



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das Peroneal Split Syndrom ist in der heutigen Zeit ein seltenes, aber dennoch sehr interessantes Krankheitsbild.

Auf Grund dessen möchten wir uns in der heutigen Ausgabe unserer OrthoNews dem Peroneal Split Syndrom mit seiner klinischen Beschwerdesymptomatik, welche häufig verkannt und daher auch meist verspätet diagnostiziert wird, widmen.

Wir geben Ihnen einen Überblick über die Pathophysiologie, den klinischen Befund, die Therapieoptionen und insbesondere über die sehr effektive Operationsmethode.

Wir wünschen viel Spaß beim Lesen und verbleiben mit herzlichen Grüßen aus Bad Rappenau

## PERONEAL SPLIT SYNDROM

Die peroneale Muskelgruppe liegt im lateralen Kompartiment des Unterschenkels. In 20% findet sich eine Os peroneum, dies ist eine Sesambein in der Peroneus longus Sehne im Bereich der Calcaneocuboidgelenkes. Auf Höhe des lateralen Malleolus verlaufen die Peroneus longus und brevis Sehne in einer gemeinsamen Sehnenscheide hinter der Fibula. Rupturen der Peronealsehnen können als Folge eines akuten Traumas auftreten. Häufig entstehen sie aufgrund einer chronischen Instabilität mit oder ohne Subluxation der Peronealsehnen oder einer chronischen Lockerung des Retinakulum. Ein Peronealsehnensplit ist eine Längsruptur meist der Peroneus brevis Sehne. Dieses ist häufig Folge chronischer Subluxationen oder eines hypertrophen Tuberculum peronei (siehe Abb. 1) am lateralen Fersenbein.

Im weiteren Verlauf arbeitet sich die hinter der Peroneus brevis Sehne verlaufende



Abbildung 1: Tuberculum peronei (Pfeil, Stern)

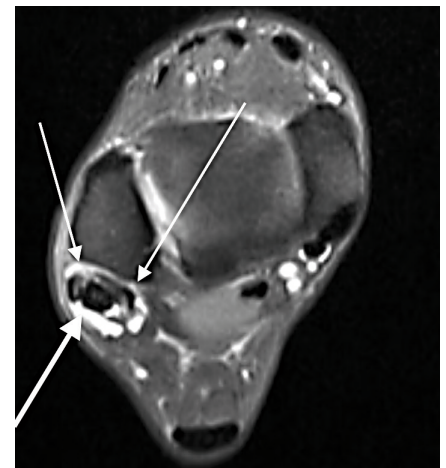


Abbildung 2: MRT einer Längsruptur der Peroneus brevis Sehne. Die Peroneus longus Sehne (dicker Pfeil) „frisst“ sich förmlich in die Peroneus brevis Sehne hinein, die Peroneus brevis Sehne ist gespalten, man erkennt die zwei Anteile der Peroneus brevis Sehne (dünne Pfeile)

Peroneus longus Sehne förmlich in die Peroneus brevis Sehne hinein.

Klinisch zeigen sich Schmerzen am lateralen Fußrand und hinter dem Aussenknöchel mit Überlastung der lateralen Fußsohle. Ebenfalls kann sich ein akuter Schmerz mit Instabilitätsempfinden nach Supinationstrauma und ein instabiler Einbeinstand zeigen. Ferner können einer chronische Schwellung der Peronealsehnenloge mit Druckdolenz auffallen. Bei forcierter Dorsalextension und Inversion („Skihocke“) können Schmerzen im Bereich der Peronealsehnen, teilweise nach proximal ausstrahlend, hervorgerufen werden. Zur weiteren Diagnostik ist eine Röntgendiagnostik, ggf. eine Ultraschalluntersuchung und eine Kernspintomografie anzuwenden. Die MRT-Untersuchung hat die höchste Sensitivität (Abb. 2).

*M. Clarius* *Ulf Bertram*

Prof. Dr. M. Clarius Dr. Ulf Bertram  
 Ärztlicher Direktor Sektionsleiter

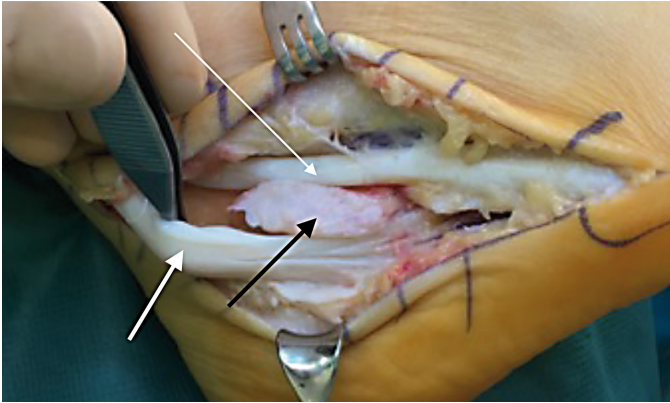


Abbildung 3: Intraoperative Darstellung eines großen Tuberculum peronei (schwarzer Pfeil), Peroneus brevis Sehne (dünner weißer Pfeil), Peroneus longus Sehne (dicker weißer Pfeil)

