



Nye kliniske retningslinjer: **Akillestendinopati**

I klinikken møter vi ofte pasienter med akillesplager, og man bør benytte kunnskap fra både forskning, erfaring og pasienten selv i behandlingen av disse pasientene. Tilbake i 2010 ble de opprinnelige kliniske retningslinjene for behandling av akillestendinopati publisert. Disse retningslinjene har nå blitt revidert og oppdatert, og de ble publisert i maiutgaven av JOSPT. Her kommer en oppsummering, med fokus på diagnostisering og behandling av akillestendinopati i midtre del av akillessenen.



AV NINA ERGA SKJESETH
FYSIOTERAPEUT

Den ortopediske seksjonen ved the American Physical Therapy Association (APTA) jobber kontinuerlig for å lage evidensbaserte kliniske retningslinjer for behandling av pasienter med skader og

begrensninger i muskel- og skjelettapparatet. I vår stod tendinopati i midtre del av akilles på agendaen, inkludert akillessmerter, stivhet og nedsatt muskelkraft. Anbefalingene til APTA er basert på beste praksis fra vitenskapelig forskning, supplert med ekspertuttalelser og klinisk erfaring til teamet som har utviklet retningslinjene. Formålet med de nye retningslinjene er å gi en oppsummering av ny kunnskap fra 2010

og frem til i dag, og samtidig utvikle nye anbefalinger for beste praksis på dette området, med utgangspunkt i retningslinjene fra 2010.

Forekomst

Skader på akillessenen er blant de hyppigst rapporterte belastningsskadene i litteraturen. Majoriteten av de som får akillestendinopati er aktive individer, ofte involvert i mosjonist- eller konkurranse-

idrett. Insidens blant løpere har historisk sett ligget på 6-9 %, og i enkelte studier helt opp mot 18,5 %. Tilstanden kan også forekomme i en rekke andre idretter, og også blant inaktive individer. Mye tyder på at forekomsten øker i takt med alderen, med synkende tall etter fylte 60 år. Kjønn har trolig ingen stor betydning, men enkelte kilder foreslår at menn rammes noe oftere enn kvinner.

Patoanatomi

Det vanligste kjennetegnet på akillestendinopati er smerter som begrenser aktivitet, ofte utløst av for stor mekanisk belastning over tid. Senen er preget av celledød, matrix desorganisering, neovaskularisering og lite kollagen. Senefortykkelse og hevelse og/eller inflammasjon kan også forekomme.

Risikofaktorer

Årsaken til at man utvikler tendinopati i midtre del av akilles, er ofte multifaktoriell. Risikoen for skade er trolig relatert til en interaksjon mellom interne og eksterne faktorer, som til sammen fører til overbelastning av senen. Kroppens respons på belastning blir i tillegg påvirket av helsetilstand, medikamentbruk og genetiske faktorer. Fedme, hypertensjon, hyperlipidemi og diabetes er medisinske forhold som ofte er forbundet med akillestendinopati. Feiltrening, miljø/omgivelser og dårlig underlag er eksterne faktorer som også kan påvirke risikoen for skade.

Individer med nedsatt funksjon i underkstremitetene som fører til dyskinesi og/eller ugunstig kinematikk som særlig øker den eksentriske belastningen på akillessenen, kan ha økt risiko for å utvikle akillesskade. Dette kan være avvik i dorsalfleksjon i ankel eller subtalar bevegelse, nedsatt styrke i plantarflexorer eller økt pronasjon i foten. Bruk av støtabsorberende innleggssåler kan redusere risikoen for skade.

Prognose

Utøvere med akillestendinopati kan forvente kortvarig avbrekk fra konkurranse og/eller trening. Redusert

prestasjonsevne kan forekomme blant eldre utøvere, og det er risiko for tilbakefall av symptomer dersom man ikke gjennomfører tidlig og riktig rehabilitering. Tilhelingstiden varierer fra uker til mange måneder, avhengig av alvorlighetsgrad og interne/eksterne faktorer.

