

Partielle akillessenerupturer findes

Lars Ebskov & Bettina Falborg

KASUISTIK

Ortopædkirurgisk
Afdeling,
Hvidovre Hospital

Ugeskr Læger
2015;177:V04130211

Det har været et veletableret dansk ortopædkirurgisk mantra, at partielle akillessenerupturer (PASR) ikke eksisterer. I denne kasuistik præsenteres en sygehistorie, hvor man ved operationen fandt en sikker PASR. Vi mener, at det er væsentligt at erkende, at PASR er en differentialdiagnose ved smerter i akillessenen efter en given, ikke nødvendigvis større, mekanisk påvirkning. Der er flere ætiologier til akillesseneruptur: tendinosestilstande, steroidblokader, fluoroquinoloner, hypertermi og mekaniske årsager. Det har været diskuteret, om en total akillesseneruptur (TASR) kan opstå i en normal sene. Nogle forfattere [1] finder det usandsynligt, idet man i flere studier har påvist histologiske forandringer af degenerativ karakter i akillessenevævet hos patienter med akut TASR på typisk traumatisk mekanisk basis. Andre har dog eksperimentelt påvist, at det kan lade sig gøre, at en histologisk set normal sene springer. 10-40% af patienterne beretter om prodromalsymptomer op til rupturen, hvilket kunne tyde på en begyndende sygdom i akillessenen op til den i øvrigt ofte velkendte bevægelse, der medfører TASR.

Incidensen af traumatisk TASR er 11-37 pr. 100.000 indbyggere. Incidensen af PASR er ukendt, men den opfattes af flere forfattere som værende en hyppig årsag til kroniske akillessenesmerter. *Mats Åström* [2] fandt PASR i 23% af 342 sener (hos 298 patienter), som blev opereret for kronisk akillessenedinopati.

Diagnosen TASR kan i alle tilfælde let stilles alene ud fra de kliniske fund (palpabel defekt, positiv Thompsons og Matles test samt nedsat kraft). Diagnosen PASR er derimod vanskelig at stille både klinisk, hvor en PASR manifesterer sig som en tendinose/tendinitis, idet der fortsat er funktionel kontinuitet og dermed normal reaktion ved Thompsons og Matles test [3], og billeddiagnostisk [4].

SYGEHISTORIE

En 38-årig kvinde henvendte sig på skadestuen på grund af forværring af smerter og hævelse omkring nedre del af akillessenen. Hun havde ingen større traumer. En måned tidligere havde hun fået en blokade omkring akillessenen på grund af smerter. Objektivt var der lokaliseret ømhed, ingen palpabel defekt, negativ Thompsons og Matles test samt let smertebetinget kraftnedsættelse. For at afklare diag-

nosen herunder at udelukke ruptur samt for at vurdere, om der primært var tale om en tendinose eller en peritendinitis, blev der foretaget MR-skanning, som intet sikkert abnormt viste. Patienten blev behandlet med aflastning i form af Walker-bandage og ikkesteroid antiinflammatoriske stoffer samt forsigtige udspændingsøvelser over to perioder. På grund af vedvarende og erhvervsinvaliderende smerter blev der foretaget kirurgisk eksploration. Man fandt en sikker PASR (**Figur 1**) med moderate makroskopiske tegn på tendinose. Dog var den kollagene struktur i begge halvdele af senen tydelig. Der var ingen tegn på begyndende heling. Senen blev sutureret, og patienten blev efterbehandlet med Walker-bandage i seks uger. Forløbet var efterfølgende ukompliceret, om end hun havde smerter i en længere periode, formentlig betinget af en grad af tendinose, peritendinitis samt adhærens. Det funktionelle resultat var imidlertid acceptabelt, da akillessenelængden forblev intakt.

DISKUSSION

Der præsenteres en sygehistorie, hvor der ikke var objektive tegn på TASR, og en MR-skanning ikke oplagt viste en partiel ruptur. Ved operationen, der først gennemførtes efter fire måneder, fandt man en oplagt PASR uden tegn på heling. Tidligere diagnose og

FIGUR 1

Partiel akillesseneruptur.



kirurgisk behandling havde i dette tilfælde været hensigtsmæssig. Vi valgte at foretage MR-skanning ud fra en forventning om, at denne var mindst lige så god eller bedre end en UL-skanning [5] som diagnostisk tiltag ved akillessenepatologi. Både MR- og UL-skanning kan imidlertid give et falsk negativt resultat [5]. Ved persisterende mistanke om kirurgisk behandlingskrævende akillessenepatologi anbefaler vi, at man ved inkonklusiv MR-skanning overvejer UL-skanning og vice versa og i tilfælde med vedvarende og betydelige gener trods konservativ behandling overvejer kirurgi. Som nævnt var PASR hos patienten i sygehistorien forudgået af steroidinjektion, som har vist sig at være prædiktiv for PASR (oddsratio 2,0; 95% konfidens-interval: 1,2-3,5) [2]. Indikationen for steroidinjektion bør nøje overvejes og kun benyttes som inflammationsbehandling ved UL- eller MR-skanningspåvist peritendinitis, og i så fald bør UL benyttes for at sikre korrekt peritendinøs administration. Steroidinjektion bør ikke indgå i behandling af degenerative lidelser (tendinose) i akillessenen, i særdeleshed i de tilfælde hvor der er mulighed for en PASR.

SUMMARY

Lars Ebskov & Bettina Falborg:

Partial Achilles tendon ruptures exist

Ugeskr Læger 2015;177:V04130211

In this case report a typical case with partial Achilles tendon rupture is described. Because of unspecific symptoms, near normal MRI and no clinical signs of total rupture the diagnosis was delayed for almost four months. Open surgery showed a partial Achilles tendon rupture without significant signs of tendinopathy. The tendon was sutured and the post-operative period was uneventful.

KORRESPONDANCE: Bettina Falborg, Ortopædkirurgisk Afdeling 333, Hvidovre Hospital, Kettegård Alle 30, 2650 Hvidovre. E-mail: bettina.falborg@regionh.dk

ANTAGET: 4. juni 2013

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 19. august 2013

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Waterston SW, Maffulli N, Ewen SW. Subcutaneous rupture of the Achilles tendon: basic science and some aspects of clinical practice. *Br J Sports Med* 1997;31:285-98.
2. Åström M. Partial rupture in chronic achilles tendinopathy: a retrospective analysis of 342 cases. *Acta Orthop Scand* 1998;69:404-7.
3. Åström M, Rausing A. Chronic Achilles tendinopathy: a survey of surgical and histopathologic findings. *Clin Orthop Relat Res* 1995;316:151-64.
4. Åström M, Gentz CF, Nilsson P et al. Imaging in chronic achilles tendinopathy: a comparison of ultrasonography, magnetic resonance imaging and surgical findings in 27 histologically verified cases. *Skeletal Radiol* 1996;25:615-20.
5. Khan KM, Forster BB, Robinson J et al. Are ultrasound and magnetic resonance imaging of value in assessment of Achilles tendon disorders? *Br J Sports Med* 2003;37:149-53.