

# Hva skal du IKKE gjøre ved tendinopatier i underekstremitetene?

Historisk sett har diskusjonene i medisinen og terapeutprofesjonen tatt utgangspunkt i hva som er det beste tiltaket for ulike tilstander. Dette har vist seg notorisk vanskelig å enes om, og mange etablerte fasiter utfordres når de testes vitenskapelig – så også for tendinopatier. Et interessant perspektiv er å snu på det og spørre seg hva det er vi ikke skal gjøre, og gjennom dette belyse hvilke tiltak vi faktisk står igjen med.



AV STIAN CHRISTOPHERSEN  
FYSIOTERAPEUT

Tendinopatier i underekstremitetene er vanlige tilstander hos både idrettsutøvere og i befolkningen for øvrig, og det er nå konsensus på at tendinopatier i all hovedsak behandles gjennom et belastningsregime. Hvordan dette best gjøres, og hvilke tilleggsterapier som kan gi en tilleggseffekt, er imidlertid uklart. Den anerkjente seneforskeren Jill Cook har laget en oversikt over ti behandlingstilnærminger som bør unngås (1), og kanskje er dette en måte å deduktivt komme frem til hva vi faktisk kan og bør gjøre med disse tilstandene.

## 1. Unngå komplett hvile

Komplett hvile svekker senens toleranse for belastning og vil også redusere senens stivhet i løpet av to uker. Muskelkraften vil også reduseres og dermed svekke kapasiteten i hele den kinetiske kjeden, hvilket vil gjøre rehabiliteringen vanskeligere og veien tilbake til idretten eller hverdagslivet lengre. Belastningsreduksjon er et viktig tiltak i oppstarten av behandling, men dette er ikke det samme som komplett hvile, og så snart smerten er stabil og tolerabel for pasienten, må belastningen på senevevet økes gradvis. Cook anbefaler én test for belastningskapasitet gjort daglig slik at pasienten selv kan vurdere fremgangen og øke eller redusere belastningen.



## 2. Unngå feil øvelsesutvalg

Å forstå hvordan ulike øvelser belaster senevev er viktig for å ha en hensiktsmessig progresjon i opptreningen. Belastningen på en sene øker drastisk ved raske bevegelser der senen virker som en springfjær, som ved løping, hopping og rettingsforandringer. Rolige bevegelser vil dermed være å foretrekke, og selv øvelser med tunge vekter kan tolereres fint av senen så lenge bevegelsestempoet er lavt. Dette har åpnet døren for behandlingsprotokoller som HSR, som per i dag ser ut til å være en effektiv belastningsprotokoll ved tendinopatier i underekstremitetene (2). Når sener

belastes i store utslag vil belastningen økes drastisk, og vi står i fare for å komprimere festet og eller utspringet over benete fremspring. Et godt eksempel på dette vil være tåhev gjort på flatt gulv kontra i trapp, der sistnevnte gjør at achillessenens feste komprimeres mot calcaneus. Både kompresjon og raske bevegelser må på sikt implementeres i opptreningen, men bør unngås i tidligere stadier av rehabiliteringen.

## 3. Ikke baser behandlingen på passive behandlingsmetoder

Passive behandlingsmetoder som massasje, nåler, trykkbølge, is og elektroterapi vil ikke påvirke senens

belastningskapasitet. I beste fall kan passive behandlingsmetoder endre smertebildet på kort sikt, men vil samtidig gjøre pasienten til en passiv mottaker av behandling når vi ønsker det motsatte – at pasienten selv skal utføre behandlingen og være en aktiv del av rehabiliteringen.

#### 4. Unngå injeksjonsterapi

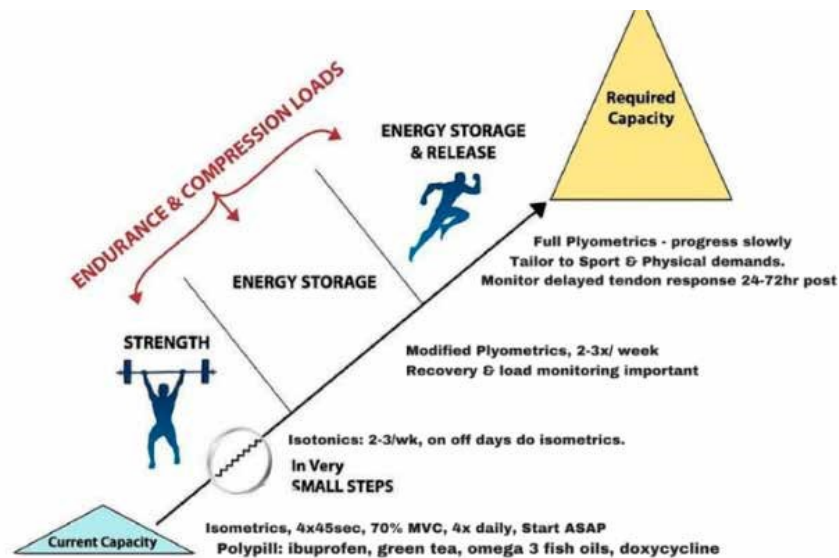
Ingen form for injeksjonsterapi rettet direkte mot senevevet har vist seg bedre enn placebo. Kortison bryter ned senevevet på cellenivå, og det er rapportert om dårligere utfall på lang sikt ved bruk av kortisoninjeksjoner kontra uten (3). På tross av at advokatene for disse terapiene hevder at behandlingen endrer senestrukturen til det bedre, er ikke denne potensielle endringen nødvendig. Sener tilpasser seg de tendinopatiske forandringene og har mer enn nok friskt kollagent vev til å tåle høy belastning. Injeksjonsterapi vil kunne endre smertebildet, og kan dermed være et alternativ når pasienten har feilet et langvarig og godt rehabiliteringsprogram.

