

Hälseneruptur - Fysioterapeutiska/sjukgymnastiska riktlinjer

Bakgrund

Akut hälseneruptur (AHR) drabbar i 90 % av fallen män, vanligen i åldrarna 35 till 40 år. En andra incidenstopp inträffar i 70-årsåldern. Färre än 10 % har haft hälseneproblem före rupturen. Hos cirka 90 % uppkommer hälsenerupturen under idrottsutövning. Racketsporter dominerar som orsak till AHR i Sverige. Många rupturer sker också inom bollidrotter. I sällsynta fall kan en totalruptur uppkomma spontant hos patienter med svaga senor efter t ex långvarig kortisonbehandling eller annan systemsjukdom såsom gikt och diabetes. Differentialdiagnoser är muskelbristning i gastrocnemius (oftast mediala muskelbuken mitt på vaden) och fotledsdistorsion (1). Om diagnosen missas initialt kan det ta månader innan patienten får korrekt diagnos. Det är framförallt äldre människor som söker sent (2).

AHR kan behandlas kirurgiskt och icke-kirurgiskt. Det finns idag ingen konsensus angående bästa behandlingsalternativ, men operativ behandling minskar rerupturfrekvensen. Risken för andra komplikationer såsom sårinfektioner är dock högre jämfört med icke operativt behandlade AHR (3, 4). Många olika operations- och immobiliseringstekniker har beskrivits. Oavsett behandling är det av vikt med tidig rörelseträning (5). I Sverige dominerar två behandlingsmodeller med lokala variationer. Den ena modellen innebär operation och sedan gips under 10-14 dagar följt av ortosbehandling i sex veckor. Den andra modellen innebär ortosbehandling med kilar i ca 7 veckor (1). Läkningen av hälsenan har god prognos. (1, 6). Enbart 50 % av patienterna återgår till samma typ och nivå av idrott som före skadan. Vid uppföljning två år efter skadan kan fler än 80 % löpträna (1). Högre ålder predicerar minskad förmåga till tåhäv och högre BMI predicerar ökade symptom från vad, hälsena och fot (7).

Indikationer för utredning

Patienten söker med plötsligt smärtor i vaden. Ibland hör eller känner patienten tydligt hur något brister och det är omöjligt att fortsätta idrottandet. Smärtan viker snabbt och patienten kan ofta ta sig fram gående med viss möda. Patienten kan inte utföra tåhäv (1, 2).

Utredning

- Thompsons test (patienten i magliggande). Testet är positivt då ingen medrörelse av foten sker vid kraftig komprimering av vadmuskulaturen.
- Palpation av vaden och hälsenan. En palpabel grop finns också under första dygnet, oftast 4-6 cm ovan calcaneus övre hörn.

Patienten har ofta inte så ont, men har svårt att gå och klagar över dålig balans (1). Om misstanke om hälseneruptur föreligger ska patienten till läkare för bedömning av åtgärd.

Indikationer för behandlingsåtgärder

Alla patienter som ådragit sig en hälseneruptur ska först behandlas av läkare och sedan följas upp och behandlas av fysioterapeut/sjukgymnast. De icke-operativt behandlade patienterna följs av fysioterapeut/sjukgymnast vid rehabiliteringscentrum tills ortosen avvecklas och sedan i primärvården. De operativt behandlade patienterna följs upp av fysioterapeut/sjukgymnast i primärvården.

Behandlingsåtgärder

Den optimala rehabiliteringen efter en AHR är okänd (8). Risk för komplikationer minskar dock vid omedelbar tillåten belastning oavsett om patienten är opererad eller inte (9). Högre livskvalitet, men ingen ökad rupturrisk har beskrivits hos patienter som startat med tidig rörelseträning och belastning (8). Vid tidig belastning och rörelseträning hos både opererade och icke opererade patienter är resultaten avseende funktion, fysisk aktivitet och livskvalitet likvärdiga vid uppföljning efter ett år.

Se dokument

- *Rehabiliteringsplan opererad hälseneruptur*
- *Rehabiliteringsplan icke opererad hälseneruptur*

Sjukskrivningsperioden varierar vanligtvis mellan 1-14 veckor, beroende på arbetsuppgifter och krav på rörelseförmåga.

Rehabiliteringen tar tid och idrottare återgår ofta inte till idrott förrän efter 6-9 månader. Patienten får ofta en tjockare sena, ofta dubbelt så tjock som en oskadad sena, samt smalare vadmuskulatur då det är svårt att träna upp styrkan (2).