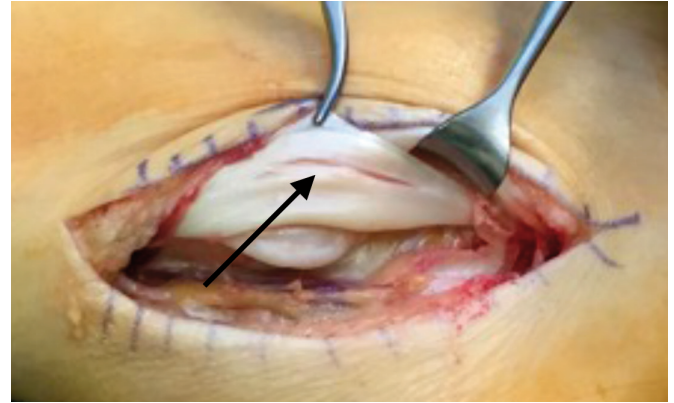


Abbildung 4: Längssplit Peroneus brevis Sehne (schwarzer Pfeil)

Therapeutisch kann konservativ und operativ vorgegangen werden. Die Resultate der operativen Therapie sind in zahlreichen Publikationen der konservativen Therapie überlegen, deshalb sollte frühzeitig eine operative Therapie in Erwägung gezogen werden.

Bei der operativen Therapie werden störenden osteophytären Anbauten am Calcaneus oder das hypertrophe Tuberculum peronei (siehe Abb. 3) reseziert. Nach Durchführung einer Tendosynovektomie und ggf. Resektion eines störenden, tiefstehenden Muskelbauchs

vom M. peroneus brevis werden mukoide Degenerationen oder Nekrosen aus den betroffenen Sehnen exzidiert. Ein störendes Os peroneum muss ebenfalls entfernt werden. Schließlich tubuläre Naht der Sehne und Readaptation des Retinakulum (Abb. 4 und 5). Bei Reduktion des Sehrendurchmesser unter 50% oder Verlust von mehr als 2cm Sehnenlänge ist eine Tenodesse empfehlenswert. Die Nachbehandlung erfolgt für sechs Wochen im Walker, hierin ist ein schrittweiser Belastungsaufbau möglich.

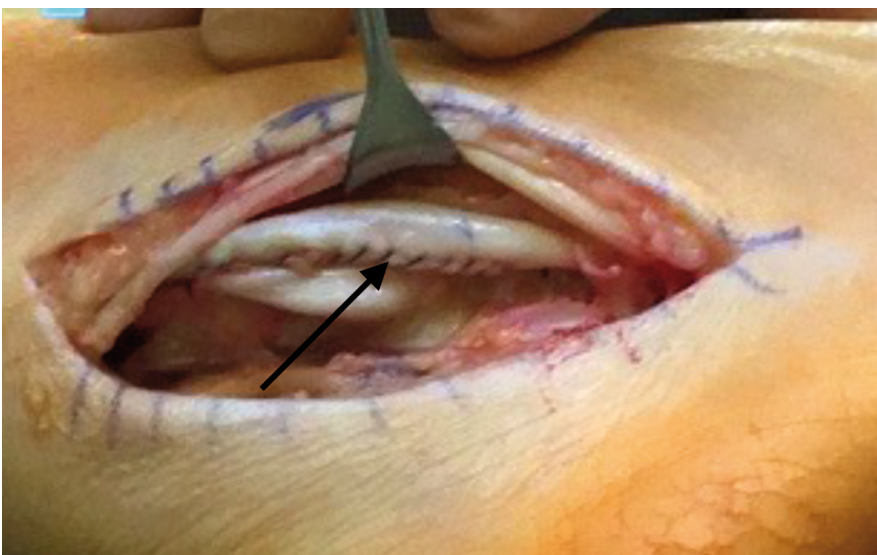


Abbildung 5: Tubuläre Naht (schwarzer Pfeil)

#### SPEZIALSPRECHSTUNDE FUSS

Mo 07:30 - 15:00 Uhr

Do 07:30 - 15:00 Uhr

#### Terminvereinbarung unter

Telefon 07264 60-120

#### 44. Orthopädentreffen auf Burg Ravensburg am 19. Oktober 2016

#### 2. Rappenaer Symposium für Fuß- und Sprunggelenkchirurgie 30. September 2016

13:00 bis 18:00 Uhr

Kurhaus Bad Rappenaer



#### Impressum

Herausgeber: Vulpius Klinik GmbH

Dr. med. Ulf Bertram,

Sektionsleiter Fuß- und Sprunggelenkchirurgie

Vulpiusstr. 29, 74906 Bad Rappenaer

info@vulpiusklinik.de, www.vulpiusklinik.de