Gäller för: Kirurgi- ortopedi och urologimottagning Kungälv
Innehållsansvar: Anna Zachrisson, (annza16), Enhetschef
Godkänd av: Charlotta Claesson, (chacl1), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-10-22
Giltig till: 2028-10-12

Hälseneruptur

Syfte
Skapa enhetlig rutin för behandling av akut hälseneruptur.

Bakgrund
Män drabbas betydligt oftare än kvinnor, oftast i samband med idrottsutövning. Incidenstopp i 30-40 års ålder samt runt 70 år. 10 % har haft hälsenebesvär före skadan.

Hälsenerupturen är **alltid** total.

Arbetsbeskrivning
Diagnos
Hälseneruptur ger oftast smärta i skadeögonblicket. I efterförloppet mest nedsatt funktion med svårighet att avveckla steget och att stå på tå.
Akut hälseneruptur är en klinisk diagnos. Patienten undersöks i bukläge med fötterna utanför britsen.

- Thompsons test är positivt.
- Matles test är positivt
- Palpabel defekt i senan (efter några dagar kan denna vara svår att känna). Senan går oftast av cirka 6 cm ovan fästet på calcaneus. I sällsynta fall sker en avulsion av calcaneus övre/bakre del.

Ultraljud och MR har ingen plats i den akuta diagnostiken. Röntgen tas vid distalt status med frågeställning avulsion.
I akutanteckningen dokumenteras skademekanism och tidpunkt, funktionsnivå, aktuella besvär/ behandling för hälsenetendinopati/insertalgi, hudstatus, bruk av nikotin i någon form, alkoholanamnes, BMI, status inklusive sendefektens nivå i förhållande till tubers övre begränsning (infästningen är mer distal), distalstatus, relevanta läkemedel.

Differentialdiagnoser
Muskelbristning i vaden.
Fotledsdistorsion.

Behandling
Behandlingen är kontroversiell, den kan vara operativ (helst inom 48 timmar) eller icke-operativ. Beslut om behandling är alltid individuell i samråd med patienten och ortoped på minst specialistnivå.
Sent upptäckta rupturer (>72 timmar) bör opereras, liksom rerupturer.

Rerupturrisken är eventuellt något högre i den icke opererade gruppen, en artikel från 2026 visar dock samma risk med rätt funktionell rehabilitering [1].
Detta ska vägas mot den totala risken för komplikationer vid kirurgi (30%) såsom infektion, ärrproblem och adherenser samt skada på N. suralis.
Mot operativ behandling talar diabetes, rökning, obesitas, pågående infektion, påverkat hudstatus, immunosuprimerande behandling, perifer cirkulationsinsufficiens och sänkt allmäntillstånd
För operativ behandling talar patientens mycket starka önskemål och elitidrott/ tungt fysiskt arbete där fokus ligger på att minska risken för reruptur.
Oavsett behandling kommer senan bli förlängd och aldrig som innan. Funktionellt är det ingen skillnad i utfall oavsett behandlingsmetod. Rehabtid är 6-12 månader.
Proximala rupturer i muskel- senövergång behandlas icke-kirurgiskt
Mittsubstansrupturer behandlas i första hand icke-kirurgiskt
Distala rupturer (<2cm från infästningen) och avulsionsfrakturer behandlas alltid kirurgiskt om operation ej är kontraindicerat.
Rupturer >14 dagar gamla opereras med förstärkningsplastik om operation ej är kontraindicerat.

Icke operativ behandling
Måste inledas inom 3 dagar efter skadan (72 timmar). Upptäcks skadan senare bör operativ behandling rekommenderas om operation ej är kontraindicerat.

Cirkulärt underbensgips i spetsfot >30° i 2 veckor.
Två kryckkäppar för avlastning.
Återbesök och byte till ortos enligt nedan och enligt samma principer som efter kirurgi.
Trombosprofylax ges i form av Innohep 4500E x1 i 10 dagar. Eventuellt förlängd profylax i 4 veckor vid högriskpatient. Betänk dock att Innohep förmodligen inhiberar senläkning.

Operativ behandling
Sensutur utförs dagkirurgiskt, i bukläge, i lokalbedövning med adrenalin. Helst inom 48 timmar då detta ger bättre resultat.
Medial hudincision.
Senan sutureras med modifierad Kesslersutur (suturmaterial exempelvis grov Maxon eller PDS alternativt othocord) i önskvärd tension. Ev förstärkning med Silfverskiölds.
Postoperativt anläggs cirkulärt underbensgips i lätt spetsfot 30° i 2 veckor. Avlastning med två kryckkäppar.
Antibiotikaprofylax 2 g Kloxacillin (alt. 600 mg Klindamycin vid pc-allergi) som engångsdos i samband med operationen.
Trombosprofylax Innohep 4500E x 1 i 10 dagar. Eventuellt förlängd profylax i 4 veckor vid högriskpatient.

Samma behandlingsrutin gäller oavsett operativ eller icke operativ behandling

0-2 veckor	Cirkulärgips i spetsfot ca 30°. Avlasta med två kryckkäppar.
2 veckor	Återbesök till fysioterapeut och gipstekniker. Avgipsning och byte till Walker-ortos med **tre hälkilar**. Ev lock-och-låda nattetid. Patienten får belasta fullt med två kryckkäppar. Ortos dygnet runt.
4 veckor	Fortsatt behandling med ortos, nu med **två hälkilar**. Kryckor utomhus och vid behov inomhus. Vid icke operativ behandling – ortos dygnet runt. Vid operativ behandling – ortos kan tas av nattetid.
6 veckor	Fortsatt ortosbehandling med **en hälkil**.
8 veckor	Återbesök till fysioterapeut. Avveckling av ortos. Patienten ska då använda skor vid gående/stående i ytterligare 4 veckor. Ofta kan patienten även behöva en hälförhöjning i skorna.
12 veckor	Återbesök till ortoped för klinisk kontroll

Sent upptäckta rupturer
Hälsenerupturer upptäckta >**3 dagar** efter skadan bör opereras. Förstärkningsplastik bör göras om skadan är äldre än **14 dagar**. Patienten planeras då in på ett mottagningsbesök för bedömning av lämplig kollega (Zachrisson eller Simonsson) inom 2 veckor. Oftast används gastrocnemiusfascian som förstärkning.
Operationen kan då inte utföras i lokalbedövning. Spinalanestesi är ett alternativ.
Eventuellt blodtomt fält. För preoperativ planering kan man eventuellt ha nytta av en MR.
Timing av operationen får avgöras av svullnadsgrad och vid uttalad svullnad kan man överväga kontakt med arbetsterapeut för antisvullnadsterapi preoperativt.
Lämplig rehabilitering får bedömas från fall till fall.

Ansvar

Innehållsansvarig ansvarar för att rutinen revideras. MLA/verksamhetschef ansvarar för att rutinen följs. Avsteg rapporteras i MedControl PRO.

Referenser:
[1] Orji et al (2026) Protocol for functional rehabilitation of achilles tendon ruptures *Foot & Ankle Clinics*

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Kirurgi- ortopedi och urologimottagning Kungälv

Innehållsansvar: Anna Zachrisson, (annza16), Enhetschef

Godkänd av: Charlotta Claesson, (chacl1), Verksamhetschef

Dokument-ID: SV9043-22965278-14

Version: 9.0

Giltig från: 2026-10-22

Giltig till: 2028-10-12