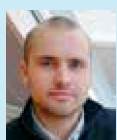




Ankelovertråkk

– tar vi dem på alvor?

Mange ankelovertråkk blir til kronisk ankelinstabilitet på sikt.



AV KEVIN NORDANGER MARTIN
FYSIOTERAPEUT

Et akutt lateralt ankelovertråkk er den vanligste skaden blant fysisk aktive mennesker. [1] I tillegg er det den skaden som oftest skjer igjen. [2-4] Ankelovertråkk kjennetegnes av smerte, nedsatt funksjon og tid borte fra idrett eller aktivitet. [5] Rask behandling og veiledning kan ha en positiv effekt på tilhelingen og gjøre at folk kommer kjappere tilbake til det de har lyst til å drive med. [6] I tillegg får man utelukket de som krever immobilisering og eventuelt kirurgi. Likevel er det svært få som oppsøker medisinsk hjelp etter å ha tråkket over, [7] noe som tyder på at folk ikke nødvendigvis tar skaden på alvor.

Blir ankelskadene bra av seg selv?

Det er rapportert at rundt 20 % av normalbefolkningen og 25-50 % av idrettsutøvere som tråkker over får tilbakevendende eller vedvarende symptomer som smerte, hevelse og instabilitet. [8-10] Dette betegnes som kronisk ankelinstabilitet. [11, 12] Gjentatte ankelovertråkk kan på sikt føre til posttraumatisk artrose, [13] redusert fysisk aktivitet [14, 15] og livskvalitet. [16-19]

Skaden forårsaker samfunnet store direkte og indirekte kostnader. Den direkte kostnaden går på økt forbruk av helsetjenester, mens den indirekte kostnaden er forbundet med at skaden kan gå utover funksjonsevne og påvirke for eksempel arbeids- evne. Det er vanskelig å fastslå den totale kostnaden forbundet med ankelovertråkk i Norge, men i USA på 1990- og 2000-tallet ble det esti-

merert at skaden kostet i overkant av 2 milliarder amerikanske dollar per år. [20] Tallet virker kanskje ekstremt høyt, men det er antageligvis høyere ettersom færre enn 50 % av alle som tråkker over oppsøker medisinsk hjelp. [7]

Kan vi forhindre at mange utvikler kronisk ankelinstabilitet?

Ja, sannsynligvis. Selv om det ikke finnes evidens for at man kan forebygge det første ankelovertråkket, er det derimot god dokumentasjon på at man kan forebygge mange re-skader. [21, 22] Det at skaden skjer gjentatte ganger, bidrar nok til den høye forekomsten av kronisk ankelinstabilitet. Derfor bør vi virkelig prioritere grundig rehabilitering og sekundær skadeforebygging. Har skaden først skjedd, må vi forsøke å forhindre at den skjer igjen. En systematisk oversiktsartikkel og

metaanalyse fra 2017 fant at kun to enkle grep kan redusere risikoen for å utvikle kronisk ankelinstabilitet:[23]

Over 900 minutter med øvelsesbehandling (inkludert styrke, bevegelse, balanse- og koordinasjonstrening) reduserte nye ankelovertråkk med 42 %. Treningen hadde også en betydelig positiv effekt på funksjon. 900 minutter høres mye ut, men om man sprer det ut trenger det ikke være mer enn 20 minutter, fem ganger i uka, i ni uker.



Ortose



Eksempel på instabilitet

Teip eller ortose (støtteskinne) reduserte risikoen for et nytt ankelovertråkk med 62 %. Den forebyggende effekten kan sannsynligvis tilskrives at begge gir økt leddsans rundt ankelen. Hadde det vært på grunn av mekanisk stabilitet alene, ville vi forventet at både teip og ortoser kunne forebygget det første ankelovertråkket blant de med tidligere uskadde ankler. Med tanke på at leddsansen vil være redusert i en tid etter skade, anbefales det å bruke teip eller ortose på trening og kamp i minst seks måneder. Antageligvis vil en kombinasjon av nevro-muskulær trening og beskyttelse gi det beste resultatet. Effekten av kirurgi er usikker, så konservative tiltak bør alltid bli forsøkt først.[23]

Mange returnerer også til idrett før skaden er fullstendig rehabilitert

En studie fra USA viste at majoriteten av utøverne var tilbake i idrett allerede i løpet av en uke etter et ankelovertråkk, [24] selv om ligamentsskader tar mellom 6-12 uker å tilhele.[25] Det betyr ikke at man er nødt til å vente så lenge

med å returnere til idrett, men til sammenligning er man ofte mye mer restriktiv ved ligamentsskader i kneet som ikke krever operasjon. Det var ingen forskjell mellom nye skader og re-skader i forhold til tid det tok å returnere til idrett. Studien inkluderte idretter med høy prevalens av ankelskader som fotball, amerikansk fotball, volleyball og basketball. En såpass rask retur til idrett er et interessant funn når man tar i betraktning den høye forekomsten av tilbakevendende skader. Det kan tyde på at en del ankelovertråkk aldri blir fullstendig rehabilitert før utøveren er tilbake på idrettsarenaen, noe som kan forklare hvorfor så mange skader seg på nytt.

Det å returnere til idrett på grunn av fravær av smerte, er ikke et godt kriterium for suksess. Styrke, bevegelse, proprioepsjon og nevro-muskulær kontroll vil antageligvis være redusert selv om smerten er borte. Dette bør adresseres gjennom en tids- og kriteriebasert rehabilitering der utøverne fases tilbake til idrett for å

minskes risikoen for ny skade. Per dags dato finnes det ingen validerte tester for retur til idrett. Avgjørelsen om å returnere bør gjøres i samråd med trener, utøver og medisinsk ansvarlig. Utøveren skal i hvert fall ha gjennomført tøff idrettsspesifikk trening og testing. Dette kan for eksempel innebære reaksjonsøvelser, hopp og landinger, retningsforandringer, akselerasjoner og nedbremsinger. Siste fase av rehabiliteringen formes ut ifra de spesielle krav den enkelte idrett stiller.

Ta ankelskadene på alvor!

Sannsynligvis kunne man redusert antall tilfeller av kronisk ankelinstabilitet med en grundig undersøkelse, behandling og tiltak for sekundær skadeforebygging. Det er på tide å anerkjenne at ankelovertråkk faktisk er en betydelig muskel- og skjelettproblematikk som krever bedre oppfølging.

Ta kontakt med redaksjonen ved ønske om kilder.



Eksempler på øvelsesbehandling fra litteraturen