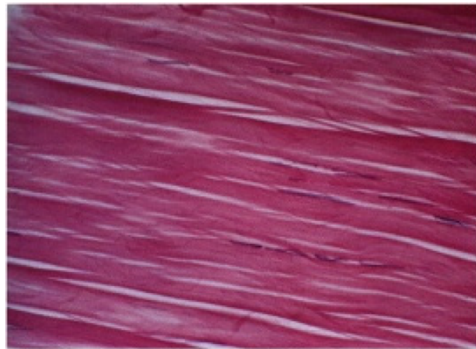




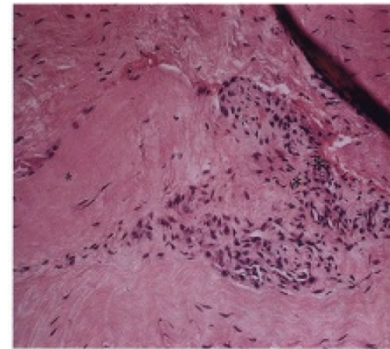
Hielspoor of Fasciitis Plantaris

Fasciitis plantaris, in de volksmond vaak hielspoor genoemd, is een veel voorkomende oorzaak van hielpijn bij volwassenen.

Hoewel dat algemeen gedacht wordt, wordt de pijn NIET veroorzaakt door een botuitsteeksel van het hielbeen. De pijn wordt veroorzaakt door "bindweefsel degeneratie" (= verslechtering van de kwaliteit van het weefsel) van de peesplaat van de voetzool, en begint eerst als een ontsteking. De degeneratie van de peesplaat veroorzaakt verlies van bindweefsel en toename van ontstekingscellen (Fig 1a&b). De oorzaak van de degeneratie zijn steeds terugkerende kleine trauma's door overbelasting. Risico factoren voor het ontwikkelen van fasciitis plantaris zijn overgewicht, toegenomen activiteiten waarbij de voet wordt belast zoals joggen en/of een ongewone hardloop inspanning of verkeerd schoeisel.



normaal bindweefsel
met ontstekingscellen



degeneratief bindweefsel

Diagnose

De diagnose fasciitis plantaris wordt gesteld op basis van de anamnese en het lichamelijk onderzoek. De typische klacht is hielpijn bij belasting. De pijn is het meest aanwezig in de ochtend, met name bij het opstaan en het weer belasten van de voet na een periode van rust. Ook kan er pijn zijn na lang staan en dit gaat soms samen met stijfheid. De pijn is meestal gelokaliseerd aan de voetzool zijde van de hiel.

Bij onderzoek is er drukpijn aan de voetzool bij voorzijde van de hiel. Vaak hebben patiënten ook pijn als ze op de tenen staan en bij buigen van de tenen. Een enkele keer wordt er nog een röntgenfoto gemaakt waarbij er soms een 'spoor' wordt gezien, een botuitsteeksel aan de onderkant van het hielbeen, waarnaar de afwijking is vernoemd: "hielspoor". Deze naam is wat misplaatst omdat 15-25% van de bevolking zo'n hielspoor heeft zonder daar last van te hebben. Toch kan een röntgenfoto zinvol zijn met name om andere afwijkingen uit te sluiten: bv een stressfractuur of cyste van het hielbot.

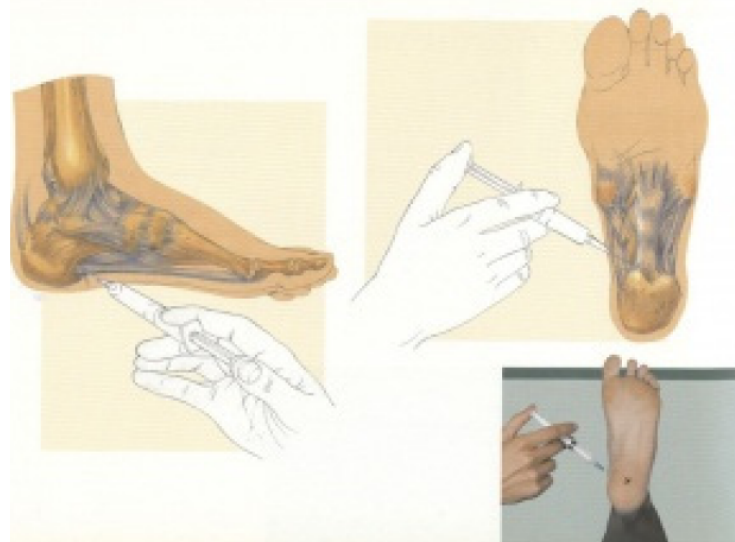


Behandeling

Fasciitis plantaris is een 'self-limiting' aandoening, met een gemiddelde duur van 6-18 maanden. Dit betekent dat de klachten over het algemeen vanzelf minder worden. Belangrijk is een vroege herkenning omdat behandeling dan de duur van de klachtenperiode kan bekorten.

In principe wordt eerst gestart met rekoefeningen in combinatie met inlegzooltjes, evt. ook NSAID's (ontstekingsremmende en pijnstillende medicijnen). Hiermee kan uiteindelijk 80% van de patienten succesvol worden behandeld. De rekoefeningen zijn erg belangrijk voor het herstel. In wetenschappelijk onderzoek geven de personen die rekoefeningen deden een snellere verbetering van de pijn aan dan personen die dit niet deden. De rekoefeningen zijn gericht op zowel de achillespees als de plantaire pees-plaat. Ook kan het zinvol zijn om schoeisel te gebruiken met een verende zool, zoals hardloopschoenen. Verminderen van lichaamsgewicht en het doseren van belasting levert vaak klachten vermindering op.

Voor chronische klachten zijn er een aantal niet-chirurgische mogelijkheden. Soms wordt 4 weken onderbeengips gegeven om de klachten te verminderen. Sinds kort wordt ook de "extracorporele schokgolf-therapie" (ESWT) gepropageerd. ESWT werkt met sterke ultrasone geluidsgolven die de zachte weefsels binnendringen. Maar in wetenschappelijk onderzoek is nog geen duidelijk bewijs voor de werkzaamheid hiervan gevonden.



Op dit moment is de meest toegepaste behandeling het injecteren van corticosteroïden ("bijnierhormoon"). Van corticosteroïden is bekend dat het een verbetering geeft op korte termijn, meestal niet op langere termijn. Ook is er bij vaker injecteren kans op een ruptuur (scheur) van de plantaire peesplaat, met de bijbehorende heftige pijn en functieverlies van de peesplaat, daarom zijn we met toedienen van injecties terughoudend. Van operatieve behandeling is bij wetenschappelijk onderzoek eigenlijk geen duidelijk effect op de klachten gevonden, en deze wordt daarom in Gelre ziekenhuizen dan ook niet toegepast.