

Gäller för: Verksamhet Ortopedi

Giltig från: 2026-03-20

Innehållsansvar: Katarina Nilsson Helander, (katni2), Överläkare

Giltig till: 2027-11-17

Granskad av: Michael Möller, (micmo), Universitetssjukhusöverläkare

Godkänd av: Anna Nilsson, (annni155), Verksamhetschef

Hälseneruptur – Behandling av kronisk hälseneruptur eller reruptur

Förändring sedan föregående version

2025-10-27 version 1. Tillägg av referenser, text uppdaterad

2023-02-06, version 3. Tillägg av referenser. Samt bruk av dorsalextensionsskena.

2020-05-05, version 2. Ändringar i behandlingsrutin.

2018-01-17, Version 1.

Bakgrund och syfte

Över 20 % av alla akuta hälsenerupturer missas initialt, dels på grund av patient-delay men också på grund av missad diagnostik¹⁻². Enligt litteraturen benämns en hälseneruptur kronisk efter 4 veckor, men redan efter 14 dagar, från skadetillfället kan det bli aktuellt att anpassa operationsmetod vid reparation av hälsenan (Maffulli N, Ajis A, Longo UG, Denaro V. Chronic rupture of tendo Achillis. *Foot Ankle Clin.* 2007; 12:583–596.). Sent upptäckta hälsenerupturer behandlas i första hand kirurgiskt om inte kontraindikationer föreligger, samma gäller för rerupturer och ej läkta hälsenerupturer. Gips/ortosbehandling är således inte aktuellt i dessa fall. Adaptationssutur är oftast inte tillräckligt för sent upptäckta hälsenerupturer, rerupturer och ej läkta rupturer (>14 dagar från skadetillfället) utan i stället används någon form av förstärkningsplastik. Som exempel används fri gastrocnemiusaponeurosisflap³, sentransfer (Nilsson et al 2022) och V-Y plastik eller i undantagsfall allograft. Oavsett om det planeras för kirurgi eller om denna inte är genomförbar, bör rehabilitering påbörjas med syfte att förbättra styrka och balans. Vid behov kan en dorsalextensionsskena användas. Prognosen

efter kirurgisk åtgärd vad gäller funktion är god och likvärdig jämfört patienter med en akut hälseneruptur (REF).

Förutsättningar

Ansvar

Ansvar för utarbetande samt revidering av rutin är Katarina Nilsson Helander, Docent, Överläkare, Michael Möller, Adj Prof, Överläkare

Verksamhetschefen ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som verksamheten kräver finns tillgängliga och att verksamheten arbetar enligt SOSFS 2011:9. Linjeförordnad ansvarar för att rutinen används av läkare vid Ortopedimottagningen Mölndal.

Avgränsningar

Samtliga läkare som tjänstgör inom Ortopedin Sahlgrenska Universitetssjukhuset, gipstekniker och fysioterapeuter på Ortopedimottagningen Mölndal.

Utförande

Beslut om kirurgisk behandling tas i samråd med patienten och av operatör som kan utföra förstärkningsplastik. Preoperativ MR undersökning rekommenderas i de flesta fall för kartläggning av skadan och planering av lämplig kirurgisk intervention. Alla patienter som kan vara aktuella för kirurgi med förstärkningsplastik, och som identifierats via akutmottagningen eller via externa kontakter, bokas till närmast tillgängliga Hälsnemottagning för bedömning och beslut om åtgärd.

Dokumentation i journalanteckning

- Skademekanism och tidpunkt
- Förlopp från skada till besök, ev. fysioterapi
- Eventuella tidigare hälsenebesvär
- Övriga relevanta sjukdomar, aktuella läkemedel
- Funktionsnivå (från nivå på idrott till typ av gånghjälpmedel)
- Rökning
- Patientens eventuella synpunkter på behandlingsval och motivering till gjort behandlingsval
- Defekt i senan? Nivå från tuber calcanei
- ATRA-vinkel Jämför frisk sida
- Svullnad/missfärgning/ömhet

- Medrörlighet av foten vid vadmkompression med knät böjt 90° - ja eller nej?
- Hudstatus
- Pulsar (i sittande)
- Gångförmåga och gånghjälpmedel

Kontraindikationer (relativa och absoluta) till kirurgi är: diabetes (ej reglerad), perifer cirkulationsinsufficiens, obesitas, pågående infektion, påverkat hudstatus, hög ålder, allmän sjuklighet, immunosuppression eller rökning.