Diagnostisering

Selvrapportert lokalisert smerte og stivhet i akilles etter hvile eller inaktivitet (spesielt morgenstivhet) er typiske symptomer. Smertene kan ofte bli bedre under aktivitet og forverres i etterkant. I den kliniske undersøkelsen finner man ofte palpasjonsømheter i midtre del av akillessenen, 2-6 cm fra innfestning på calcaneus, i tillegg til positiv Arc-sign test og positiv Royal London Hospital test. Royal London Hospital test utføres med pasienten i mageliggende, med ankene utenfor benken. Identifiser det området på akilles som er mest palpasjonsømt, og be deretter pasienten dorsalflektere maksimalt. Testen er positiv og indikerer tendinopati dersom palpasjonsømheter er mindre fremtredende i dorsalfleksjon. I samme utgangsstilling kan man gjennomføre en Arc-sign test. Lokaliser der hvor akillessenen er mest fortykket og/eller hoven, før pasienten aktivt dorsal- og plantarflekterer i ankelledet. En positiv test og mistanke om tendinopati foreligger dersom området med hevelse/fortykkelse beveger seg proksimalt og distalt under aktiv bevegelse.

Differensialdiagnoser

Følgende tilstander kan være differensialdiagnoser hos pasienter med posterior ankelsmerte:

- Akutt seneruptur av akilles (total eller partiell)
- Retrocalcaneal bursitt
- Posterior ankel impingement
- Irritasjon eller nevrom på suralnerven
- Os trigonum syndrom
- Aksessorisk soleus muskel
- Ossifikasjon akillessene
- Systemisk inflammatorisk sykdom
- Skade på plantarissenen
- Fascieruptur

Bildedagnostikk

Dersom det er vanskelig å diagnosti-

sere akillesplagene etter anamnese og undersøkelse, kan bildediagnostikk benyttes. Ultralyd og MR kan være til hjelp når utfallet av den kliniske undersøkelsene ikke er tilstrekkelig for å komme frem til en diagnose.

Klinisk undersøkelse

Utfallsmål og selvrapportert funksjon

I undersøkelsen bør man bruke selvrapporтерings- eller screening-skjemaer for å kartlegge smerter og stivhet, eksempelvis the Victorian Institute of Sport Assessment-Achilles (VISA-A). Andre verktøy som The Foot and Ankle Ability Measure (FAAM) eller the Lower Extremity Functional Scale (LEFS) kan benyttes for å kartlegge begrensninger i aktivitet og deltakelse.

Fysiske tester og undersøkelser

Som terapeut bør man benytte fysiske prestasjonstester, som inkluderer hoppe- og tåhevtester, for å vurdere pasientens kapasitet og funksjon, samt for å dokumentere funn.

Når man evaluerer fysiske begrensninger hos pasienter med akillestendinopati, bør man måle og gradere dorsalfleksjon i ankel, bevegelsesutslag i subtalarleddet, muskelstyrke og utholdenhet i plantarflexorer, statisk tåhev høyde, 'alignment' i forfot og smerter ved palpasjon.

Behandling

I de nye retningslinjene har ulike intervensjoner som benyttes i behandling av akillestendinopati blitt vurdert og gradert fra A til F. A representerer «sterk evidens/sterke bevis», B «moderat evidens», C «svak evidens», D «motstridende evidens», E «teoretisk eller grunnleggende evidens og F «ekspertenes uttalelse». Sistnevnte er beste praksis basert på klinisk erfaring fra teamet som har utarbeidet retningslinjene.

Trening

Pasienter med akillestendinopati i midtre del av senen bør bruke mekanisk belastning for å redusere smerte og forbedre funksjonsevne. Treningen kan gjennomføres enten i form av eksentrisk trening eller



eksentrisk/konsentrisk tung, langsom styrketrening (A).

Pasientene bør trene minst to ganger i uken innenfor deres smertetoleranse (F).

Tøying

Pasienter med nedsatt dorsalfleksjon i ankelen kan gjennomføre tøying av plantarfleksorer med både bøyd og strakt kne for å redusere smerte og bedre funksjon (C).