#### 5. Ikke ignorer smerten

Et sentralt spørsmål er ofte hvorvidt treningen skal være smertefull eller ikke. Når behandlingen av tendinopatier baserer seg på å belaste senen, er det sannsynlig at dette kan medføre smerte. Å akseptere smerte er imidlertid ikke det samme som å ignorere smerte – om dette overhodet er mulig – og det er derfor viktig at pasientene selv kan monitorere smerteresponsen sin det påfølgende døgnet etter trening. Ved overbelastning av senen øker gjerne smerten etter 24 timer, og er et signal om at belastningen må roes ned. Anbefalingen er at en økning på to eller mer på VAS (0-10) på den daglige belastningstesten (pkt. 1) krever en reduksjon i aktiviteter som overbelaster senen.

#### 6. Unngå å tøye senen

Som nevnt under pkt. 2 er sener utsatt for kompresjon når de tøyes mot ytterstilling. Å tøye en tendinopatisk sene bidrar ikke til økt belastningskapasitet, men øker derimot kompresjonskreftene som virker på senen.



Figur fra Cook & Docking 2015 (3)

#### 7. Ikke gjør tverrfriksjoner

Å tverrfriksjonere en irritabel sene kan irritere senevevet ytterligere, øke smerten og vil ikke øke senens belastningskapasitet. Som nevnt under pkt. 3 kan tverrfriksjoner gi en kortvarig smertelindring, men smerten vil raskt komme tilbake når pasienten går tilbake til å belaste den.

#### 8. Unngå å bruke billedfunn for diagnose, prognose eller utfallsmål

Tendinopatiske forandringer forekommer hyppig i helt asymptomatiske sener og må derfor tolkes med forsiktighet som diagnoseverktøy for smertefulle sener. Billedfunn sier derfor heller ingenting om prognosen. Tendinopatiske forandringer endrer seg i svært liten grad gjennom rehabiliteringen og korrelerer dårlig med smertereduksjon, og er derfor ikke et nyttig verktøy som utfallsmål.

#### 9. Ikke være bekymret for ruptur

Smerte er en beskyttende respons som vil føre til avlastning av senen. De fleste senerupturer skjer faktisk uten smerte som forvarsel og uten at vi har sett disse pasientene i klinikken før de rupturerer senen, på tross av store patologiske endringer i senevevet.

#### 10. Ikke vær utålmodig

Et tidsperspektiv på minimum tre måneder er nødvendig for å la senen, muskelen, den kinetiske kjeden og hjernen bygge opp styrke og

kapasitet. På lang sikt er prognosen god dersom vi klarer å gjennomføre en god, øvelsesbasert rehabilitering.

#### Oppsummering

Hvorfor er det viktig å fokusere på hva vi ikke skal gjøre ved tendinopatier i underekstremitetene? Først og fremst for å vite hva vi burde legge bort av tiltak og bruke mindre tid på i vår daglige praksis. Dette åpner døren for å bruke tiden vår på å gjøre det som ser ut til å fungere best; et progrediert rehabiliteringsprogram som går fra smertereduksjon, via styrketrening til mer eksplosive return to play øvelser og med en samtidig inkorporering av utholdenhetstrening. På den måten vil senen og hele den kinetiske kjeden belastes på best mulig måte gjennom forløpet og bygge opp en belastningskapasitet som gir gode langsiktige resultater.

1. Cook JL: Ten treatments to avoid in patients with lower limb tendon pain Br J Sports 2018
2. Kongsgaard, M. et al: Corticosteroid injections, eccentric decline squat training and heavy slow resistance training in patellar tendinopathy. Scand.J.Med.Sci.Sports 2009.
3. Coombes BK, Bisset L, Brooks P, Khan A, Vicenzino B. Effect of Corticosteroid Injection, Physiotherapy, or Both on Clinical Outcomes in Patients With Unilateral Lateral Epicondylalgia. A Randomized Controlled Trial. JAMA. 2013
4. Cook J, Docking S: "Rehabilitation will increase the 'capacity' of your ...insert musculoskeletal tissue here...." Defining 'tissue capacity': a core concept for clinicians Br J Sports Med 2015