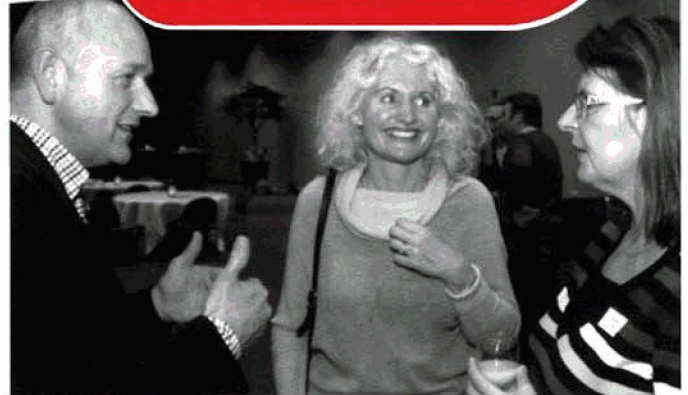


Optimale therapie bij fasciitis plantaris

Onderzoek Podozorg en dr. I.V. (Bella) van Dalen



Dr. Bella van Dalen tijdens het Jaarcongres in 2009 in gesprek met enkele leden van de Podozorggroep. (Archieffoto Stichting LOOP)

Door: Robert Wonink

Onderstaand interview is gehouden op zaterdag 17 april 2010. Op deze dag kwamen 30 registerpodologen bij elkaar om te praten over de optimale therapie bij fasciitis plantaris. Vooraf is een inventarisatie gemaakt van alle gangbare therapieën die tegenwoordig ingezet worden door verschillende disciplines ter behandeling van fasciitis plantaris.

Doel van deze dag was te komen tot consensus met betrekking tot de beste therapie en dit vast te leggen in een nieuw behandelingsprotocol. De Podozorggroep gaat dit protocol gebruiken en evalueren in het komende jaar.

Dr. I.V. van Dalen, orthopedisch chirurg en gespecialiseerd in voetproblematiek, was bereid actief mee te denken in het formuleren van de 'beste therapie bij fasciitis plantaris'.

De Podozorggroep heeft dr. van Dalen een aantal vragen voorgelegd. Hieronder treft u een korte beschrijving van de antwoorden op de vragen aan.

Vraag 1. Is ECSWT (extracorporal shock wave therapie) zinvol bij een infrafasciale ruptuur?

In de literatuur is dit niet bewezen en het geeft ook in de praktijk een wisselend effect.

Een ruptuur ontstaat vaak acuut door een verkeerde beweging. Er is dus al weefselschade en het doel van ECSWT is weefselschade te laten ontstaan. M.a.w. dit lijkt niet zinvol.

Vraag 2. Wordt ECSWT alleen bij neovascularisatie toegepast of veroorzaakt ECSWT neovascularisatie?

En hoe lang duurt dan de genezing?

Als er al neovascularisatie aanwezig is duurt de genezing korter met ECSWT, doordat de therapie dan meer effect heeft.

Bij een ontsteking zonder neovascularisatie is de ECSWT zelf de oorzaak van weefselschade en daardoor ontstaat nieuwgroei van bloedvaten. Dat is mogelijk de verklaring voor het feit dat sommige behandelingen met ECSWT herhaald moeten worden en langer duren.

Dr. Van Dalen geeft zelf overigens een ECSW-behandeling onder verdoving met een zeer hoog energetische impact. Meestal betreft het 1 behandeling zonder napijn.

Een andere methode is een injectie van groeifactoren. Met GPS¹ worden groeifactoren gewonnen uit 50 cc patiënteigen bloed. Na centrifuge blijft er 4 cc over en dat wordt geïnjecteerd. Patiënten hebben een paar dagen pijnklachten na deze behandeling. De succesrate van deze behandeling is niet groter dan met ECSWT.

Het gebruik van ontstekingsremmers of NSAID's gaat de werking van ECSWT tegen. Ontstekingsremmers moeten dus niet gebruikt worden tijdens de behandelperiode met ECSWT.

