



Diagnostisering av Akilles tendinopati

Akilles tendinopati representerer omlag 55-65 % av alle akillessenelidelser [1], og er en vanlig problemstilling i klinisk praksis. Denne artikkelen beskriver kliniske kjennetegn på tilstanden, med utgangspunkt i JOSPT sine oppdaterte retningslinjer fra 2018 [2], og en nylig publisert lederartikkel i BJSM [3].



AV CHRISTIAN FREDRIKSEN
FYSIOTERAPEUT

Akilles tendinopati er i litteraturen beskrevet som en belastningsskade som typisk rammer aktive individer. Tilstanden er ofte forbundet med aktiviteter som inkluderer løp og hopp, men den ses også i forbindelse med andre aktiviteter og hos inaktive. Det er rapportert om høyest forekomst i aldersgruppen 40-60

år, og det ser ikke ut til å være klare sammenhenger med kjønn [2, 4].

Akilles tendinopati kjennetegnes ved aktivitetsbegrensende smerter i akillessenen. Smertene er ofte lokalisert i midtre del av senen, 2-6 cm proksimalt for senefestet på calcaneus (engelsk: midportion Achilles tendinopathy). Typiske patologiske forandringer i senen omfatter blant annet tap av kollagen, omorganisering av kollagenfibre, økt senetykkelse og neovaskularisering [2]. Slike forandringer

svekker senens mekaniske egenskaper og belastningstoleranse. Inflammatoriske prosesser kan også forekomme, men det er i dag faglig enighet om å unngå begrepet «tendinit»/«senebetennelse», da dette kan virke misvisende og lede til valg av lite effektive behandlingsstrategier.

Risikofaktorer

Utvikling av Akilles tendinopati har trolig sammensatte årsaker. Litteraturen beskriver både indre og ytre risikofaktorer, som til sammen

Table 1 Age and sex specific incidence rates for Achilles tendinopathy in 20 general practices

	Age at time of diagnosis												Total		
	< 20 years			21–40 years			41–60 years			> 60 years					
	n	Persons	IR	n	Persons	IR	n	Persons	IR	n	Persons	IR	n	Persons	IR
Male	7	6371	1.1	13	7289	1.8	24	8459	2.8	7	5642	1.2	51	27761	1.8
Female	6	6342	0.9	21	7584	2.8	18	8996	2.0	11	7042	1.6	56	29964	1.9
Total	13	12713	1.0	34	14873	2.3	42	17455	2.4	18	12684	1.4	107	57725	1.9

n = number of persons with Achilles tendinopathy; Persons = number of registered persons; IR, incidence rate = number cases per 1000 registered persons.

Forekomsten av Akilles tendinopati i ulike aldersgrupper, hentet fra de Jonge et al 2011 [4]

kan føre til at senen overbelastes. Typiske foranledninger kan være stor og ensidig belastning over tid, plutselige endringer av aktivitetsnivå og/eller for rask treningsprogresjon. Av andre risikofaktorer nevnes medisinske tilstander (f.eks. fedme, hypertensjon, hyperlipidemi, diabetes), medikamentbruk, genetiske faktorer og biomekaniske forhold i fot/ankel (f.eks styrke i plantarfleksorer, pronasjon i foten og dorsalfleksjon i ankelen) [2].

Diagnosekriterier

Diagnostisering av Akilles tendinopati baserer seg primært på en grundig anamnese og klinisk undersøkelse, som ved behov kan suppleres med MR eller ultralyd. Både kliniske og bildediagnostiske funn kan imidlertid variere, og flere av diagnosekriteriene kan diskuteres. De Vos med flere [3] sammenligner dette med å tilberede pasta carbonara, der det finnes forskjellige oppskrifter på tilsynelatende samme

matrett. Noen ingredienser er imidlertid obligatoriske, og går igjen i alle oppskrifter. Vi som klinikere bør ha en formening om hvilke symptomer og kliniske funn som er å anse som de mest sentrale ved Akilles tendinopati.

Symptomer og kliniske funn

Akilles tendinopati kjennetegnes, som tidligere nevnt, av aktivitetsbegrensende smerter i akillesenen [2]. Smertene kan ha oppstått gradvis eller akutt, men bør kunne relateres til stor belastning av senen over tid eller plutselige endringer i aktivitetsnivå/belastningsmønster. Dersom sykehistorien involverer traume, må man være oppmerksom på andre seneskader som for eksempel Akillesseneruptur.

Typiske subjektive symptomer ved Akilles tendinopati er lokaliserte smerter og stivhet i senen etter hvile og inaktivitet, for eksempel søvn og langvarig sitting [2, 5]. Det

er ikke uvanlig at smertene avtar med aktivitet/oppvarming og kommer tilbake etterpå. Erfaringsmessig venter mange pasienter med å oppsøke helsehjelp til smertene er så uttalte at de hindrer gjennomføring av ønskede aktiviteter og/eller treningsformer. Eksempler kan være mosjonsløperen som har måttet kutte ut intervalltrening, eller birkebeinerløperen som har fått problemer med å gå diagonalgange i motbakker. Felles for disse aktivitetene er at de innebærer repeterende, kraftig bruk av leggmuskulaturen, og dermed stor belastning av akillessenen.