Patienten förbereds optimalt inför kirurgi. Operationen sker på Operation 1 eller 3 och patienten bör erbjudas postoperativ inläggning på vårdavdelning under ett dygn.

Kirurgisk behandling med förstärkningsplastik

- Operationsanmälan sker INTE från akuten, utan beslut tas i samband med besök på Hälsnemottagning, då patienten bedöms av kollega med kompetens att utföra förstärkningsplastik.
- Engångsdos antibiotika preoperativt.
- Narkos alternativt spinalbedövning, patienten i framstupa sidoläge eller bukläge, manschett för blodtomt fält, drapering till knäveck.
- Cirkulärt underbensgips i den spetsfotsställning som uppnås, totalt tre veckor postoperativt.
- Fragmin 5000E s.c. i 10 dagar (eventuellt förlängd profylax vid riskfaktor) och sjukskrivning.
- Återbesök till hälsnemottagning efter 3 veckor (17–25 dagar) för avgipsning, suturtagning (om möjligt) och utprovning av ortos med kilar, görs av fysioterapeut.
- Remiss till fysioterapeut utfärdas i samband med avgipsning. Fysioterapi sker vanligen på Mölndals sjukhus. Ortosen avvecklas i samråd med fysioterapeut nio veckor efter kirurgi.
- Ortosbehandling i sex veckor, ortosen behålls dygnet runt (med undantag av rörelseträning enligt fysioterapeut) om inte annat anges. Om den vid avgipsning uppkluvna gipsen är fräsch kan patienten erbjudas att få denna med kardborreband att använda i stället för ortos nattetid.

- ✓ Skor all vaken tid ytterligare fyra veckor efter ortosavveckling och eventuellt korkinlägg efter bedömning av fysioterapeut.
- ✓ Om sårproblem identifieras bör patienten följas på ortopedmottagningen av sårsköterska och operatör till läkning.

- Återbesök till operatören på egen mottagning eller hälsnemottagning där denne tjänstgör 12 (11–14) veckor efter skadedatum. Vid detta tillfälle kontrolleras hur rehabiliteringen fungerar med återkoppling från fysioterapeut, mätning av ATRA-vinkel (Carmont, 2023) och ifyllande av ATRS frågeformulär (Nilsson-Helander 2007, (skannas till journal)).

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i journalsystemet om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från styrdokumentet rapporteras i MedControl PRO.

Källförteckning

1. Maffulli N, Ajis A. Management of chronic ruptures of the Achilles tendon. *J Bone Joint Surg Am* 2008;90(6):1348-60
2. Maffulli N, Leadbetter WB. Free gracilis tendon graft in neglected tears of the Achilles tendon. *Clin J Sports Med*. 2005;15(2):56–61.
3. Nilsson-Helander K, Swärd L, Grävare Silbernagel K, Thomée R, Eriksson BI, Karlsson J. A new surgical method to treat chronic ruptures and re-ruptures of the Achilles tendon. *Knee Surg Sports Traumatolog Arthrosc*. 2008;16:614–620.
4. Nordenholm, A., Hamrin Senorski, E., Nilsson Helander, K., Möller, M., & Zügner, R. (2022). Greater heel-rise endurance is related to better gait biomechanics in patients surgically treated for chronic Achilles tendon rupture. *Knee Surg Sports Traumatolog Arthrosc*.30(11), 3898–3906.
5. Nilsson, N., Gunnarsson, B., Carmont, M., Brorsson, A., Karlsson, J., & Nilsson-Helander, K. (2022). Endoscopically assisted reconstruction of chronic Achilles tendon ruptures

and re-ruptures using a semitendinosus autograft is a viable alternative to pre-existing techniques. *Knee Surg Sports Traumatolog Arthrosc.* 30(7), 2477-2484

Arbetsgrupp

Innehållsansvarig

Katarina Nilsson Helander, Docent och Överläkare,
Ortopedimottagningen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Innehållsgranskare

Michael Möller, Professor och Överläkare, Ortopedimottagningen,
Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Ortopedi

Innehållsansvar: Katarina Nilsson Helander, (katni2),
Överläkare

Granskad av: Michael Möller, (micmo),
Universitetssjukhusöverläkare

Godkänd av: Anna Nilsson, (annni155), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9809-955733808-28

Version: 11.0

Giltig från: 2026-03-20

Giltig till: 2027-11-17