Vraag 3. Normaal ligt een hielspoor (enthesofyt) parallel aan het fibrillaire patroon van de fascia plantaris. Is een dwars op de vezels gevormd ossaal hielspoor dat plantairwaarts wijst een contra-indicatie voor ECSWT?

Neen, schade richt je toch wel aan. Het is niet bewezen of ECSWT helpt bij een hielspoor (ook bij een hielspoor in lengterichting). Het geeft een wisselend effect. Er is weinig over bekend. Er is geen bezwaar om ECSWT te gebruiken.

Vraag 4. Na ECSWT is er geen pijn meer na 3 maanden tot een jaar, maar op de echo is vaak nog wel een verdikt peesblad te zien zonder fibrillair patroon zonder infrafasciaal oedeem. Heeft dat gevolgen?

Ja, het zegt ook iets over de betrouwbaarheid van conclusies die men wil trekken bij de echobeelden: een verdikking betekent dan dus niet altijd pathologie. Hier zou een goed gedocumenteerd onderzoek naar verricht moeten worden!

Verder: zonder pijn is de patiënt tevreden. Dit is nog onbekend gebied en dr. Van Dalen legt bij Robert de uitdaging om hier onderzoek naar te doen.

Vraag 5. Kan ECSWT ook midden in de fascie of pees gegeven worden?

Nee, een voorwaarde voor ECSWT is dat de aandoening aanligt op bot om de energie gericht te kunnen inzetten.

Vraag 6. Hoe denkt U over het effect van tapen?

De patiëntencategorie die bij mij komt is anders dan die in de eerste lijn gezien wordt. Patiënten hebben al diverse therapieën gehad en de situatie is dan ook ernstiger. In het algemeen duurt het effect van tapen (te) kort voor de behandeling van fasciitis plantaris.

Vraag 7. Hoe staat u tegenover de nieuwe techniek om Botoxuline type A te gebruiken?

Er is over dit onderwerp een goed opgezet onderzoek uit Taiwan gepubliceerd en een orthopeed met de naam Plachek uit Berlijn werkt er al jaren mee. Hij heeft in 2005 Botox gebruikt bij spastische kinderen met tendinopathieën en plantaire fasciitis. Er zou een groter onderzoek in Berlijn volgen, maar daar is tot nu toe nog niets over gepubliceerd.

Relevant is wat het effect is na 1 jaar. Hier is nog geen antwoord op gegeven. De Taiwanezen hebben de effecten slechts tot op 3 maanden gemeten.

Vraag 8. Wat vindt u van het gebruik van nachtsplanken?

Dr. Van Dalen verwondert zich over het feit dat voetspecialisten bij haar in de buurt een nachtsplank niet direct voorschrijven. Ze acht het voor genezing noodzakelijk 's nachts rek op de plantaire fascie te houden. Ze wijst op het effect in 'Jip en Janneke taal': wanneer de voet tijdens de slaap ontspannen naar beneden hangt, is er geen spanning op de plantaire fascie. Tijdens de nacht vindt er een reparatieproces plaats, maar bij het opstaan en belasten van de voet komt de plantaire fascie direct op volle spanning en daardoor wordt het uiterst kwetsbare littekenweefsel weer losgetrokken. Het gebruik van een nachtsplank houdt de plantaire fascie op spanning en zorgt daardoor voor minder of geen schade bij het opstaan.

Een bijkomend effect is reductie van pijn 's morgens bij de eerste stappen.

Ze wijst ook op bezwaren van het gebruik van een Rafys en

¹ GPS (Gravitational Platelet Separation System) biedt een alternatief als aanvulling op de bestaande behandelmethoden. Voor de behandeling wordt een kleine hoeveelheid bloed van de patiënt afgenomen. Het bloed wordt met behulp van een GPS-systeem gescheiden, op deze manier wordt een bloedplaatjesconcentraat verkregen. De bloedplaatjes bevatten groeifactoren die de bloedvatjes en wondgenezing stimuleren. (Bron: www.ght.nl/Groene_Hart_Ziekenhuis_C01)

