

Gäller för: VE Ortopedi

Innehållsansvar: Bengt Karlsson, (benka3), Överläkare

Godkänd av: Linda Andersson, (linan8), Vårdadministrativ sekreterare

Giltig från: 2026-03-20

Giltig till: 2028-03-20

Behandling av hälseneruptur

Förändringar sedan föregående version

Uppdaterat dokument. Tillägg under rubriken ortosbehandling.

Bakgrund och syfte

Akut hälseneruptur drabbar i 90% av fallen män, vanligen i åldrarna 35 till 40 år. Hos cirka 90% uppkommer hälsenerupturen under idrottsutövning och då ofta racketsport. Färre än 10% har haft hälseneproblem före skadan. En andra incidenstopp inträffar hos patienter över 50 år och då har skadan i regel inte samband med idrott. I sällsynta fall kan en totalruptur uppkomma spontant efter t. ex. långvarig cortisonbehandling eller vid systemsjukdom som diabetes.

Skademekanismen är kraftig vadmuskelkontraktion med dorsalextenderad fotled eller där fotleden kraftigt dorsalextenderas i samband med fall eller feltramp på ex trottoarkant.

Rupturen är i regel lokaliserad till ett område 2-6 cm från infästningen på calcaneus. Denna del av senan är sämst vaskulariserad och det är möjligt att detta spelar roll för uppkomsten (tendinosförändringar). I sällsynta fall förekommer ruptur i övergången muskel/sena eller avlossning av hälsenan från sitt fäste på calcaneus.

I skadeögonblicket erfar patienten en kraftig smäll och smärta. Därefter oförmåga att plantarflektera med kraft. Kan ej stå på tå på skadad sida. Kan dock gå på benet med viss hälta och ofta utan nämnvärd smärta. Det första dygnet kan man i regel palpera en grop i senan. Denna fylls dock snabbt ut med ett hematom och gropan försvinner. Detta gör också att man då enbart med plantarflektion inte kan få ihop senändarna, hematomet håller isär senändarna. Thompsons test är i regel positivt i akutskedet (avsaknad av eller minskad plantarflektion när man pressar ihop gastrocnemiusbukarna från sidorna). En viss osäkerhet finns med detta test eftersom kraftig kompression

gör att accessoriska plantarflektorer ger en aktivitet i plantarflektion. Efter någon eller några veckor medför den fortgående läkningen att plantarflektionen återkommer vid Thompsons test.

Partiella rupturer har en annan uppkomstmekanism och är en överbelastningskada som är ett led i en kronisk hälseneproblematik med smärta och stelhet.

Som restillstånd efter total ruptur läker ofta senan med viss förlängning vilket ger minskad kraft i plantarflektion. Målet med behandling är läkt sena med adekvat längd och så få behandlingskomplikationer som möjligt. Underbenstrombos är vanligt i samband med behandling. Sår-läkningsproblem och infektion är risker vid kirurgi. Rerupturrisken är ca 2% efter kirurgisk behandling och ca 13% efter konservativ behandling. Enbart 50% av patienterna återgår till samma typ av idrott på samma nivå som före skadan. Fler än 80% kan dock löpträna vid uppföljning två år efter skadan.

Diagnostik

- Anamnes
- Palpation av senan
- Thompsons test. Viktigt att patienten är i bukläge.

Diagnosen är i akutskedet (de tre första dagarna) klinisk. Ultraljud eller MRT kan användas vid osäkerhet och då i regel när längre tid gått sedan rupturen.

Differentialdiagnoser

- Muskelbristning i gastrocnemius
- Fotledsdistorsion

Utförande

Vid partiell ruptur i akutskedet behandlas med ortos i 4-6 veckor och därefter klackförhöjning 2,5 cm i 4 veckor.

Vid total ruptur är behandlingen kirurgisk eller konservativ.

Kontraindikationer till kirurgisk behandling är

- Diabetes
- Kärleksjuka
- Storrökare
- Immunosuppressiv behandling
- Äldre och inaktiva
- Dåligt hudstatus
- Patient som ej vill bli opererad

Riktlinjer för val av behandling

- Hälseneruptur max 2 dagar gammal vid diagnos - **ortosbehandling**
- Hälseneruptur mer än 2 dagar gammal men mindre än 2 veckor gammal vid diagnos - **operation med end-to-end sutur**
- Hälseneruptur mer än 2 veckor gammal vid diagnos - **operation med end-to-end sutur eller förstärkningsteknik**
- Reruptur - **operation med förstärkningsteknik**
- Avslitning av calcaneusfästet – **operativ behandling**
- Ruptur i övergång mellan muskel och sena – **ortosbehandling**

Trombosprofylax

Alla hälsenerupturer oavsett behandling ska få trombosprofylax enligt klinikrutiner i 2 veckor. I fall med klart ökad trombosrisk ges profylax i 5 veckor.