Litteraturen beskriver flere kliniske tester for diagnostisering av Akilles tendinopati. Et mye brukt «test-cluster» består av palpasjonstest, «Arc sign test» og «The Royal London Hospital test» (se bilder). Den kliniske nytteverdien av denne testkombinasjonen kan diskuteres, ettersom testene, ifølge Hutchison med flere



Palpasjonstest: Palper hele akillessenens lengde med tommel og pekefinger. Testen er positiv ved smerte.



«Arc sign test»: Lokaliser det området hvor akillessenen er mest hoven/fortykket og be pasienten plantarflektere og dorsalflektere ankelen. Testen er positiv dersom området med hevelse/fortykkelse beveger seg proksimalt og distalt under aktiv bevegelse.



«The Royal London Hospital test»: Lokaliser det området hvor akillessenen er mest palpasjonsømt, og be pasienten dorsalflektere ankelen. Testen er positiv dersom palpasjonsømheden avtar eller forsvinner ved maksimal dorsalfleksjon



Smerter ved Akilles tendinopati er typisk lokalisert i midtre del av senen, 2-6 cm proksimalt for senefestet på calcaneus

[5], samlet har en sensitivitet på kun 58 % og en spesifisitet på 83 %.

Dagens kunnskapsgrunnlag tilsier at selvrapporterte smerter 2-6 cm proksimalt for senefestet på calcaneus og palpasjonsømheter i midtre del av senen utgjør de mest pålitelige kliniske funnene ved Akilles tendinopati [2, 5]. Av andre mulige kliniske funn ved tilstanden nevnes krepitus og palpabel fortykkelse/hevelse i senen. Den kliniske undersøkelsen bør for øvrig inneholde en funksjonsvurdering med bruk av for eksempel hoppe- og tåhevttester, for å evaluere fysisk funksjon og kapasitet hos pasienten [2]. Her bør man også merke seg at nedsatt kraft ved tåhev kan representere en partiell Akilles-seneruptur, som er en mindre vanlig diagnose, men som ofte overses og feiltolkes som Akilles tendinopati [6].

Bilddiagnostikk

Supplerende bilddiagnostikk i form av MR eller ultralyd anbefales først og fremst når det ikke foreligger sentrale kliniske funn eller når det er behov for å avklare mulige differensialdiagnoser [3]. I forbindelse med International Scientific Symposium (ISTS) i Nederland i 2018 mente imidlertid flertallet (74 %) av de deltagende forskerne og klinikerne at bilddiagnostikk ikke er sentralt for diagnostisering av Akilles tendinopati [3, 7].

Med bakgrunn i den økende interessen for ultralyd i klinisk praksis, vil nok mange av oss likevel gjøre sonografisk undersøkelse av disse pasientene. Selv om diagnosen i mange tilfeller er klar etter anamnese og klinisk undersøkelse, opplever jeg ofte at den sonografiske undersøkelsen skaper økt tillit hos pasienten, som igjen kan påvirke etterlevelse og resultat av behandlingen.

Vanlige sonografiske funn ved Akilles tendinopati er økt senetykkelse, endringer i senens fiberstruktur, hypoekogenitet og økt doppleraktivitet/neovaskularisering. Slike forandringer kan også ses i asymptomatiske akillesener, men er da forbundet med økt risiko for fremtidig tendinopati [8]. De patologiske forandringene kan være et resultat av belastning utover senens toleranse/belastningskapasitet, eller degenerative prosesser i senen relatert til alder [2, 9]. Studier har vist at slike forandringer til en viss grad kan reverseres gjennom mekanisk stimulering av senen [9-11], men dette er tidkrevende prosesser hvor senen i mange tilfeller kan fremstå uendret ved MR og ultralyd lenge etter at pasienten har blitt symptomfri.

På den annen side bør vi være kjent med at sonografiske funn også kan være fraværende hos enkelte pasienter med symptomer og kliniske tegn på Akilles tendinopati. Det er foreslått at en slik presentasjon representerer tendinopati på et tidlig stadium, men det mangler foreløpig et godt vitenskapelig grunnlag for å klassifisere undergrupper/ulike stadier av Akilles tendinopati etter bilddiagnostiske funn [3, 9].

Avslutning

Som ved en rekke andre muskel- og skjelettlidelser, kan kliniske og bilddiagnostiske funn ved Akilles tendinopati variere. Tilstanden har likevel noen viktige kjennetegn som vi som fysioterapeuter bør ha kjennskap til når vi undersøker pasienter med akillesenesmerter. Bruk av ultralyddiagnostikk er stadig mer utbredt og ofte relevant ved seneplager, men forutsetter at det på forhånd er foretatt en grundig anamnese og klinisk undersøkelse, samt at man har god oversikt over både eventuelle differensialdiagnoser og mulige diskrepanser mellom kliniske symptomer og bildefunn.

Se referanser/kilder side 36.



Ultralyd: Lengdesnitt av akillesene med fortykket midtparti (øverst) vs akillesene med normal tykkelse (nederst)