

Kalk in der Achillessehne - wie kommt es dazu?

Entzündungen der Achillessehne betreffen nicht nur Sportler. Auch Menschen, die sich im Alltag normal oder wenig bewegen, können von diesem Schmerzsyndrom betroffen sein. Chronisch bestehende Achillessehnenbeschäden können zu kompletten Rissen der Sehne oder sogar zur Gehunfähigkeit führen.

Der Fersensporn

Was ist hier passiert? An Fersensporn leidende Patienten beschreiben meist Schmerzen in der Fersenregion. Diese beginnen oft schleichend und erreichen im Akutstadium Belastungsschmerzen bei jedem Schritt. Die Bezeichnung „Sporn“ beschreibt die Kalkeinlagerung im Bindegewebe der Achillessehne. Diese Einlagerung kann einerseits in der Achillessehne stattfinden, dann sprechen Osteopathen vom dorsalen Fersensporn. Andererseits kann die Kalkanlage auch entlang der Fußsohle erfolgen, dann kommt es zum plantaren Fersensporn.

Wie kommt der Kalk in die Sehne?

Unsere Füße sind großen Belastungen ausgesetzt. Kleinste Verletzungen, sogenannte Mikrotraumen zwischen den Sehnen und dem Fersenbein, führen zu Mikroentzündungen. Mikroentzündungen schwächen die Zugfestigkeit der Sehne. Schreiten die Mikrotraumen und Entzündungen durch tägliche Belastung fort, könnte die Sehne im Laufe der Zeit reißen. Um einem Riss vorzubeugen, entscheidet sich der Körper oft für eigene stabilisierende Maßnahmen. Er baut in die geschwächte Sehne Kalkkristalle ein, wie er sie beim Knochenbau verwendet. Jetzt hat die Sehne mehr Stabilität und kann der Zugbelastung besser widerstehen. Bei dieser intelligenten Reaktion des Körpers handelt es sich jedoch nur um eine vorübergehende Lösung. Die Sehne hat jetzt durch den Kalksporn viel Stabilität erfahren, jedoch ist die Flexibilität deutlich verringert, so dass ihre Beweglichkeit eingeschränkt ist. Die eingeschränkte Mobilität wird der Bewegungsanforderung an den Fuß nicht mehr gerecht. Damit beginnen die Funktionsstörungen: Zunächst lokal am Fuß, dann breiten sich diese in der näheren Umgebung aus, bis sie zu statischen Veränderungen der

Beinachsen und weitläufigen Veränderungen der Gesamtkörperstatik führen.

Aber nicht nur Mikroverletzungen schädigen das Sehngewebe. Auch dauerhafte Verspannung der Beinmuskulatur und der Faszien ruft an der Achillessehne und Ferse reaktiv stabilisierende Kalkeinlagerungen hervor. Als Ursache für Verspannungen der Beinmuskulatur und Faszien gelten Unterbauchverwachsungen nach Operationen, Entbindungen durch Kaiserschnitt, Durchblutungsstörungen, Beinoperationen, verkürzte Muskelgruppen oder einseitige Haltung und Belastung.

So kann ein Uterus Myomatosus, eine Muskelgewebeknotenbildung in der Gebärmutter, durch Größenzunahme und Lageveränderung des Uterus zu einem Ungleichgewicht der Kraftverhältnisse im Becken führen. Ungleiche Belastung der Bänder und Faszien zwischen Bauchwand, Blase, den weiblichen Geschlechtsorganen, dem Darm, der Gefäße und Nervenbahnen und den umgebenden Knochen führen zunächst zu lokalen Veränderungen im Gewebe. Später können Beeinträchtigung der genannten benachbarten Strukturen entstehen. Ursächlich dafür sind Kompressions- und Mobilitätsveränderungen der Organe oder Dysfunktionen der knöchernen Beckenstrukturen, die sich oft als Funktionsstörungen des Kreuzbeins oder des Darmbeins manifestieren. Häufig greifen diese Dysfunktionen des Beckens auch auf die dort ansetzenden Muskeln und Faszien der Beine über. Die Spannung erreicht über die hintere Oberschenkelmuskulatur die Wadenmuskulatur, und von hier wird sie über die Achillessehne über das Fersenbein an die Fußsohle geleitet. Bleibt die Ursache der Beckenregion über lange Zeit unbehandelt, kann eine dauerhafte Überspannung der Beinmuskulatur die Einlagerung von Kalkkristallen in der Achillessehne und Plantarfaszie der Fußsohle begünstigen.

Was macht die Schulmedizin?

In der Schulmedizin wird diesen Symptomatiken mit Stoßwellentherapie, Cortisoninjektionen oder operativen Eingriffen begegnet. Operative Sporentfernung und die Entfernung der veränderten Sehnenanteile gehören zur Standardtherapie.



Was macht die Osteopathie?

