

Sportverletzungen Teil 3:

Probleme mit der Achillessehne

Dr. med. Tim Kinateder, Verbandsarzt Bayerischer Tennis-Verband, DavisCup-Arzt

Neben einer guten Schlagtechnik zählt im Tennissport insbesondere eine gute Beinarbeit zu den Grundlagen eines erfolgreichen Spiels. Somit ist es nicht verwunderlich, dass gerade die Sprunggelenke aufgrund der permanenten Richtungswechsel enormen Belastungen ausgesetzt sind. Hierbei kommt nicht nur dem stumpfen Hallenboden eine entscheidende Bedeutung zu, sondern auch das Rutschen auf Sandplätzen kann zu Überlastungsschäden und Verletzungen im Kapsel-Band-Apparat des Sprunggelenkes sowie der Achillessehne führen.

Insbesondere Hobbysportler im mittleren Lebensalter, und hier vor allem Männer, sind überdurchschnittlich häufig von Überlastungen der Achillessehne betroffen. Im Vordergrund stehen langwierige Reiz- und Schmerzzustände welche zur Sportpause zwingen. Der Riss der Achillessehne ist ein akutes Ereignis und betrifft sowohl Hobby- als auch Leistungssportler, zumeist auf Grundlage von degenerativen Veränderungen der Sehne.

Die Achillessehne

Die Achillessehne ist eine der stärksten Sehnen des menschlichen Körpers und überträgt beim Abstoßen vom Boden die Kraft der Unterschenkelmuskulatur auf das Sprunggelenk. Die in der Sehne wirkenden Kräfte sind erheblich und betragen bis zum 15-fachen des Körpergewichtes. Erschwerend kommt hinzu, dass die Achillessehne direkt unter der Haut liegt und somit wenig geschützt ist gegen Tritte und Stöße. Anatomisch bedingt ist die Sehne vor allem im mittleren Drittel schlecht durchblutet und dadurch anfällig für chronische Überlastungsschäden.

Die überlastete Achillessehne

Typisches Frühsymptom der chronischen Überlastung der Achillessehne ist der sogenannte Anlaufschmerz. Die ersten Schritte morgens oder nach längerem Sitzen oder Liegen sind schmerzhaft und verleiten den Betroffenen zum Hinken. Nachdem die Sehne „eingelaufen“ ist bzw. nach dem Aufwärmprogramm ist die Sehne anfangs noch uneingeschränkt belastbar. Später ist die Sehne druckempfindlich, teils spindelförmig geschwollen und schmerzt nahezu bei jedem Schritt. Zur Sicherung der Diagnose bewährt sich die Ultraschalluntersuchung bzw. eine Kernspintomographie, um die Qualität der Achillessehne zu beurteilen. Anhand der Bilder können auch Teileinrisse und degenerative Veränderungen der Sehne erkannt werden.

Therapeutisch kommt in diesem Stadium der Prävention und konservativen Therapie eine entscheidende Rolle zu. Die Trainingsintensität sollte frühzeitig reduziert und Frühsymptome ernst genommen werden. Muskuläre Ungleichgewichte werden durch spezielle Kräftigungsübungen unter physiotherapeutischer Anleitung ausgeglichen. Ergänzend erfolgen regelmäßige physikalische The-

rapiemaßnahmen wie Ultraschall, Stoßwelle oder Elektroanwendungen. Ursächlich zugrunde liegende Fehlstellungen der Füße und der Beinachsen werden nach genauer Vermessung mit individuell angefertigten Einlagen korrigiert. Um Folgeschäden, wie Rissbildungen, bei chronischen und therapieresistenten Verläufen zu vermeiden, wird rechtzeitig die Indikation zur Operation gestellt. Die verletzten Sehnenanteile werden schonend entfernt und gegebenenfalls mit körpereigenem Sehnenmaterial verstärkt.

Die schmerzhafte Ferse

Abzugrenzen von der chronischen Achillessehnenreizung ist der Symptomkomplex der schmerzhaften Ferse. Durch Knochenvorsprünge am Fersenbein (Haglundferse, Fersensporn) kommt es zur Reizung des Ansatzes der Achillessehne am Knochen. Nicht selten sind Kalkeinlagerungen in der Sehne zu finden, welche von Schleimbeutel- und Knochenentzündungen begleitet werden. Der Schmerz projiziert sich auf die Ferse, eine Schwellung ist häufig. Durch eine Röntgenuntersuchung lässt sich das Ausmaß der Knochenvorsprünge und der Kalkeinlagerung erkennen. Zur Beurteilung der Sehne und des Schleimbeutels komplettieren der Ultraschall und ggf. eine Kernspintomographie die Diagnostik. Sollten konservative Therapiemaßnahmen (siehe oben) nicht den erwünschten Erfolg zeigen, werden die Knochenvorsprünge operativ entfernt. Hierbei kann es durchaus notwendig sein die Achillessehne vom Knochen abzulösen, um sie anschließend wieder mit einem Knochenanker aus Titan an das Fersenbein zu refixieren.

Riss der Achillessehne

Durch eine plötzliche Krafteinwirkung auf die Achillessehne, z. B. beim Sprint ans Netz oder beim abrupten Abstoppen, kann die Achillessehne reißen, was häufig von einem peitschenartigen Geräusch begleitet wird. Der Fuß kann nicht mehr belastet werden und in der Sehne ist eine Lücke tastbar. Die meisten Patienten berichten in der Vorgeschichte über bereits vorhandene Beschwerden an der Achillessehne. Um ein optimales funktionelles Ergebnis zu erzielen, erfordert ein Sehnenriss beim Sportler die exakte operative Adaptation der Sehnenenden durch eine Naht. Bei günstigen Voraussetzungen kann die Operation in minimalinvasiver Technik erfolgen, das heißt über zwei bis drei winzige Hautschnitte. Die Nachbehandlung ist langwierig und entscheidend für den letztendlichen Operationserfolg. Zunächst erfolgt die Ruhigstellung des Sprunggelenkes in Spitzfußstellung für mehrere Wochen, bevor dann krankengymnastische Übungen und physikalische Therapiemaßnahmen die Beweglichkeit und Belastbarkeit optimieren. Tennisspielen ist auch bei optimalem Verlauf nach der Operation leider erst nach sechs bis neun Monaten wieder möglich.

Tennis zählt zu den Sportarten, die die Achillessehne erheblich belasten. Um einer Chronifizierung der Beschwerden vorzubeugen, sollten Frühsymptome ernst genommen und eine exakte Diagnosestellung rechtzeitig eingeleitet werden.

Weitere Informationen finden Sie unter www.zfos.de