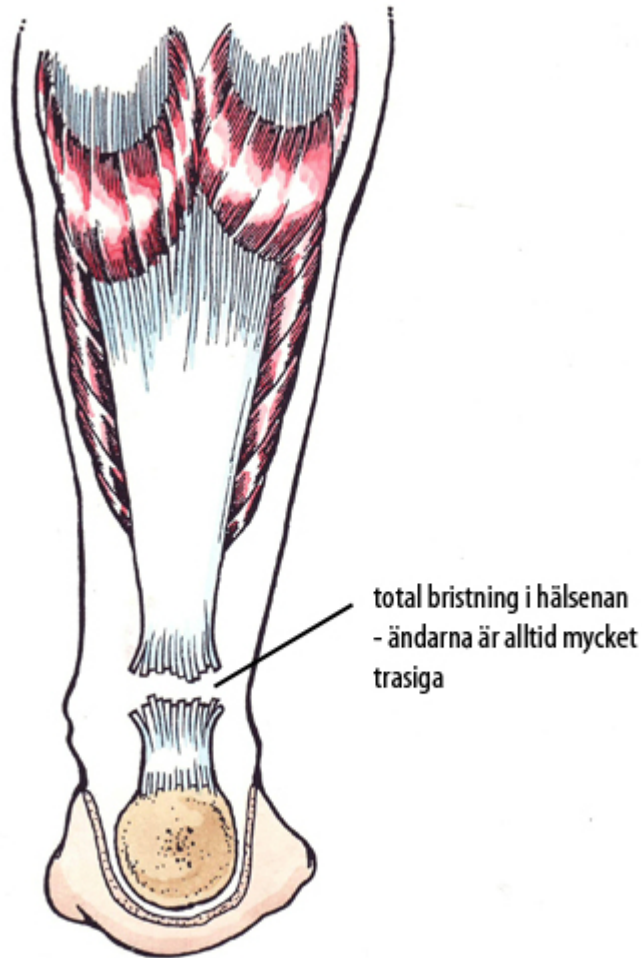


Akut Hälseneruptur

Bakgrund: Akut hälseneruptur drabbar 90 % män, vanligen i medelåldern. 90 % uppkommer i samband med idrottsutövning, som racket sport och lagidrotter med boll. En annan grupp är över 50 år då har skadan i regel inte samband med idrott. I ovanliga fall kan totalruptur uppkomma spontan efter t.ex. långvarig behandling med cortison eller vid systemsjukdom som diabetes.

Symtom: Plötslig smärta i vaden som kan upplevas som en spark mot hälsenan. Omedelbar funktionsförlust där man måste avbryta pågående aktivitet.

Skademekanism: Kraftig, plötslig dorsal flektion i samband med acceleration, hopp, fall det kan också ske vid feltramp på en trottoarkant.



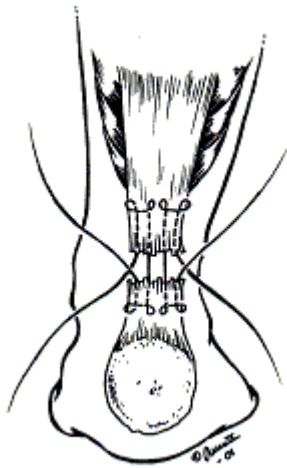
Diagnos: Diagnostiken av en akut hälseneruptur är primärt kliniskt. Patienten kan ofta berätta om en plötslig smärta och ibland med ett hörbart ljud vid bristningen. Patienten kan ändå ta sig fram gående med även om balansen är sämre och gången är osäker. Patienten undersöks i bukläge. Vanligen kan patienten plantarflektera i fotleden, trots total ruptur av hälsenan, pga. en intakt plantarissena. Kompression av vaden ger inte någon medrörelse/ plantarflexion av foten (positiv Thompsons test) vid ruptur. Om hälsenan är intakt ger kompressionen en lätt plantarflekterad fot. Om foten hänger rakt ned tyder det på en ruptur av hälsenan. Ofta kan man palpera ett hak i hälsenan som ett tecken på en ruptur. Den palperbara effekten försvinner inom några dygn då den fylls ut av ett hematom. Patienten kan inte gå på tå på den skadade foten.

Särskilt hos äldre patienter misstolkas ofta en hälseneruptur. Trots att skadan i initialskedet är lätt att diagnostisera missas den i upp till var fjärde fall. Muskelbristning och fotledsdistorsion kan ha anamnetiska likheter, men inte statusmässigt.