Nevromuskulær re-læring

I rehabiliteringen kan man benytte nevromuskulære øvelser med spesielt fokus på eksentrisk 'overload' av akillessenen under vekt bærende øvelser. Øvelsene bør være rettet mot begrensninger i underkstremitetene som kan føre til ugunstig kinetikk/kinematikk (F).

Manuell behandling

Terapeuten kan vurdere å bruke leddmobilisering for å forbedre mobilitet og funksjon og bløtvevs-mobilisering for å øke bevegelsesutslag hos pasienter med akillessendinopati (F).

Pasientinformasjon: Belastningsstyring

For ikke-akutte tilfeller av akillessendinopati, er det sjelden nødvendig med full avlastning. Pasienten bør fortsette sin normale aktivitet innenfor smertetoleranse (under 5/10 på VAS) underveis i rehabiliteringen (B).

Pasientopplæring

Pasientopplæring kan være nyttig i behandlingen av pasienter med akillessendinopati. Nøkkelelementer i pasientrådgivningen kan inkludere (1) teorier som støtter bruk av fysioterapi og betydningen av mekanisk belastning, (2) modifiserbare risikofaktorer, som BMI og skotøy, og (3) forventet tilhelingstid (E).

Hælløfter

Grunnet motstridende bevis, foreligger det ingen anbefaling for bruk av hælløfter hos pasienter med akillessendinopati (D).

Nattskinne

Terapeuter bør ikke anbefale å bruke nattskinne for å redusere sympto-



mer hos pasienter med akillessendinopati (C).

Ortoser

Grunnet motstridende bevis, foreligger det ingen anbefaling for bruk av ortoser hos pasienter med akillessendinopati (D).

Taping

Terapeuter bør ikke bruke elastisk tape for å redusere smerte og bedre funksjon eller prestasjon hos pasienter med akillessendinopati (F).

Man kan bruke rigid tape for å redusere belastningen på akillessenen og/eller påvirke fotstillingen hos pasienter med akillessendinopati (F).

Laserterapi (LLLT)

Grunnet motstridende bevis, foreligger det ingen anbefaling for bruk av laserterapi (LLLT) hos pasienter med akillessendinopati (D).

Iontoforese

Terapeuter bør bruke iontoforese med deksametason (glukokortikoid) for å redusere smerte og forbedre funksjon hos pasienter med akutt akillessendinopati (B).

Dry needling

Terapeuter kan bruke dry needling kombinert med ultralydveiledet injeksjonsterapi og eksentrisk trening for å redusere smerte hos pasienter med senefortykkelse og symptomer utover 3 måneder (F).

Injeksjoner (kortison)

En systematisk oversiktsartikkel som har sett på alle former for tendinopatier, har konkludert med at man kan se en positiv kortidseffekt av kortikosteroidinjeksjoner, men man ser også at denne effekten ikke er synlig ved mellom- og langsiktig oppfølging. Selv om risikoen for en seneruptur er lav, er andre mindre komplikasjoner mer vanlige, inkludert postinjeksjonssmerter, subkutan atrofi og huddepigmentering. Injeksjon kombinert med trening har i enkelte tilfeller vist bedre effekt enn trening alene.

Trykkbølgebehandling

Studier har vist at trykkbølgebehandling (ESWT) kan være fordelaktig for pasienter med kronisk akillessendinopati, når det kombineres med eksentrisk trening. Evidens som støtter bruk av ESWT alene, og hva som er optimal dosering (f. eks høy versus lav energi) er foreløpig uklart.

PRP-injeksjoner

Fle systematiske oversiktsartikler fastslår at det foreløpig ikke foreligger bevis for å støtte bruk av PRP-injeksjoner for en rekke utfall hos pasienter med akillessendinopati. Dette inkludert både VISA-A, retur til idrett, ultralydmålinger og funksjon (f. Eks. FAAM).

Kilder:

1. Martin, R.L. et al (2018) Achilles Pain, Stiffness, and Muscle Power Deficits: Midportion Achilles Tendinopathy Revision 2018. J Orthop Sports Phys Ther, 48(5): A1-A38.