPARC Klinik.

Herr Dr. Morawe, warum sind Erkrankungen der Achillessehne so einschränkend?

Dr. Morawe: Die Sehne ist maßgeblich an der Kraftübertragung von der Wade auf den Fuß beteiligt und für Hebe- und Senkbewegungen der Füße bei jedem Schritt verantwortlich. Erkrankungen sind schmerzhaft und führen zu einem Funktionsverlust. Die stärkste Beeinträchtigung ist die Sehnenruptur, die in der Regel eine Folge von degenerativen Veränderungen ist. Beschwerden der ca. 10 bis 12 Zentimeter langen Achillessehne betreffen entweder das mittlere Drittel oder den Ansatz. Ansatzprobleme machen ca. 30 bis 40 Prozent der bei uns behandelten Fälle aus, den etwas größeren Anteil die Erkrankungen des mittleren Drittels.

Was sind die Ursachen einer schmerzenden Achillessehne? Sind hauptsächlich Leistungssportler betroffen?

Dr. Morawe: Neben Unfällen sind es meist Überbelastungen und immer wiederkehrende Mikrotraumen, die eine Entzündung im Sehnenbereich auslösen. Wir sprechen dann von dem Sym-

ptomkomplex der Achillodynie. Zwar betreiben ca. zwei Drittel der Patienten Laufsport, das muss sich aber nicht zwingend im Leistungssportbereich abspielen. Zu Überbelastungen kann es auch bei Hobbysportlern oder z. B. durch Fußfehlstellungen kommen. Ein weiterer häufiger Grund für eine Entzündung der Achillessehne im Ansatzbereich ist die sogenannte Haglund-Deformität, eine knöcherne Verdickung am Fersenbein, wodurch die Sehne und umgebende Schleimbeutel gereizt werden.

Welche konservativen Therapiemöglichkeiten stehen zur Verfügung?

Dr. Morawe: Wichtiger Stützpfiler der konservativen Therapie ist die sogenannte exzentrische Dehnung der Sehne durch spezielle Übungen. Ansonsten können physikalische und medikamentöse Strategien zur Linderung der Schmerzen und Entzündung sowie unterstützende Maßnahmen wie Ultraschall-, Stoßwellen- oder Reizstrom-Therapien angewendet werden. Gute Erfahrungen haben wir auch mit der Eigenbluttherapie gemacht. Bei der Haglund-Deformität

Bild: Arthrex



Refixierte Achillessehne nach Debridement, Abtragung der Haglund-Extendose und Glättung des Fersenbeinknochens; die M-förmige Naht mittels resorbierbarer „Zuckerschrauben“ ist stabiler im Vergleich zu einer punktuellen Verankerung.

sind oft entsprechende Schuhzurichtungen sinnvoll, um den Druck von außen zu reduzieren. Von Kortisoninjektionen sollte abgesehen werden, weil dies die Sehnenqualität mindert und das Risiko für eine Ruptur erhöht.

Wie ist das Vorgehen, wenn diese Behandlungen nicht den gewünschten Erfolg bringen?

Dr. Morawe: Operativ sollten erkranktes Gewebe und entzündete Schleimbeutel entfernt und eventuell vorhandene Risse in der Sehne versorgt werden. Bei der Haglund-Deformität kann außerdem die druckauslösende Exostose abgetragen werden. Mit der herkömmlichen Operations-Methode versucht man, von der Seite mit einem kleinen Schnitt hinter die Sehne – die ja praktisch einen Teil des abzutragenden Gewebes verdeckt



Dr. André Morawe, Chefarzt der Fuß- und Gelenkchirurgie an der ORTHOPARC Klinik

Haglund-Deformität

Bei der Haglund-Deformität besteht anlagebedingt ein knöcherner Sporn am Fersenbein, der die darüberliegende Achillessehne reizt. Zusätzlicher Druck besteht von außen durch Schuhe. Gewebe und Schleimbeutel entzünden sich und damit kommt es zu Schwellungen und Schmerzen. Fasern der Achillessehne können sich ansatznah so stark entzünden, dass Teile der Sehnen verknöchern. „Wenn eine solche Verknöcherung vorliegt, besteht häufig die Indikation zu einer Operation, da konservative Maßnahmen oft hier nicht mehr helfen“, so Fußchirurg Dr. Morawe.



Vor der Operation: Die Haglund-Deformität ist im Röntgenbild deutlich sichtbar, ebenso der verknöcherte Ansatz der Sehne.



Nach der Operation: Der Kalkaneus ist geglättet und die Sehne physiologisch korrekt refixiert.

– zu gelangen. In der ORTHOPARC Klinik wenden wir dazu ein neueres OP-Verfahren an. Dabei wird die Sehne mit einer speziellen Technik geöffnet, um einen besseren Zugang zu erreichen.

Können Sie das Vorgehen genauer beschreiben?

Dr. Morawe: Über einen entsprechend großen Hautschnitt wird die Achillessehne zunächst fensterartig geöffnet. Wenn das Debridement, also die Entfernung des entzündeten Gewebes, abgeschlossen ist und der Sporn am Knochen entfernt wurde, kann die Sehne in ihrer korrekten Länge und natürlichen Position wiederhergestellt werden, da die Ansätze am Knochen erhalten bleiben. Sie wird dann stabil mit einem System aus bioresorbierbaren Ankern und Fäden, die nach der Anheilung vom Körper problemlos verstoffwechselt werden, fixiert. Vier Anker sorgen für ein flächiges

Anheilen am Knochen und schaffen gute Rehabilitationsvoraussetzungen. Gegenüber einem minimalinvasiven Verfahren besteht der Vorteil, dass alle Pathologien ausgeräumt werden können. Das Risiko eines Wiederauftretens der Problematik kann so verringert werden.

Wie sieht die postoperative Zeit aus?

Dr. Morawe: In den ersten zwei Wochen ist der Fuß durch eine Gipsschale gestützt und der Patient muss an Unterarmstützen gehen. Bereits in dieser Zeit kann unterstützende passive Physiotherapie wie z.B. Lymphdrainagen erfolgen. Ab der dritten bis zur ca. zehnten Woche nach der OP wird nur ein Therapieschuh getragen. In diesem Schuh ist die Ferse durch verschieden hohe Keileinlagen zunächst angehoben und wird dann immer mehr abgesenkt, um sie langsam zu dehnen. Bereits in dieser Zeit sollte ein Muskelaufbau durch Physiotherapie erfolgen. Daneben sollte man jedoch darauf achten, nicht zu früh zu viel Sport zu treiben. Bis eine volle Sportfähigkeit wieder erreicht ist, kann es bis zu einem Jahr dauern, was internationale Ergebnisse bestätigen. Bei regelmäßigen Kontrollen können wir individuell mit dem Patient besprechen, welche Art der sportlichen Aktivität er wann wieder durchführen kann.

Exkurs: Sehnenbeschaffenheit

Sehnen bestehen aus kollagenem Bindegewebe und sind dadurch stark und reißfest. Diese Gewebeart ist allerdings schlecht durchblutet und besitzt eine verminderte Regenerationsfähigkeit. Die Nährstoffversorgung der Sehnen erfolgt mittels Diffusion einer Flüssigkeit, die vom Sehnenhüllgewebe produziert wird. Bei entzündungsbedingt verdickten Sehnen wird dies erschwert.

► ORTHOPARC GmbH
Klinik für Orthopädie in Köln
Aachener Straße 1021 B
50858 Köln
Tel.: 0221/484905-0
service@orthoparc.de
www.orthoparc.de