Wenn die Fußsohlensehne sticht...

Von Dr. med. Tasso Vounatsos

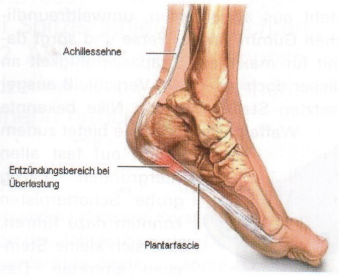
Etwa 15-20% aller Menschen der zivilisierten Gesellschaft leiden mindestens einmal im Leben an Beschwerden an der Fußsohlensehne. Es trifft Jung und Alt und Frauen doppelt so oft wie Männer. Diese Plantarfaszie befindet sich an der Sohle des Menschen unter der Haut und einem weichen Fettgewebe, ein sehniges Gebilde zwischen den kurzen Muskeln der Fußsohle.

Beim Gehen und Laufen spielt die Plantarfaszie eine entscheidende Rolle beim Abstoß-Vorgang. Sie überträgt und verteilt die Wadenkraft auf den Vorfuß (insbesondere auf die Großzehe) und verstärkt die Hebelwirkung vom Großzehenballen. Wie ein Spanngurt sorgt sie dafür, dass die innere Seite der Fußsohle als Brückenkonstruktion gewölbt verläuft.

Die Reizung und Entzündung der Plantarfaszie macht sich durch Schmerzen im hinteren Drittel der Fußsohle an der Innenseite des Fußes bemerkbar. Im Anfangsstadium können Betroffene genau den „hot spot" mit dem Finger aufzeigen. Schreitet die Entzündung weiter fort, können die Schmerzen nicht mehr so exakt lokalisiert werden und werden bis zur Mitte der Fußsohle, jedoch immer innenseitig empfunden. Ganz typisch ist der heftige, stichartige „giftige" Schmerz bei den ersten Schritten morgens nach dem Aufstehen. Nach einigen Minuten stehen und gehen, lassen die Beschwerden nach und verstärken sich dann wieder nach sitzen und wieder aufstehen. Weiche Schuhe verschlimmern die Beschwerden. Der Schmerz verstärkt sich beim Barfußgehen und ist am erträglichsten in Schuhen mit stabiler, wenig biegsamer Sohle wie Holz-Pantoletten oder Bergschuhe.

Bei der Diagnose einer Reizung oder Entzündung der Plantarfaszie helfen drei gängige Tests, die den typischen Sohlenschmerz nahe der Ferse provozieren:

- Stehen und Wippen im Zehenstand
- Hochziehen der Zehen mit der Hand nach oben
- Druck mit dem Finger an der Innenseite der Fußsohle etwa daumenbreit vor dem Knochen der Ferse



Ursachen der Überlastung

Die Überlastung der Plantarfaszie kann verursacht werden durch anatomische oder biomechanische Faktoren oder durch Umweltbedingungen. Diese können einmal auftreten durch zu flaches oder zu hohes Fußgewölbe, durch unterschiedlich lange Beine oder zu schwaches Fersenfettpolster. Exogen können dies eine verkürzte Achillessehne sein, muskuläre Verspannungen der Wadenmuskulatur oder Überpronation beim Laufen. Auch Trainingsfehler wie zuviele km oder Tempoläufe, ausschließliches Laufen auf Asphalt, zuviel Barfußlaufen oder ständiges Training in leichten Wettkampfschuhen können die Plantarfaszie reizen. So können Mikro-Risse des Bindegewebes entstehen und schließlich chronische Entzündungen.

Im ersten Stadium bemerken die Betroffenen erstmals Schmerzen morgens nach einem Training oder Wettkampf. Im zweiten Stadium tritt eine dumpfe Empfindung bereits beim Laufen auf und steigert sich nach dem Lauf zum Schmerz. Dann ist bereits eine Entzündungsreaktion vorhanden. Im dritten Stadium besteht ein Dauerschmerz, auch in Ruhe, Laufversuche werden unmöglich.

Die Beschwerden entstehen durch das Zusammenwirken dieser Faktoren. Mehrere Maßnahmen gleichzeitig müssen in der Behandlung durchgeführt werden, sonst kehrt der Schmerz immer wieder zurück und kann monate- und jahrelang zu Beschwerden führen. Die durchschnittliche Behandlungsdauer einer entzündeten Plantarfaszie bei einem Arzt oder Physiotherapeuten wird in den USA statistisch mit etwa sechs Monaten beziffert.

Im ersten Stadium kann sich der Patient selbst helfen. Als Eselsbrücke steht das Wort PECH.

P bedeutet Pause (in diesem Fall 72 Stunden nicht laufen). Erlaubt sind z.B. Wandern in Bergschuhen, Radfahren ohne Fußspitzeneinsatz, Schwimmen, Aquajogging.

