



Retningslinjer for behandling av plantare hælsmarter

Plantare hælsmarter er ofte ‘a pain in the ass’ for både pasienter og klinikere, og det er vanskelig å finne en kjapp og effektiv vei ut av problemet. Nylig har BJSM publisert en ‘best practice guide’, basert på en systematisk gjennomgang av høykvalitetsstudier, klinisk resonering blant eksperter og verdifull feedback fra pasienter. Denne guiden kan forhåpentlig veilede både pasienter og terapeuter i håndteringen av plantare hælsmarter.



AV NINA ERGA SKJESEETH
FYSIOTERAPEUT

Patologi i plantarfascien er den mest vanlige årsaken til plantare smerter hos voksne, og amerikanske studier har vist at rundt 10 % vil

oppleve denne typen plager i løpet av livet [1]. Tilstanden kjennetegnes ved symptomer under hælen ved belastning etter en periode med inaktivitet, typisk som ved de første skrittene på morgenen eller når man reiser seg for å gå etter å ha sittet i ro en periode. Symptomene blir ofte verre etter langvarig belastning, ved gange uten sko eller gange på hardt

underlag. Smertene utløses ofte av en nylig økning i vektbærende aktivitet, og ved palpasjon er det mest vanlig å ha smerter proksimalt i plantar fascien [2,3].

Aktuelle behandlingsmetoder for plantar fasciitt/plantar fasciotopi ble beskrevet i Fysioterapi i Privat Praksis nr. 4 (2020), med utgangspunkt i

tilgjengelige studier. Dagens artikkel derimot for seg en ny publikasjon i BJSM [4], som omhandler beste praksis ved plantare hælsmarter når man i tillegg til høykvalitetsstudier inkluderer ekspertenes uttalelser og tilbakemeldinger fra pasienter. Dette for å forhåpentlig kunne lage enda mer spesifikke retningslinjer for behandling av plantare hælsmarter (PHP).

Inklusjonskriterier

Det var utelukkende studier av høy kvalitet som ble inkludert i oversiktsartikkelen, noe som resulterte i inklusjon av kun ni RCT-studier. Enhver RCT-studie som undersøkte effekten av en intervensjon sammenlignet med en annen intervensjon, placebo, sham eller «vent og se» ble inkludert, forutsatt at det var en oppfølgingstid på minimum to uker.

Et annet inklusjonskriterie var klinisk diagnostisering av PHP, med symptomer som beskrevet i første avsnitt. Alle deltakerne var over 16 år og hadde opplevd symptomer

over en viss tid. Studier ble ekskludert hvis deltakernes PHP var relatert til brudd, svulster eller infeksjoner, eller om smertene var påvirket av andre forhold som eksempelvis revmatologiske, nevralt, vaskulære eller dermatologiske.

Følgende utfallsmål var relevante og avgjørende for inklusjon; pasientrapportert smerte, første trinns smerte og fotrelatert funksjon.

Ekspertuttalelser og spørreskjema til pasienter

Totalt ble 14 internasjonale ekspert-klinikere med ulik nasjonalitet rekruttert og intervjuet, hvorav sju av disse var fysioterapeuter. Ekspertene hadde en gjennomsnittlig eksponering for pasienter med PHP på ni per måned, og de hadde i snitt gitt ut 51 publikasjoner om PHP.

For å innhente verdifull informasjon fra pasienter med PHP, ble det laget en online spørreundersøkelse med fokus på åpne spørsmål. Temaene omhandlet pasientenes egen opplevelse av å leve med PHP, oppfattelse

av sin egen tilstand, forventninger til klinikere, styrker ved dagens PHP-håndtering og forbedringsområder. Totalt 40 pasienter deltok på undersøkelsen.

Midlertidige resultater av litteraturgjennomgangen (figur 1) ble også presentert for pasientene, for å se hvordan det samsvarte med pasientens opplevelse av PHP.