Anatomi: Hälsenan utgör en förlängning av m gastrocnemius och m soleus som fäster dorsalt på calcaneus. Den omsluts av paratenon och farsia som bildar glidskikt mot huden. Medialt om, och parallellt med hälsenan löper senan till m plantaris. Achilleseussenan är den överlägset starkaste flexorn i fotleden och en ruptur leder obehandlad till kraftigt försämrad gång.

Behandling: Kirurgisk behandling har dominerat utanför Skandinavien, medan den icke kirurgiska behandlingen med gipsimmobilisering haft många förespråkare i Norden. Kirurgisk behandling är mer olämpligt hos äldre, diabetiker, kärlsjuka pga högre komplikationsrisk, varför konservativ behandling är alltid är motiverad hos dessa.

Konservativ behandling: Icke kirurgisk behandling innebär vanligen 8 veckors gipsimmobilisering. Första 4 veckorna i spetsfot utan belastning. De nästa följande 4 veckorna i neutralt läge i gips, med tillåten belastning. Efter avgipsning ges patienten råd om klackförhöjning, alternativ klackinlägg 1cm, under ytterligare 8 veckor. Remiss till sjukgymnast.



Kirurgisk behandling: Hälsenan sys ihop antingen med öppen kirurgi (större risk för postoperativ sårinfektion) eller Percutan operations teknik vilket minskar risken för postoperativ sårinfektion men ökar risken för skada på suralis nerven.

Operation är regel vid reruptur, spontan ruptur, kronisk ruptur och äldre patienter som blir sent diagnostiserade. I alla dessa fall är senändarna avrundade och omgiven av omogen senkallus. Dessa bör opereras med någon typ av förstärknings plastik.

Postoperativt: Cikulärgips i 2 veckor i spetsfotställning, belastning inte tillåten. Återbesök 2 veckor post operativt för suturtagning och initiering med stövelortos (med kilar) med successiv ökning av dorsalflektionen (plockar bort kilarna enligt schema), under 4 veckors tid. Full belastning tillåts i ortosen. Återbesök 6 veckor postoperativt, avvecklas ortosen och patienten förses med klackförhöjning i skor 1-2 cm. Tidig mobilisering har visat sig minska tiden till återgång till aktivitet med 4 veckor. Remiss till sjukgymnast. Återgång till full idrotts aktivitet kan ske efter 5-6 månader totalt. Överväg tidig träning och mekanisk trombos profylax under immobiliserings tiden.

Komplikationer: Studier har visat att upp till 40 % av patienterna, oavsett konservativ eller operativ behandling, drabbas av djup ventrombos och 3 % får lungembolier. Farmakologisk trombosprofylax har inte visat någon större reducerande effekt, möjligen medförande att tidig mobilisering och mekanisk trombosprofylax kan var indicerat.

Vid kirurgiska åtgärder finns alltid risk för infektioner och sårhäkningsproblem.

Rerupturer är mer vanligt vid konservativ behandling ca 13 % mot kirurgisk behandling där rerupturer är ca 2 %.

Det kan även bli så att längden på senan ej blir optimal, det vill säga kännas stram vilket innebär en för kort sena eller att den läker med viss förlängning som ger minskad kraft i plantarflektion.

Att sedan komma tillbaka till samma aktivitetsnivå som man hade innan skadan gör enbart 50 % av alla patienter.

Vad som är av största vikt är rehabiliteringen efter skada.

Rehabilitering

Rehabiliteringen tar tid och idrottare återgår inte till idrott förrän efter 6-9 månader.

Rehabiliteringen sker i första hand på ortopedklinikens sjukgymnastik enligt särskilda rehab-rutiner.

Så en tidig mobilisering har visat sig minska tiden till återgång till full aktivitet och vanligast är en uppföljning hos sjukgymnast tills man är återgången i full fysisk aktivitet.

Sammanfattning av detta är:

Efter att vi har forskat och luskat i hur hälsenerupturer behandlas i detta avlånga land, läst både böcker och kollat in riktlinjer från olika sjukhus och deras ortopedkliniker så verkar det som att det idag i Sverige dominerar med två behandlingsmodeller med lokala variationer.

Den ena modellen innebär operation sedan gips i 2-3 veckor följt av rörlig ortos i 6-8 veckor.

Den andra modellen innebär gipsbehandling i spetsfot i antingen 4v och 4v i neutralläge eller spetsfot ca 8veckor.

Sedan en lång rehabiliteringstid upp emot 8-9månader.

När man läser om behandlings metoder som utförs vid denna skada så verkar det finnas som sagt individuella behandlingsmodeller på olika sjukhus och hos behandlande Läkare.

Helen Nilsson

Meta Uddnäs

Sofia Lundberg