

## 12.1 Indikationen

Die Behandlung der Plantarfasziitis wird in erster Linie konservativ durchgeführt. Die Therapiekonzepte umfassen eine nichtsteroidale antiinflammatorische Medikation, Einlagenversorgung, Schuhzurichtungen, Physiotherapie und Ultraschallbehandlung, extrakorporale Stoßwellentherapie und Injektionen mit Corticosteroiden oder thrombozytenreichem Plasma (platelet-rich plasma = PRP).

Bei Versagen der konservativen Maßnahmen über einen Zeitraum von mindestens 3 Monaten besteht die Indikation zum operativen Eingriff. Bei Hochleistungsathleten stellen die Autoren die Indikation zur OP in Fällen mit hohem Leidensdruck bereits früher, um lange Ausfallzeiten zu vermeiden (Saxena et al. 2013). Das **endoskopische Plantarfaszienrelease** hat sich insbesondere bei einem Patientengut, das eine rasche Wiederherstellung der Belastungsfähigkeit erfordert, als sicheres und schnelles Verfahren erwiesen (Othman u. Ragab 2010, Radwan et al. 2012, Saxena et al. 2013).

## 12.2 Lagerung

Der Patient wird auf dem Rücken gelagert, sodass der Fuß problemlos nach außen (► Abb. 12-1a) und nach innen gedreht werden kann. Die sterile Abdeckung reicht bis über die Malleolengabel. Um den Zugang zur Ferse zu erleichtern, kann der distale Unterschenkel auf einer sterilen Rolle gelagert werden. Eine Blutsperrung wird nicht verwendet.

## 12.3 Instrumentarium

Für das endoskopische Plantarfaszienrelease werden eine Einzelportal- und eine Doppelportaltechnik beschrieben. Im Folgenden wird die sogenannte **Duale-Portal-Technik** dargestellt. Die erforderlichen Instrumente entsprechen denen der endoskopischen Gastrocnemiusverlängerung.

### Instrumentarium

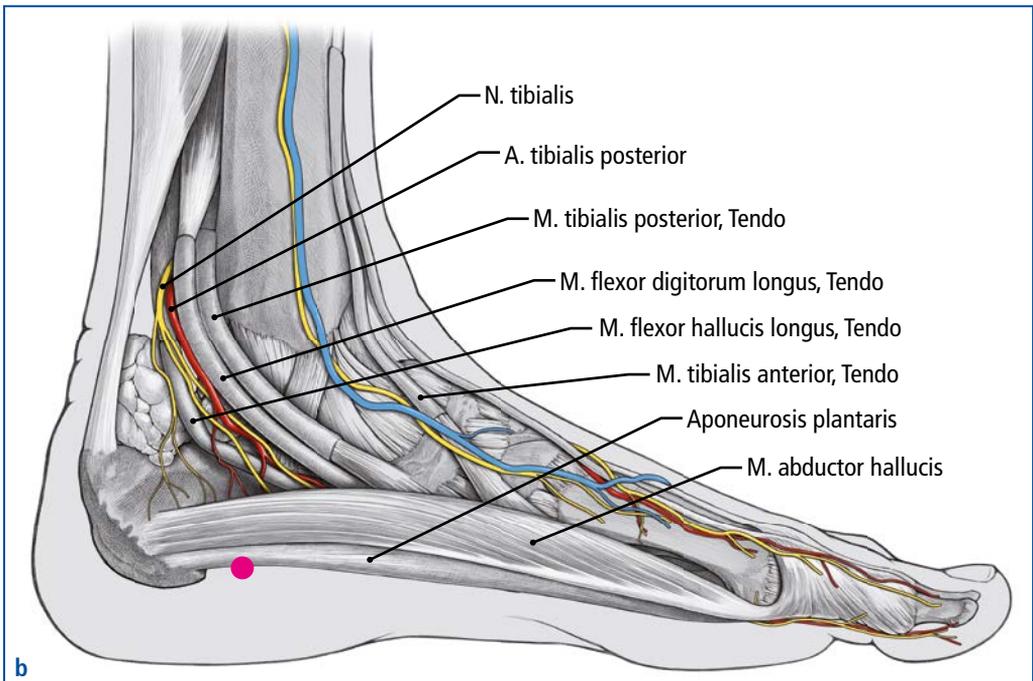
- Skalpell
- Klemmchen
- 4,0-mm-Arthroskop mit 30°-Blickwinkel
- geschlitzte Arbeitskanüle bzw. Trokar
- Obturator für die Arbeitskanüle
- Elevatorium
- antegrades oder retrogrades Hakenmesser
- ggf. Raspel

Auch hier ist die Wahl zwischen einem vorwärts- und rückwärtsschneidenden Messer dem Operateur überlassen und hat keinen Einfluss auf das OP-Ergebnis.

## 12.4 Zugangswege

Das **mediale Portal** wird ca. 1 cm anterior des Plantarfaszienansatzes am Kalkaneus und etwa 2,5 cm cranial der Fußsohle an-

gelegt (► Abb. 12-1). Der Zugang lässt sich anhand der anatomischen Landmarken folgendermaßen bestimmen: Der Fuß wird in Neutralstellung gebracht und in Verlängerung der Innenknöchelhinterkante zunächst



**Abb. 12-1** Mediales Portal ca. 1 cm ventral des Ansatzes der Plantarfaszie und etwa 2,5 cm cranial der Fußsohle

**a** Darstellung am OP-Situs

**b** schematische Darstellung