Resultater

Resultatene fra litteraturgjennomgangen, ekspertintervjuene og spørreundersøkelsen førte frem til en såkalt kjernetilnærming, som er et forslag til håndtering av pasienter med plantare hælsmarter i en tidlig fase. Dette er presentert i både figur 1 og 3, som er hentet fra BJSM sin artikkel.

Teip og tøying

Forfatterne konkluderte med at det var godt samsvar mellom resultatene fra litteraturgjennomgangen og de kvalitative dataene fra eksperter og pasienter når det gjaldt effekten av tøying og teiping på reduksjon

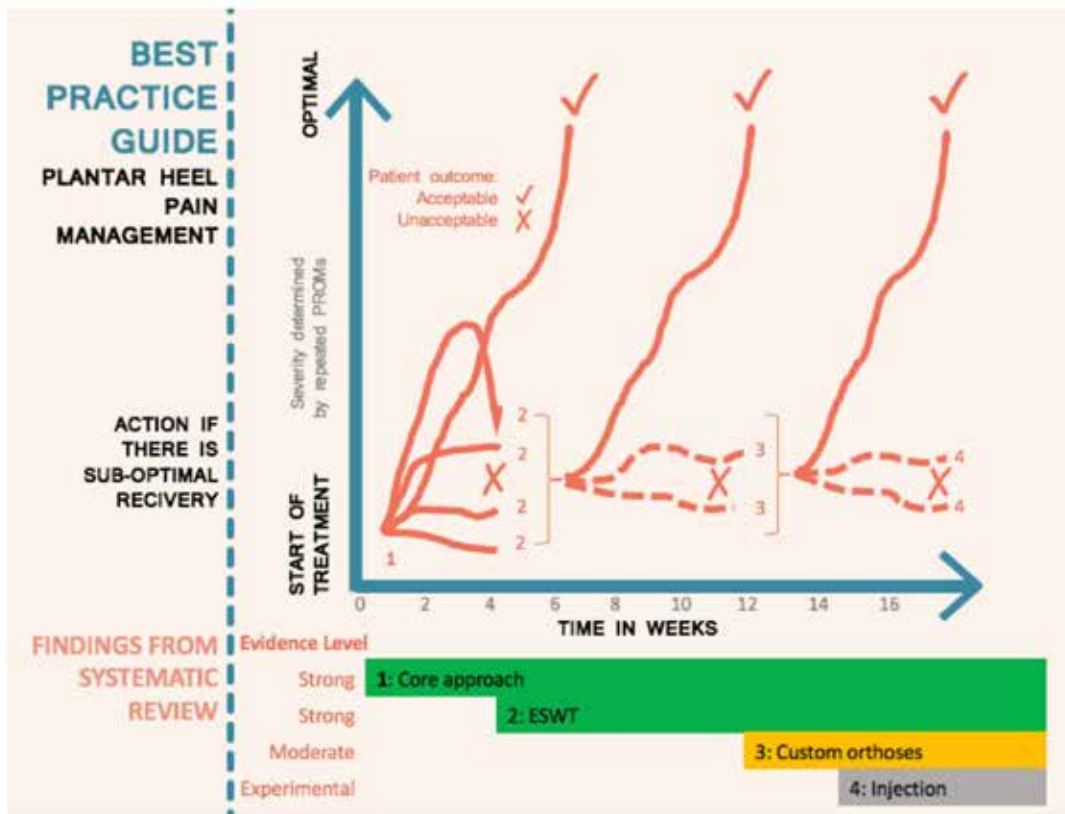


Figure 1 Management approach for plantar heel pain when a person progressively fails to recover with addition of extracorporeal shockwave therapy (ESWT) at 4 weeks if the core approach is not working and then addition of orthoses at 12 weeks if there is still suboptimal improvement. PROM, patient-reported outcome measure.

av smerter (første trinns smerte) på kort sikt (definert som inntil 3 måneder). Det ble derfor foreslått at disse tiltakene, i tillegg til relevant pasientinformasjon og råd rundt skotøy, bør være kjernetilnærmingen i en tidlig fase ved PHP, med fokus på selvstendig håndtering.