E wie Elevation. Das ist Hochlagerung des Fußes zur Entstauung des Weichteilgewebes, z.B. nachts mit Hilfe einer zusammengerollten Bettdecke am Fußende.

C wie Compression. Unterstützt die Entstauung und körpereigene Lymphdrainage durch Verbände mit elastischen Binden. Sinnvoll sind Salben (Sportgels) unter dem Verband, 2 x 3 Mal täglich aufgetragen, die kühlend und entzündungshemmend wirken.

H wie „Hot Eis". Dies bedeutet Kühlen mit schmelzenden Natur-Eis. Für die Plantarfaszie ist dies eine Eisrolle, eine Getränkedose oder ein Becher mit im Kühlschrank gefrorenem Eis. Diese sollte 3 x am Tag je 10 min hin und her gerollt werden.

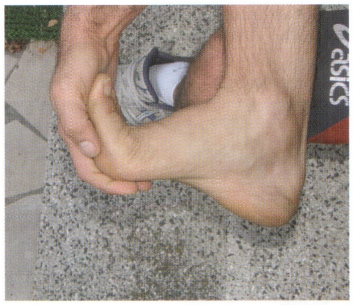
Entscheidend ist es, die verhärtete Wadenmuskulatur wieder weich zu bekommen. Dazu trage man tagsüber Schuhe mit stabiler Sohle und mäßigem Absatz. Ideal im Winter Bergschuhe und im Sommer Clogs (keine Fußbett-Sandalen, keine Flips-Flops oder Sportschuhe). Durch ein Papiertaschentuch oder Schaumstoff unter der Ferse wird der betroffene Fuß entlastet, die Zugbelastung der Achillessehne vermindert. Dazu kommen Waden-Dehnübungen, die mindestens dreimal am Tag durchgeführt werden.

Waden-Dehnübungen

A: Betroffenen Fuß auf das andere Knie legen, mit der Hand dessen Vorfuß umgreifen, so dass das Großzehenende auf dem Daumenballen liegt. Zehen und Vorfuß werden in Richtung Schienbein des betroffenen Fußes gezogen.

B: Handflächen gegen Hauswand/Baum stemmen mit Ausfallschritt nach hinten und Verlagerung des Körpergewichts auf die hintere Ferse. Jetzt hinteres Knie strecken und die Ferse fest in den Boden drücken. Kopf, Oberkörper hoch heben und Gesäß nach vorne drücken. Nacken, Rücken, Gesäß und hintere Ferse bilden im Ideal eine gerade Linie.

C: Die untere Wadenmuskulatur wird gedehnt. Einbeiniger Stand, Fuß in die Kniekehle des Standbeins und



Waden-Dehnübung A

langsam das Knie des Standbeins beugen. Gesäß so weit wie möglich in die Hocke. Dabei dehnt sich die untere Schollenmuskulatur.

Oder: Mittig auf die Kante einer Treppenstufe stellen. Festhalten und das Körpergewicht nach hinten wirken lassen, wobei beide Fersen tiefer stehen als das Niveau der Treppenstufe. Dehnen, nicht wippen.

Beim Wiedereinstieg in das Lauftraining sollten die Laufschuhe gewechselt werden. Das ist statistisch schon zu 60% erfolgreich. Der erste Lauf sollte sofort bei Wiederauftreten des Schmerzes abgebrochen werden können. Also ca. 30 min auf kleiner Laufrunde oder auf dem Rasen eines Sportplatzes einplanen. Langsam traben und hellhörig sein, ob die Fußsohle sich meldet. Beim nächsten Training Laufdauer nur um 10 min steigern und kaum schneller werden. Bleibt die Fußsohle „stumm", jeden weiteren Lauf nur um ca. 10 min verlängern. Keine langen Schritte, keine Spikes, kein Bergauflauf für weitere zwei Wochen. Eis-Rolle weiterhin einige Wochen lang anwenden, möglichst unmittelbar nach dem Duschen.

Diese Selbsthilfe-Maßnahmen können ohne fremde Hilfe durchgeführt werden. Kommt man in das zweite Stadium, ist die Einbindung eines Arztes oder Physiotherapeuten erforderlich. Ergänzend sind Selbstmaßnahmen. Sticht die Fußsohle, sofort das Lauftraining abbrechen, wieder drei Tage Pause, Alltagsschuhe mit stabiler Sohle und Dehnübungen, auch morgens im Bett. Mit einem Schal oder Handtuch kann man die Fußspitze in Richtung Schienbein ziehen. Dehnung in gerade noch schmerzfreier Gelenkstellung 20-30 sec halten und 3 x wiederholen. Erst nach diesen Übungen den ersten vorsichtigen Schritt aus dem Bett!

