

PM

Rubrik: Akut total hälseneruptur, vårdprogram	
Enhet/förvaltning: Ortopedkliniken Blekingesjukhuset	Huvudområde/delområde: Vårdprogram/underben/fot
Ansvarig: Tomas Ericson, verksamhetschef	Utfärdare: Anders Roman, överläkare
Gemensamt med:	Version: 5.0
Godkänt datum: 2021-11-25	Nästa revidering: 2023-11-25

KOPIA

Allmänt

Akut hälseneruptur drabbar vanligtvis män. Det finns en incidenttopp i 40-årsåldern och en topp i 70-årsåldern. I de allra flesta fall uppkommer hälsenerupturen under idrottsutövning men utan yttre våld. I sällsynta fall kan en totalruptur uppkomma spontant hos patienter med svaga senor eller efter långvarig kortisonbehandling. Även Ciproxin kan i sällsynta fall ge upphov till spontanruptur. Partiell hälseneruptur är en överbelastningsskada som ett led i en kronisk hälsene-problematik.

Diagnostik

Rupturen sitter vanligtvis 3-4 cm ovanför fästet på kalkaneus. En palpabel grop i hälsenan föreligger och även en viss palpationsömheter. Positiv Thompson test (patienten i buk-läge med böjt knä, kramar vaden, positiv om ingen plantar flexion av foten uppstår). Simmonds eller Matles test: Patient i buk-läge med fötterna utanför britsen. Notera tonus i hälsenan. Skadad sena har upphävd tonus och foten står därför i ett mer dorsalextenderat läge. Vanligtvis har patienten inte särskilt ont. Dock svårigheter att gå och kan inte gå upp på tå på den skadade sidan. Diagnosen kan vanligtvis ställas kliniskt.

Behandling

Behandlingen av total hälseneruptur är omdebatterad och någon riktig konsensus föreligger egentligen inte. Det finns vissa fördelar med kirurgisk behandling såtillvida att rerupturfrekvensen är något lägre. Å andra sidan är risken för komplikationer i form av sår-läkningsproblem och infektioner något man slipper vid konservativ behandling. Risken för tromboembolisk sjukdom har dock efter flera studier visat sig vara lika stor i båda grupperna. Val av behandlingsmetod får därför ske i samråd med patienten. Vi har dock under senare år nästan helt övergått till icke-kirurgisk behandling.

Icke-kirurgisk behandling

Detta gäller de patienter som har ådragit sig en sluten akut hälseneruptur och där skadan inte är äldre än 3 dygn.

- Vecka 0-2 cirkulär underbensgips med spetsfot cirka 30 grader. Ingen belastning. Remiss till sjukgymnast. Trombosprofylax 2 veckor.
- Efter 2 veckor byte till Aircast Walker med 3 hälkilar. Patienten kan börja belasta fullt i ortosen.
- Efter 4 veckor återbesök till ortopedmottagningen för avlägsnande av en hälkil. Statisk träning av gastrocnemius/soleusmuskulatur samt lårmuskelträning kan påbörjas.
- Efter 6 veckor avlägsnas ytterligare en hälkil. Kan ske antingen via sjukgymnast eller via ortopedmottagningen.
- Efter 7 veckor avlägsnas den sista hälkilen.
- Efter 8 veckor återbesök till ortopedmottagningen. Ortosen avvecklas. Stadiga skor rekommenderas och patienten ska även börja använda en kil i skon under minst 4 veckor framåt. Denna kil erhålls på ortopedmottagningen. Används lämpligen bilateralt. Sjukgymnastik enligt separat program. Patienten rekommenderas att inte gå barfota under 4 veckor framåt.

Kirurgisk behandling

En relativ kontraindikation är:

- Diabetes
- Kärleksjuka
- Storrökare
- Immunsuppressiv medicinering
- Äldre inaktiv patient
- Dåligt hudstatus i operationsområdet

KOPIA

Hälsnittet bör läggas medialt om senan. Använd 1:ans PDS med modifierad Kessler-teknik. Antibiotikapfylax i form av Ekvacillin som engångsdos (alternativt Dalacin vid PC-allergi). Trombosprofylax under gipstiden, dvs. 2 veckor.

- Vecka 0 cirkulär underbensgips i spetsfot cirka 30 grader. Ingen belastning. Remiss till sjukgymnast. Trombosprofylax.
- Efter 2 veckor återbesök till sjuksköterskemottagningen, byte till Aircast Walker med 3 hälkilar. Får belasta fullt. Suturtagning.
- Efter 4 veckor återbesök till ortopedmottagningen för avlägsnande av en hälkil. Statisk träning av gastrocnemius/soleusmuskulatur samt lårmuskelträning kan påbörjas.
- Efter 6 veckor avlägsnas ytterligare en hälkil. Kan ske antingen via sjukgymnast eller via ortopedmottagningen.
- Efter 7 veckor avlägsnas den sista hälkilen.
- Efter 8 veckor återbesök till ortopedmottagningen. Ortosen avvecklas. Stadiga skor rekommenderas och patienten ska även börja använda en kil i skon under minst 4 veckor framåt. Denna kil fås på ortopedmottagningen. Används lämpligen bilateralt. Sjukgymnastik enligt separat program. Patienten rekommenderas att inte gå barfota under 4 veckor framåt.

Sjukgymnastiskt träningsprogram vid behandling av akut hälseneruptur

Vecka 4 – 8

Remiss till sjukgymnast. Träning hos sjukgymnast 2 gånger/vecka, däremellan hemövningar. Lårmuskelträning och statisk träning av gastrocnemius/soleus. Tårörelser.

KOPIA

Vecka 8 – 9

Ortos av. Klackförhöjning bilateralt (i 4 veckor). Belastning till smärtgräns. Rörlighetsträning av dorsalextension och plantarflexion samt pronation och supination. Tårörelser. Gångträning med successivt ökande belastning.

Vecka 9 – 11

Dynamisk träning för dorsalextensorer och plantarflexorer samt pronation och supination med t.ex. gummisnodd. Träning ska vara såväl koncentrisk som excentrisk. Balansträning, motionscykling och simning.

Vecka 11 – 13

Träning som vecka 9 – 11 samt långsam bilateral tåhävning. Gång i tjock matta. Belastningsträning med kroppsvikten som tyngdöverföring från vänster till höger och ben och vice versa, framåt/bakåt och i sidled, s.k. "closed-chain" träning. Styrketräning av gastrocnemius/soleus med successivt ökande belastning och lätt stretching.

Vecka 14 – 16

Intensifierad träning som ska vara både excentrisk och innehålla spänst- och uthållighetsträning. Koncentrisk och excentrisk unilateral tåhävning. Stretching med om möjligt både rak och böjd knäled. Balansträning på balansplatta.

Vecka 16 – 20

Träning som ovan samt snabba tåhävningar för spänstträning. Jogging på tjock matta, zick-zack övningar och småjogging i åttor.

Vecka 20 - 26

Jogging utomhus och vid behov grenspecifik träning.

Vecka 26

Åter till idrott eller annan aktivitet som innefattar hög belastning efter sjukgymnastisk utvärdering.