Tøying kan i følge litteraturgjennomgangen ha gunstig effekt på «smerte ved første skritt» på kort sikt, og moderat effekt ved 3-6 måneders oppfølging. I følge ekspertene, kan tøying være lindrende og gi bedring tidlig i fasen, men det er på ingen måte en helbredende behandling.

Enkelte studier har vist god effekt av enkelte teipe-teknikker, og flere pasienter anga å ha god nytte av taping. I tillegg hevdet flere eksperter at teiping bør introduseres tidlig i forløpet, for å redusere smerter på kort sikt og øke pasientens tillit til opplegget. Noen eksperter brukte teiping for å forutsi effekten av fotortoser.

ESWT og såler/ortoser

Analysene viste at det også var godt

samsvar mellom de ulike resultatene når det gjaldt effekten av ESWT for smertereduksjon på både kort og lengre sikt. Dette ble foreslått som et aktuelt tiltak etter fire uker, dersom kjernetilnærmingen ikke har gitt ønskelige resultater. Bruk av ortoser/såler ble også trukket frem som et nyttig tiltak, der man har sett god effekt på kort sikt og opp mot seks måneder.

Det er god kvalitet på studiene som har undersøkt effekten av spesialtilpassede såler ved PHP, men resultatene er noe uklare. Den kliniske resonneringen blant ekspertene førte frem til at fotortoser, uten spesifikk referanse til om de er tilpassede eller prefabrikkerte, kan brukes for å avlaste vev under hælen for å oppnå kortsiktig lindring. Dette gjelder spesielt i situasjoner der det er vanskelig å la foten nok hvile.

Informasjon og veiledning i egenhåndtering

Beste praksis-guiden definerer en kjernetilnærming til håndteringen av PHP som består av enkle og aktive intervensjoner, med fokus

på selvstendig håndtering styrt av pasienten selv. Kjernetilnærmingen inkluderer som nevnt tøying og teiping for å avlaste plantar fascien, i tillegg til mindre veldefinerte intervensjoner relatert til individuell veiledning og informasjon. Sistnevnte bør inneholde:

- Individuell vurdering
- Råd rundt fottøy for å sikre komfort i sko, eventuelt med drop (fra hæl til forfot), uten at det går utover sosial aksept
- Belastningsstyring for å bryte opp lange perioder med statisk belastning eller håndtere brå/store endringer i treningsbelastning hos en mer atletisk populasjon
- Vurdering av komorbiditeter som type 2 diabetes
- Opplæring i parametre som kreves for at pasientene selv kan overvåke og kontrollere smerter og symptomer, inkludert reaksjoner på aktivitet, samt hvordan man tolker smerte med hensyn til vevsskade for å dempe frykten for langsiktige konsekvenser