Ortosbehandling

- Patienten får på akutmottagningen gips (cirkulär) som håller fotleden i ca 25 graders flektion. Ej belasta gipsen. Instruktioner om aktiva tårörelser som trombosprofylax. Primärjour skriver OTA-remiss för ortos och ger till patienten.
- Ge patienten foldern ”Information till dig med hälseneruptur” med instruktioner om träning.
- Återbesök till gipstekniker och fysioterapeut efter 2 veckor för avgipsning och övergång till ortosbehandling.
- Sjukskrivning 2 veckor vid stillasittande arbete, annars 8 veckors sjukskrivning.
- AIRCAST FP WALKER med initialt tre iläggskilar (ca 22 graders spetsfot).
- Patienten ska vid första besöket på OTA ta med ett par skor för klackförhöjning 2,5 cm.
- Patienten får instruktioner om att dagligen ta av ortosen för luftning, byte av strumpa och ev tvätt av foten. Viktigt att patienten får instruktion om att inte belasta foten eller böja foten uppåt från spetsfotläget när ortosen är avtagen.
- Träffa fysioterapeut i samband med att ortosbehandlingen påbörjas. Återbesök till fysioterapeut på ortopedimottagningen efter 2, 4 och 6 veckor för justering av ortos individuellt vad gäller flektionsgrad.

- Från två veckor full belastning.
- Återbesök till ortoped och fysioterapeut efter 8 veckor för avslutning av ortosbehandling och start av mer aktiv rehabilitering. Klackförhöjning bilateralt i ytterligare 4 veckor. Ställningstagande till behov av ytterligare sjukskrivning vid tungt arbete. Vid tungt arbete bör man inte återgå i arbete förrän efter 4 månader. Fortsatt uppföljning hos fysioterapeut till återgång i full fysisk aktivitet

Kirurgisk behandling

- Helst operation inom 3 dygn.
- Patient i bukläge med fötterna just utanför operationsbordets kant.
- Blodtomt fält behövs ej.
- 6-8 cm lång incision längsgående medialt om senan.
- Om paratenon är intakt incideras denna något mer centralt.
- Senändarna friseras möjligen något.
- End-to-end sutur med två modifierade Kesslersuturer med 2-0 PDS. Suturfäste upp till 2,5 cm från senändarna. Viktigt att återställa normal senlängd (jämför vilotonus med andra sidan).
- Komplettera med tunnare vicrylsutur över rupturspalt och parathenon.
- Vid behov kan suturen förstärkas med plantarissenan som då delas distalt, plattas ut och sys som ett lock över rupturen
- Vid avslitning från calcaneus fastsättning mot suturankare.
- Vid reruptur och sent diagnosticerad ruptur krävs i regel någon form av förstärkningsplastik (t.ex. Lindholmsplastik med användande av gastrocnemiusfascian).
- Infektionsprofylax en dos och trombosprofylax med Fragmin 7 – 10 dagar.
- Postoperativt spetsfotsgips utan belastning.
- Ordna klackförhöjning på ett par skor 2,5 cm bilateralt.
- Återbesök till läkare och sjukgymnast efter 2 veckor för suturtagning och påbörjande av ortosbehandling med två kilar. Därefter fortsatt ortosbehandling på samma sätt och med samma uppföljning som vid icke-kirurgisk behandling. Samma sjukskrivningsprinciper.
- Efter avslutad ortosbehandling klackförhöjning bilateralt i 4 veckor.

Arbetsgrupp

Bengt Karlsson, överläkare, ortopedikliniken, Skaraborgs sjukhus.

Eive Pakkanen, fysioterapeut, Skaraborgs sjukhus.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VE Ortopedi

Innehållsansvar: Bengt Karlsson, (benka3), Överläkare

Godkänd av: Linda Andersson, (linan8), Vårdadministrativ sekreterare

Dokument-ID: SKAS9720-1295490241-71

Version: 3.0

Giltig från: 2026-03-20

Giltig till: 2028-03-20