Hilfreich sind ein Silikon-Fersenkissen in beiden Schuhen, um Beinschiefstellungen zu vermeiden.

Den gleichen Effekt erzielt man mit einer selbst gebastelten Locheinlage. Man nehme die Einlegesohlen eines ausrangierten Laufschuhpaars und schneide ein tropfenförmiges Loch in die Einlegesohle direkt unter dem schmerzhaften Bereich. Diese nun in den aktuellen Laufschuhen tragen und auch in den Alltagsschuhen. Der Orthopäde kann maßangefertigte Schuheinlagen nach individuellem Abdruck verschreiben, die dann zum Einsatz kommen. Ggf. muss man mit den Hilfsmitteln und dem Austausch experimentieren. Weiterhin kann man mit einem Tape-Verband die Zugkräfte der Plantarfaszie teilweise umleiten. Neu sind die sogenannten Kinesio-Tapes.

Entlastung mit Wackelschuhen

Innerhalb der Krankengymnastik wurden Krall- und Schreibübungen mit den Zehen empfohlen oder des Knüllen eines Handtuchs oder Zeitiungspapiers. Eine effektivere Möglichkeit ist das Tragen von „Wackelschuhen", wie sie zunächst von der Firma MBT eingeführt wurden. Heute gibt es über zehn verschiedene Firmen, die sogar bei Discountern die klobigen Schuhe mit der dicken Sohle anbieten mit einer Preisspanne zwischen 30 und 250 €. Der Bewegungsablauf ist gewöhnungsbedürftig. Hilfreich ist auch die Selbstmassage mit einem Golfball. Der Physiotherpeut kann (schmerzhafte) Querfriktionen am hinteren Sehnendrittel durchführen.

Während der dreitägigen Laufpause kann man ärztlich verschriebene entzündungsbekämpfende Medikamente einnehmen, sogenannte Nichtsteroidale Antirheumatrika (NSAR), die kurzfristig und hochdosiert (nur) an lauffreien Tagen eingesetzt werden können, wenn man sie vom Magen her verträgt und eine Allergie ausgeschlossen ist. Rezeptfrei ist Ibuprofen. Die Homöopathie empfiehlt Hekla Lava (Aschestaub eines isländischen Vulkans). Bei Akupunktur muss man mit zehn Sitzungen bis zur Beschwerdefreiheit kalkulieren.

Beim Wiedereinstieg sind ruhige Dauerläufe ohne Schmerzen möglich, Bei einer Verschärfung des Lauftempos oder höherem km-Umfang treten nicht selten wieder Schmerzen auf. Daher sollte man Aquajogging oder Pool-Running als alternative Möglichkeit für intensive Laufbelastungen einbauen.

Kritisch wird es, wenn man in das

Waden-Dehnübung B

dritte Stadium einer chronischen Entzündung gerät. Bei konsequenter konservativer Behandlung ist dann mit einer Behandlungsdauer von mindestesn drei bis 18 Monaten zu rechnen.

Cortison-Spritzern werden heutzutage nur noch in entschärfter Form von Orthopäden der älteren Generation angewendet. Folgende Möglichkeiten existieren:

- Hochenergetische Stoßwellen-Therapie
- Röntgen-Reizbestrahlung
- Pulsierende Magnetfeld-Therapie
- Therapie mit Elektrostimulationsgeräten
- Behandlung mit Schmerz-Kathetern
- Behandlung mit pulsierendem kalten Rotlicht (Repuls)

Diese Methode wurde erst seit 2009 eingeführt. Jan Fitschen, der 10.000-m-Europameister 2006, führt seine Rückkehr zum Wettkampfsport nach 18 Monaten Zwangspause auf diese Behandlungsmethode zurück.

Nach mindestens sechs Monaten mit wiederkehrenden Schmerzen trotz konsequenter konservativer Therapie bleibt die Option einer Operation. Dabei wird das entzündliche Gewebe rings um den Ansatz der Fußsohlensehne abgetragen und die Sehne um etwa ein Drittel eingekerbt. Eventuell kann ein vorhandener Fersensporn (teilweise) abgetragen werden. Die Nachbehandlung ist langwierig mit Krücken, Gehgips und und maßgefertigten Schuheinlagen.

Die beste und erfolgreichste Behandlung der Fasciitis Plantaris ist auch im Zeitalter der High-Tech-Medizin das rechtzeitige Erkennen und frühzeitige Ernstnehmen der Überlastungsbeschwerden im ersten Stadium.

(Kurzfassung einer als Ebook geplanten Arbeit, siehe auch www.derlaufdoktor.de) ■