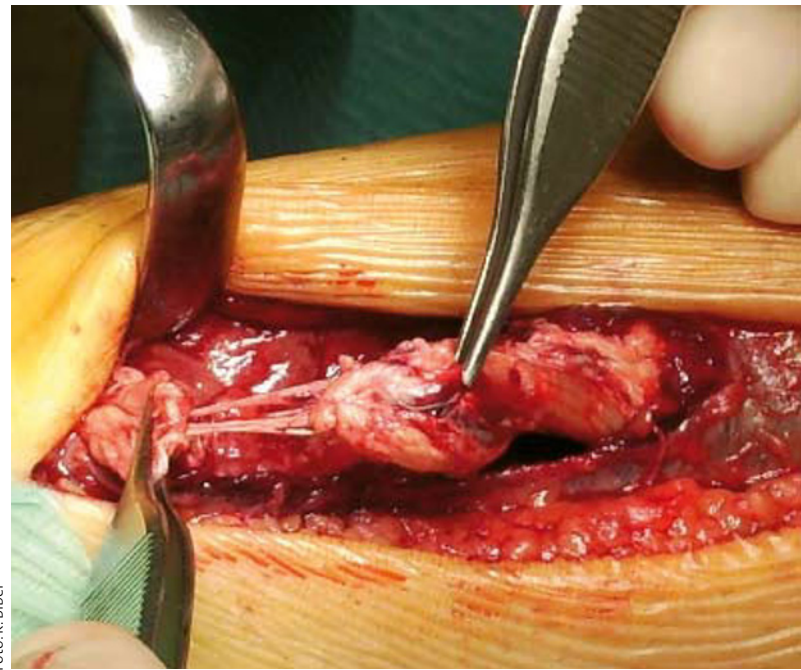


## Achillessehnenruptur

VON R. BIBER

Eine Achillessehnenruptur passiert meist beim Freizeitsport. Unvermittelt kommt es zu einem peitschenhiebartigen Schlag und einem stechenden Schmerz über der Achillessehne. Die Inzidenz hat in den letzten 50 Jahren massiv zugenommen: Von 100 000 Menschen erleiden etwa zwölf pro Jahr eine Achillessehnenruptur. Der niedergelassene Arzt ist meist als Erster mit der Verletzung konfrontiert. Er sollte diese daher zuverlässig erkennen und die weitere Behandlung einleiten können.

Foto: R. Biber



### Anamnese

Neben der Analyse des Ereignisses einschließlich Ort und Zeit sollten insbesondere auch die Risikofaktoren einer Achillessehnenruptur erhoben werden:

- Steroidinjektionen
- Gicht
- Einnahme von Fluorchinolonen (z. B. Ciprofloxacin)
- Diabetes mellitus.

Eine sorgfältige Dokumentation der Anamnese hat eine besondere Bedeutung, da die Patienten die Verletzung häufig als unfallbedingt ansehen und ggf. ihrer Unfallversicherung melden. Eine Anerkennung der Ruptur als Unfallfolge ist jedoch problematisch, da meist degenerative Vorschädigungen vorliegen. Neben einer ggf. intraoperativ entnommenen Histologie kann insbesondere auch die Anamnese später Hinweise darauf geben, inwieweit die Verletzung versicherungsrechtlich als Unfallfolge einzustufen ist.

### Diagnostik

Die klinische Untersuchung zeigt oft eine tast- oder sichtbare Delle. Der Zehenspitzenstand ist meist nicht mehr möglich.

Als sehr aussagekräftig gilt der Thompson-Test: Die manuelle Kompression der Wade in Bauchlage führt bei kompletter Achillessehnenruptur nicht mehr zu einer Plantarflexion des Fußes. Die erhaltene Fähigkeit zur aktiven Plantarflexion schließt die Verletzung nicht aus, da – wenn auch schwächer – der M. plantaris ebenfalls die Flexionsbewegung vermitteln kann.

Die beste bildgebende Untersuchung ist die Sonografie. Ein MRT dagegen ist nur in Ausnahmefällen indiziert. Notwendig ist auch eine seitliche Röntgenaufnahme des Calcaneus, um eine knöcherne Läsion am Achillessehnenansatz auszuschließen.

### Konservative Therapie

Das Vorliegen einer nur partiellen oder sehr weit proximal gelegenen Ruptur sowie ein deutlich erhöhtes Operationsrisiko sprechen für eine konservative Therapie.

Hierbei wird zunächst in Spitzfußstellung bis zur Abschwellung ruhig gestellt (Gips oder Spezialschuh; Thromboseprophylaxe nicht vergessen!) und anschließend mit einer Achillessehnenorthese (z. B. Aircast-Walker, Vario-stabil, Röckstiefel, Orthotech-Stiefel) für sechs Wochen behandelt. Der zunächst 3 cm hohe Absatz wird dabei alle zwei Wochen um 1 cm erniedrigt. Ein Fersenkeil für das normale Schuhwerk (z. B. Viscoheel) wird anschließend für vier bis sechs Monate empfohlen.

### Operative Therapie

Der Vorteil der operativen Therapie liegt in der geringeren Rerupturrate und dem meist besseren funktionellen Ergebnis. Derzeit gilt die offene Naht über eine mediale Inzision als Standardverfahren. Perkutane Nahttechniken haben zwar eine niedrigere Rate an Wundinfektionen, zeigen jedoch mehr Rerupturen und Nervenläsionen. Plastische Sehnenrekonstruktionen sind meist nur bei veralteten Rupturen notwendig.

Die Nachbehandlung entspricht weitgehend der konservativen Therapie.

### Anschrift des Verfassers:

Dr. med. R. Biber  
Klinik für Unfall- und Orthopädische Chirurgie,  
Klinikum Nürnberg  
Breslauer Str. 201  
D-90471 Nürnberg  
E-Mail: roland.biber@klinikum-nuernberg.de