Die osteopathische Betrachtung des Fußes schließt alle funktionell beteiligte Komponenten des Körpers ein:

- Besteht eine Blockierung der Fußknochen?
- Wie ist die Fußstatik?
- Wie ist das Abrollverhalten des Fußes?
- Besteht ein Beckenschiefstand mit resultierender Anspannung der Muskelketten, und ist dadurch die Gesamtstatik des Patienten verändert?
- Bestehen organisch bedingte, asymmetrische Spannungsverhältnisse im Unterbauch?
- Besteht Übergewicht?
- Wird falsches Schuhwerk getragen?
- Wie ist das Trainingsverhalten?
- Bestehen Stoffwechselerkrankungen, die den Ernährungszustand der Gewebe beeinflussen?

Auch nach einer bereits erfolgten Achillessehnen-Operation ist es ratsam, den funktionellen Zustand des Körpers zu untersuchen. Das Operieren der betroffenen Region stellt aus osteopathischer Sicht nur eine Schadensbegrenzung dar. Die Ursache wird dabei meist nicht erfasst. Das Feststellen und gezielte Korrigieren der ursächlichen Faktoren kann bei der vollständigen Regeneration der Achillessehnenproblematik zielführend sein. Ziel einer jeden osteopathischen Behandlung ist es, Fehlfunktionen möglichst frühzeitig zu erkennen, um einer Chronifizierung vorzubeugen und eine Operation zu vermeiden.

Der orthopädische Schuhmacher

Ein guter Austausch zwischen orthopädischem Schuhmacher und Osteopathen ist sinnvoll. Die Einlagenversorgung ist ein sehr sensibles und individuelles Thema. Bei Patienten mit akuten Beschwerden kann eine vorübergehende Entlastung der gereizten Fußregionen durch eine Einlagenversorgung sehr hilfreich sein. Hier können sogenannte punktentlastende Einlagen das Mittel der Wahl sein. Diese sollten dann nach erfolgter osteopathischer Therapie wieder entfernt werden können, unter Beibehaltung der Beschwerdefreiheit. Eine Weitung der Schuhe mit einer „Ballenzange“ kann zusätzlich zur osteopathischen Behandlung zur Entlastung der gereizten Stelle führen. Einlagen zur Unterstützung des Mittelfußes

können dazu beitragen, dass das Körpergewicht wieder auf die dafür vorgesehenen Regionen zentriert wird. Dafür vorgesehen ist der 1. und 5. Mittelfußknochen, also die beiden äußeren „Stützpfiler“ des Fußes. Der orthopädische Schuhmacher empfiehlt eine Einlage mit einer Stütze unter dem Quergewölbe in Form einer „Pelotte“. Allem Fußtraining zum Trotz ist ein durchgetretenes Quergewölbe bei einem Spreiz-Senkfuß nicht mehr in der Lage, in seine ursprüngliche Form zurückzukehren bzw. diese unter der Last des Körpergewichtes zu halten. Diese Pelotten-Einlage kann bei größeren sportlichen Belastungen wie Wanderungen etc. getragen werden.

Darüber hinaus berät der orthopädische Schuhmacher zu geeigneterem Schuhwerk. ●

**Meike Schulz, Dr. med. Jürgen Grasmück
und Alfred Deck (orthopädischer Schuhmacher)**

Anzeige

FACHKLINIK FÜR ORTHOPÄDISCHE UND RHEUMATOLOGISCHE REHABILITATION

In der Salztal Klinik werden neben Anschlussheilbehandlungen nach allen Operationen am Bewegungsapparat, bei orthopädischen Erkrankungen oder Verletzungsfolgen ebenfalls stationäre Heil- und Vorsorgemaßnahmen für alle Versicherten der gesetzlichen sowie privaten Krankenversicherungen durchgeführt.

WIR FREUEN UNS AUF SIE!

Fordern Sie weitere Infos unter info@salztalklinik.de

Wir senden Ihnen gern Informationsmaterial zu unseren Pauschalangeboten!



Unsere Behandlungsschwerpunkte:

- Orthopädie
- Orthopädische Rheumatologie
- Unfallchirurgie
- Osteopathie
- Osteologie
- Sportmedizin
- Sozialmedizin
- Allgemeinmedizin
- Physikalische und Rehabilitative Medizin

Partner des
**Olympiastützpunkt
Hessen**

Im Landesportbund Hessen e.V.



Neben stationärer und ambulanter Rehabilitation auf allerhöchstem Niveau ist die Salztal Klinik Kooperationspartner des Olympiastützpunktes Hessen und Anlaufstelle für Leistungs- und Kadersportler mit Problemen am Bewegungsapparat.

Salztal Klinik GmbH • Parkstraße 18 • 63628 Bad Soden-Salmünster

Telefon 06056 / 745-0 • Fax 06056 / 745-4446

E-Mail: info@salztalklinik.de • www.salztalklinik.de