Risker/kontraindikationer

Allvarliga kirurgiska komplikationer är mycket sällsynta. Reruptur kan förekomma under perioden vecka 8-18 efter primärrupturen. Vid icke operativ behandling drabbar reruptur cirka 4-12% av patienterna och efter kirurgisk behandling cirka 0-4% (1). Infektionsrisken är högre hos opererade patienter (10). En stor andel (cirka en tredjedel) av patienterna får en djup ventrombos (11).

Mätetal och målnivå

Alla patienter ska träffa fysioterapeut/sjukgymnast.

Patienten utvärderas med fördel med Achilles tendon Total Rupture Score (ATRS) (12).

Se dokument, *Achilles tendon Total Rupture Score (ATRS)*

Heel-rise index utvärderar vadmuskelfunktionen (13). Funktionella tester såsom standardiserade tåhävningstest och hopptester kan användas (14). ATRS och Heel-rise index utförs vid en eventuell ettårsuppföljning efter icke opererad hälseneruptur. Eventuell reruptur och åtgärd noteras. Generella mål för den fysioterapeutiska/sjukgymnastiska behandlingen är att patienterna ska uppnå styrka och funktion jämfört med 90 % av friska benet.

Referenser

1. Möller M. Behandlingsriktlinjer för hälseneruptur från avhandlingen " On the treatment of Achilles tendon rupture, Göteborgs Universitet 2001". [updated 2018-04-06; cited 2020-01-15]. Available from: http://www.internetmedicin.se/dyn_main.asp?page=843
2. Karlsson J, Renström P, Holmström E, Forsberg A. Idrottsskador- frontlinjen inom behandling och rehabilitering. Centrum för idrottsforskning; 2007.
3. Khan RJ, Carey Smith RL. Surgical interventions for treating acute Achilles tendon ruptures. Cochrane Database Syst Rev. 2010(9):CD003674.
4. Wilkins R, Bisson LJ. Operative versus nonoperative management of acute Achilles tendon ruptures: a quantitative systematic review of randomized controlled trials. Am J Sports Med. 2012;40(9):2154-60.
5. Nilsson-Helander K, Silbernagel KG, Thomee R, Faxen E, Olsson N, Eriksson BI, et al. Acute achilles tendon rupture: a randomized, controlled study comparing surgical and nonsurgical treatments using validated outcome measures. Am J Sports Med. 2010;38(11):2186-93.
6. Jacob KM, Paterson R. Surgical repair followed by functional rehabilitation for acute and chronic achilles tendon injuries: excellent functional results, patient satisfaction and no reruptures. ANZ J Surg. 2007;77(4):287-91.
7. Olsson N, Petzold M, Brorsson A, Karlsson J, Eriksson BI, Silbernagel KG. Predictors of Clinical Outcome After Acute Achilles Tendon Ruptures. Am J Sports Med. 2014;42(6):1448-55.
8. Suchak AA, Spooner C, Reid DC, Jomha NM. Postoperative rehabilitation protocols for Achilles tendon ruptures: a meta-analysis. Clin Orthop Relat Res. 2006;445:216-21.
9. Costa ML, MacMillan K, Halliday D, Chester R, Shepstone L, Robinson AH, et al. Randomised controlled trials of immediate weight-bearing mobilisation for rupture of the tendo Achillis. J Bone Joint Surg Br. 2006;88(1):69-77.
10. Sorrenti SJ. Achilles tendon rupture: effect of early mobilization in rehabilitation after surgical repair. Foot Ankle Int. 2006;27(6):407-10.
11. Nilsson-Helander K, Thurin A, Karlsson J, Eriksson BI. High incidence of deep venous thrombosis after Achilles tendon rupture: a prospective study. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2009;17(10):1234-8.
12. Nilsson-Helander K, Thomee R, Gravare-Silbernagel K, Thomee P, Faxen E, Eriksson BI, et al. The Achilles tendon Total Rupture Score (ATRS): development and validation. Am J Sports Med. 2007;35(3):421-6.
13. Spennacchio P, Vascellari A, Cucchi D, Canata GL, Randelli P. Outcome evaluation after Achilles tendon ruptures. A review of the literature. Joints. 2016;4(1):52-61.
14. Silbernagel KG, Nilsson-Helander K, Thomee R, Eriksson BI, Karlsson J. A new measurement of heel-rise endurance with the ability to detect functional deficits in patients with Achilles tendon rupture. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2010;18(2):258-64.