



Behandling av akutt akillesseneruptur

Ortoped Ståle Myhrvold fikk pris for beste artikkel under idrettsmedisinsk høstkonferens i Sandefjord i starten av november. Prisen fikk han for sitt studie på behandling av akutte akillessenerupturer, der han sammenlignet ikke-operativ behandling med åpen kirurgi og mini-invasiv kirurgi. Resultatene tilsier at det er flere måter å håndtere denne skaden på, og ikke-operativ behandling virker å være like bra som operasjon.



AV NINA ERGA SKJESEETH
FYSIOTERAPEUT

Ståle Myhrvold har skrevet doktorgrad om akutte akillessenerupturer, og studien *Nonoperative or Surgical Treatment of Acute Achilles' Tendon Rupture* ble publisert i det anerkjente tidsskriftet *The New England Journal of Medicine (NEJM)* tidligere

i år. Studien har fått mye oppmerksomhet i etterkant, og her kommer en kort oppsummering av studien.

Akutt ruptur av akillessenen rammer både idrettsutøvere og vanlige folk, og det har lenge vært diskutert hva som er den beste behandlingen for disse skadene. Tidligere studier har vist gode resultater av flere ulike behandlingsmetoder, men studiene har vært små, og det har vært vanskelig å konkludere. Det ble derfor

besluttet å gjennomføre en større RCT-studie, for å se på effekten av konservativ behandling, åpen kirurgi og mini-invasiv kirurgi ved akutte akillessenerupturer.

Metode

Studien inkluderte 532 voksne personer, fra 18 til 60 år, uten symptomatiske tilleggssykdommer og med fersk skade av akillessenen. Deltakerne ble randomisert til enten konservativ behandling, åpen kirurgi



eller mini-invasiv kirurgi. Mini-invasiv eller mini-åpen kirurgi er et kort og enkelt inngrep, som kun krever et lite snitt, og denne teknikken blir omtalt som en slags hybrid mellom kirurgi og konservativ behandling, ifølge Myhrvold selv. Alle deltakerne gjennomførte den samme rehabiliteringsprotokollen etter inklusjon, da enten med eller uten kirurgi. Alle deltakerne ble først gipset i spissfot, dette måtte skje innen 72 timer etter skadetidspunktet. De som ble randomisert til konservativ behandling beholdt den samme gipsen på i to uker, mens de som ble operert fikk ny gips etter operasjonen, som de beholdt i nye to uker. Deltakerne skulle naturligvis belaste med krykker i denne perioden. Fra uke 3-8, etter fjerning av gipsen, skulle deltakerne benytte en Walker-ortose dag og natt, der full vektbæring var tillatt. I starten ble det lagt 3-4 kiler i ortosen for å bygge opp hælen, og disse ble gradvis fjernet frem mot uke 8. Alle deltakerne fulgte en standardisert rehabiliteringsprotokoll, bestående av øvelser og bevegelsesformer med gradvis progresjon.

Resultater

Resultatene i studien viste at de

fleste pasientene rapporterte om vedvarende symptomer og begrensninger til tross for et tilfredsstillende behandlingsresultat ved oppfølging etter 12 måneder, uavhengig av om de ble behandlet med kirurgi eller ikke. Det var ingen forskjeller mellom gruppene for hverken pasienttilfredshet, funksjon eller komplikasjonsrisiko. Det var en noe større andel pasienter som fikk re-ruptur av akillessenen i den ikke-operative gruppen (6,2 %), og det var flest nerveskader blant deltakerne som opererte – henholdsvis ni (mini-invasiv) og fem (åpen kirurgi) tilfeller.

Kliniske implikasjoner

Denne studien er nok et bevis på at det er flere måter å behandle en akutt akillesseneruptur på. Resultatene tilsier at pasienter trygt kan velge ikke-operativ behandling etter en slik skade. Uavhengig av valg av metode, er det mye som peker mot at tidlig behandling er viktig for å få et godt resultat. Foten bør gipses i spissfot helst i løpet av de første dagene etter skade, og disse pasientene skal da rett på legevakt/sykehus og ikke inn til oss på klinikken.



For mer informasjon om studien og hvilken rehabiliteringsprotokoll som ble benyttet, kan man laste ned «Appendix» på NEJM sine sider (full tilgang).

Se referanser/kilder side 37.