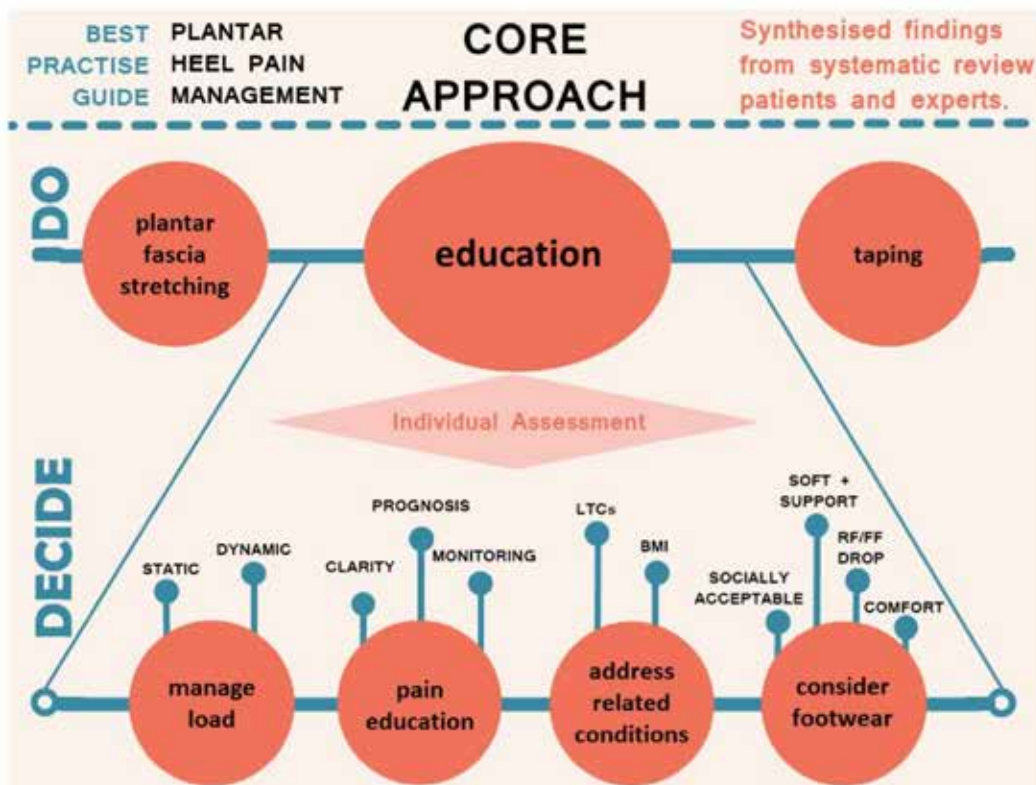


Figure 3 Core approach to the management of plantar heel pain based on the best available evidence, expert opinion and the patient voice. The top layer ('DO') of taping, stretching and education are required initial interventions with each patient. The individual assessment ('DECIDE') is of which specific educational aspects are needed. BMI, body mass index; FF, forefoot; LTC, long-term condition; RF, rearfoot.



Informasjonen og opplæringen bør ha en realistisk tone, siden tilheling kan ta flere uker eller måneder. For klinikere er det viktig å understreke den positive prognosen i samtale med pasientene, for å stimulere til en positiv innstilling hos den enkelte pasient.

Hva så med styrketrening?

Vi har tidligere omtalt styrketrening for legg og fot som en potensiell 'vei å gå' når det gjelder håndtering av plantar fasciotopi. Økt kapasitet og toleranse for belastning står sentralt ved mange belastningsslidelser, og man skulle tro at dette også er relevant ved PHP. I den systematiske gjennomgangen av tilgjengelig litteratur, kom det frem at det er begrenset med kvalitetsstudier på dette emnet. Kun ni RCT-studier ble inkludert, og styrketrening ble ikke nevnt som et foretrukket tiltak. Blant ekspertene var meningene delt rundt dette temaet, og fremtidig forskning er essensielt for å kunne komme med mer presise retnings-

linjer på dette området. En studie som skal sammenligne trening og kortison, med trening alene og informasjon/råd/hælkappe er igangsatt, og denne vil trolig gi noe mer informasjon om effekten av trening ved PHP.

Personlig har jeg god erfaring med å anbefale styrketrening av underekstremitetene ved PHP, så lenge pasientene har kontroll på symptomer og en fornuftig belastningsstyring. Det virker logisk å øke styrke og kapasitet i et område som har blitt overbelastet og deretter smertefullt, når dette ofte henger sammen med at vevet ikke er sterkt nok til å tåle den belastningen det utsettes for.

Hvordan bruke denne guiden

Tatt i betraktning hver pasients tidligere behandlingshistorie og erfaring, kan denne guiden veilede både pasienter og klinikere i håndteringen av plantare hælmerter. Pasienter bør bli presentert for figurene som er omtalt i denne artikkelen, for

å forhåpentlig kunne redusere noe av frustrasjonen de opplever når de søker veiledning fra internett og andre ressurser.

Fremtidig forskning bør styres ut i fra de hullene som er i evidensbasen i dag, sånn at kommende retningslinjer kan bli enda mer spesifikke.

Se referanser/kilder side 36.