



# Hielspoor

Wilma Spinnewijn

## Wat is het probleem?

Patiënten met hielpijn bij staan of lopen gaan meestal snel naar de huisarts. Hielpijn is hinderlijk. Het is voor de huisarts meestal eenvoudig een klinische diagnose te stellen, maar de vervolgstappen zijn lastiger. Is verder beeldvormend onderzoek nodig en wat doe je dan als je kalk ziet? Wat kun je therapeutisch adviseren? Welke therapie is effectief? Is verwijzen naar fysiotherapeut of podotherapeut zinnig en zo ja, in welk stadium?

## Wat moet ik weten?

Hielspoor of fasciitis plantaris leidt vaak tot hardnekkige hielpijn. Een klassieke hielspoor is een zichtbare verkalking onder aan de calcaneus en komt voor bij 50% van de mensen met klachten van een fasciitis plantaris.

Bij hielspoor is er sprake van een chronische ontsteking op de plaats waar de fascia plantaris aan de mediale calcaneus aanhecht of iets hoger op de calcaneus waar de korte teenbuigers aanhechten. Door chronische irritatie kan op deze plek na enige tijd botvorming ontstaan. De verkalking die zichtbaar is op röntgenfoto's is echter niet kenmerkend want bij 20% van de mensen zonder hielklachten is het een toevallsbevinding. Anatomisch is er soms sprake van atrofie van de abductor digiti minimi.

Hielspoor is de meest voorkomende oorzaak van pijn in de hiel. De huisarts ziet gemiddeld 14 nieuwe patiënten per 1000 per jaar. Hielspoor komt bij mannen en vrouwen even vaak voor, vooral boven de 40 jaar. Biomechanische overbelasting is een belangrijke oorzaak. Dit kan te maken hebben met overgewicht, maar ook met herhaalde bewegingen tijdens werk of sporten (met name hardlopen) op een harde ondergrond. Ook platvoeten kunnen leiden tot grotere trekkracht op de aponeurosis plantaris en bij de aanhechting op de calcaneus. Patiënten klagen over (chronische) pijn in de hiel die bij lopen direct verergert. De aandoening is langdurig maar vrijwel altijd self-limiting. Meer dan 80% van de patiënten is klachtenvrij binnen 1 jaar ongeacht de behandelmethodes. Van de resterende 20% is nog eens 80% klachtenvrij binnen 4 jaar. Hielspoorklachten wijzen zelden op een algemene aandoening (infecties, tumoren) of een stressfractuur.

Het effect van inlegzooltjes of hakverhogingen is niet aangetoond, maar deze zijn voor de patiënt minder invasief dan injecties. Er is evenmin bewijs voor de werkzaamheid van andere veelgebruikte interventies als extracorporele schokgolftherapie, lasertherapie

of radiotherapie. Ten slotte zijn er geen goede gerandomiseerde trials die het effect van chirurgisch ingrijpen rechtvaardigen.

## Wat moet ik doen?

Palpeer bij het onderzoek de mediale calcaneus en bekijk de stand van het voetgewelf. Bij een klassieke anamnese en lichamelijk onderzoek is aanvullend beeldvormend onderzoek niet nodig. Schrijf eventueel in de eerste twee weken een NSAID voor om de pijn te verlichten. Overweeg bij heel veel pijn een lokale injectie met corticosteroïden, eventueel in combinatie met een anestheticum peritendinair. De effectiviteit hiervan is echter slechts voor de korte duur en in beperkte mate aangetoond. Toediening van de injectie is vaak pijnlijk. De injectie mag twee- tot driemaal worden herhaald met een interval van vier weken. Adviseer, gezien de beperkte evidence van deze therapieën, primair conservatieve therapie zoals rek oefeningen en zooltjes. Breng tape aan om de fascia te ontlasten in afwachting van de zooltjes. Overweeg bij persisterende klachten een injectie of fysiotherapeutische behandeling.

## Wat moet ik uitleggen?

Ga samen met de patiënt na of er biomechanische obstakels zijn die (tijdelijk) kunnen worden vermeden en geef hierin advies (bijvoorbeeld over werk, lopen op een te harde ondergrond, trainingsfrequentie of afvallen). In de acute fase kan rekken van de plantaire fascia, tapen en koelen de pijn verminderen. Bespreek de behoefte aan pijnstilling. Benadruk dat pijnstilling geen therapeutisch effect heeft en dat ook dan therapietrouw belangrijk blijft. Leg uit dat de klachten lang kunnen duren maar dat een hielspoor uiteindelijk vanzelf geneest. Bespreek ook dat er vele behandelingen zijn maar dat bewijs voor effectiviteit ervan ontbreekt.

## Literatuur

- 1 Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Lagro-Janssen ALM, Schers HJ, redactie. Ziekten in de huisartspraktijk. 5<sup>e</sup> druk. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2008.
- 2 Eekhof JAH, Knuistingh Neven A, Opstelten W, redactie. Kleine kwalen in de huisartspraktijk. 5<sup>e</sup> druk. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2007.
- 3 Thomas JL, Christensen JC, Kravitz SR, Mendicino RW, Schuberth JM, Vanore JV. The diagnosis and treatment of heel pain: a clinical guideline-revision 2010. J American College of Foot and Ankle Surgeons heel pain committee. J Foot Ankle Surg. 2010;49:S1-19.

## Auteursgegevens

Huisartsopleiding Nederland, Postbus 20072, 3502 LB Utrecht: dr. W.E.M. Spinnewijn, huisarts en onderzoeker.

Correspondentie: w.spinnewijn@huisartsopleiding.nl