**Retrocalcaneaire bursitis**

Key-points

* Retrocalcaneaire bursitis is een ontsteking van de bursa die zich bevindt tussen de calcaneus en de anterieure zijde van de achillespees.
* Bij het lichamelijk onderzoek kan gebruik worden gemaakt van de two-finger squeeze test.
* Goede resultaten worden verkregen bij zowel scopische als open behandeling van retrocalcaneaire bursitis.

Achtergrond

Retrocalcaneaire bursitis is een ontsteking van de bursa die zich bevindt tussen de calcaneus en de anterieure zijde van de achillespees. Deze aandoening is vaak geassocieerd met een prominerende postero-superieure calcaneus (welke ook wel bekend staat als een Haglundse deformiteit of pump bump). Een chronische bursitis leidt tot hogere drukwaarden van de bursa door ophoging van vocht en hypertrofie van synoviaal weefsel.

Work-up

Patiënten presenteren zich vaak met pijn en stijfheid aan de achterzijde van de achillespees. Sportactiviteit verergert de pijn, met name de dag erna. Bij lichamelijk onderzoek kan er door middel van palpatie onderscheid worden gemaakt tussen een insertie of mid-portion tendinopathie van de achillespees of een retrocalcaneaire bursitis. Voor de retrocalcaneaire bursitis wordt de two-finger squeeze test gebruikt. Bij deze test wordt mediaal en lateraal druk uitgeoefend aan de anterieure zijde van de achillespees. Aanvullend onderzoek bestaat standaard uit röntgenfoto’s van de enkel. Bij een chronische bursitis is het aangedane gebied op de laterale röntgenfoto hypodens. Het postero-inferieure Kagerse driehoek vertoont dan een wolkerig aspect; dit radiologisch fenomeen heeft een sensitiviteit van 79% en een specificiteit van 98% (zie figuur). Een echo of MRI is over het algemeen niet noodzakelijk om de diagnose te stellen of voor de preoperatieve planning.



Behandeling

*Conservatief*

Conservatieve behandelingsopties omvatten rust, NSAID’s, excentrisch rekken, hakverhoging om de druk van de bursa te ontlasten en eventueel kortdurend gipsimmobilisatie. Injectie met corticosteroïden in de bursa worden expliciet afgeraden vanwege de verhoogde kans op een achillespeesruptuur.

*Operatief*

Indien de conservatieve therapie faalt, kan er gekozen worden tot een open of scopische resectie van de bursa en reductie van het prominerende postero-superieure deel van de calcaneus. Zowel de open als scopische behandeling hebben goede resultaten. De scopische behandeling leidt wel tot minder complicaties.

Nabehandeling / sporthervatting

De eerste 2 dagen postoperatief mag de enkel aantippend worden belast en daarna mag geleidelijk worden opgebouwd naar volledig belasten. Direct postoperatief wordt geadviseerd om 3 maal daags gedurende 5 minuten actief te plantair- en dorsaalflexie van de enkel te oefenen. Wij adviseren een gefaseerde opbouw van oefeningen: fase 1) isometrisch, fase 2) isotonisch, fase 3) plyometrisch/energie opslag oefeningen (rennen, springen, wenden en keren), en fase 4) sport-specifieke training gericht op sportterugkeer. Het doorlopen van de fasen wordt gestuurd op basis van voortgang in klachten en functie, niet op basis van tijdcriteria. Daarnaast adviseren we een algemeen trainingsprogramma om een goede belastbaarheid in de rest van de kinetische keten te waarborgen. Sporthervatting varieert tussen de 6 en 12 weken na een operatieve ingreep.

Literatuur

* [Lohrer H et al. Retrocalcaneal bursitis but not Achilles tendinopathy is characterized by increased pressure in the retrocalcaneal. Clin Biomech (Bristol, Avon) 2014;29:283-288](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24370462)
* [Uquillas CA el al. Everything Achilles: Knowledge Update and Current Concepts in Management: AAOS Exhibit Selection. J Bone Joint Surg Am 2015;97:1187-1195](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26178893)
* [van Sterkenburg MN et al. Appearance of the weight-bearing lateral radiograph in retrocalcaneal bursitis. Acta Orthop 2010;81:387-390](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20450438)
* [Wiegerinck JI et el. Surgical treatment of chronic retrocalcaneal bursitis. Arthroscopy 2012; 28:283-293](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22244103)