



## Behandling av Schlatters hos unge utøvere: Tilstrekkelig avlastning kan være løsningen

To leger på Sunnmøre har de siste årene jobbet for å finne en effektiv behandlingsform for Osgood-Schlatters sykdom, som rammer mange idrettsaktive barn og unge. Legene har tatt utgangspunkt i at Schlatters kan skyldes ufullstendig reparerte mikrofissurer langs fibrene som fester ligamentum patellae til tuberositas tibiae. De hevder at tilstrekkelig avlastning kan være nødvendig for å reparere skadene, og resultatene de har oppnådd er oppløftende.



AV NINA ERGA SKJESEETH  
FYSIOTERAPEUT

Osgood-Schlatters sykdom er en av de vanligste kneplagene hos unge aktive, og tilstanden rammer rundt 10-20 % av ungdom som driver med idrett (1, 2). Schlatters rammer i snitt noen flere gutter enn jenter, og

den inntreffer i alderen 8-15 år, med flest tilfeller i pubertetsalder. Vanlige symptomer er smerte, ømhet og hevelse over tuberositas tibiae, og årsaken til plagene er sannsynligvis gjentatte (over)belastninger på apofysen fra m. quadriceps femoris, som fører til strukturelle forandringer av knokkelen. Forandringene vises på røntgen som fragmentering av benstrukturen, men bildediagnostikk er sjelden nødvendig utover

klinisk undersøkelse for å stille diagnosen (1, 2).

### Symptomer og risikofaktorer

Ved klinisk testing vil man ofte avdekke smerter ved kneekstension mot motstand, samt smerter ved knebøy, huksitting, hopping eller belastning på knestående. Palpasjonsømhet og hevelse/kul over tuberositas tibiae er som nevnt vanlig (2).

Flere faktorer har vist seg å kunne øke risikoen for å utvikle Schlatters. Kort quadricepsmuskulatur har gjentatte ganger blitt nevnt som en risikofaktor, og studier har vist at så mange som 75 % av de med Schlatters har hatt nedsatt fleksibilitet i quadriceps (2). Økt kroppsvekt, styrke i quadriceps og nedsatt fleksibilitet i hamstringsmuskulaturen har også blitt omtalt som potensielle risikofaktorer (3). I tillegg har man sett at redusert dorsalfleksjon i ankel og høye treningsdoser eller regelmessig deltakelse i idrett kan øke risikoen for å utvikle Schlatters (4).

#### Vanlig behandling av tilstanden

Schlatters går som regel over av seg selv, men mange opplever ofte plager i ett til to år før de blir bra. Tilstanden går som regel over når vekstfasen er ferdig. I en studie fra 2013 (5) var kun ca. 50 % av pasientene med Schlatters symptomfrie etter to år. Konservativ behandling i form av redusert fysisk aktivitet (belastningsstyring), smertestillende medikamenter, NSAIDs og is ved smerte er de generelle behandlingsrådene (2). Prognosen totalt sett er god, med unntak av noe ubehag ved huksitting og aktivitetsbegrensninger hos enkelte. I sjeldne tilfeller vil operativ behandling være aktuelt,

primært hvis tilstanden ikke går over i ungdomsårene (2).

#### Avlastning med skinne

I august publiserte Tidsskriftet en kronikk om behandling av Schlatters sykdom, der legene Torbjørn Måseide og Karsten Melø presenterte resultatene av et eget prosjekt som har pågått de siste årene (6). Idrettslege Måseide hadde tidlig i sin karriere som fastlege en teori om at forandringene på tuberositas tibiae ved Schlatters kunne sammenlignes med små brudd, og han oppnådde gode resultater ved gipsing og immobilisering av unge pasienter med Schlatters på slutten av 1970-tallet og utover 1980-tallet. I nyere tid har Måseide i samarbeid med Melø gått videre med denne teorien, ved å undersøke om bruk av en kneortose ville gi tilstrekkelig avlastning og derigjennom tilheling av skaden.

#### Prospektiv undersøkelse

Utgangspunktet for kronikken var en prospektiv vitenskapelig undersøkelse som Melø og Måseide gjennomførte i årene 2017-18. Rapporten fra undersøkelsen ble sendt til Tidsskriftet mot slutten av 2018, men resultatene kunne ikke publiseres på grunn av manglende godkjenning fra REK (Regional Etisk Komité).

Til PFF forteller Måseide at de ikke var klar over kravet om godkjenning fra REK, som kom i 2018, da de startet prosjektet.

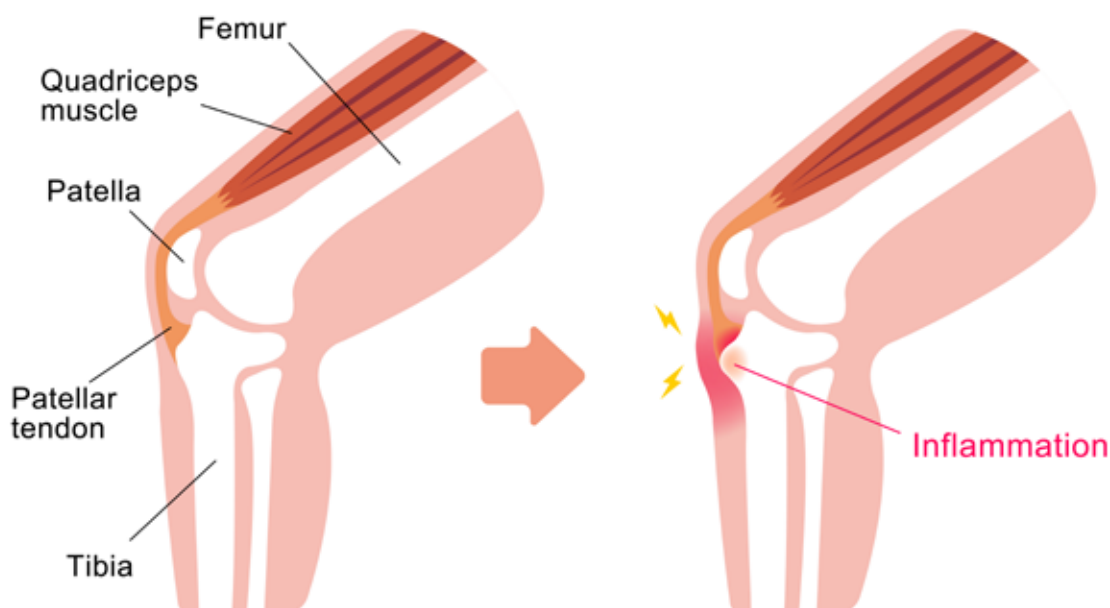
#### Inkludering av pasienter

Kun pasienter som hadde så store plager relatert til Schlatters-diagnosen at de hadde vansker med å delta i fysisk aktivitet uten mye smerter ble behandlet. Alle pasientene ble undersøkt med røntgen eller ultralydundersøkelse av tuberositas tibia før behandlingsoppstart. De pasientene som hadde moderate plager som kunne delta i idrett med tilpasset aktivitet, ble ikke inkludert i prosjektet. Prosjektdeltakerne ble kontrollert hver tredje, femte og sjette uke.

#### Behandlingsprotokoll

Deltakerne i studien ble behandlet med en kneortose, som låste bevegelsen i kneet i 6–8 uker. Ortosen ble brukt på dagtid, og den ble låst med 10° fleksjon de første tre ukene av intervensjonen. Deretter ble full ekstensjon i kneet tillatt, men fortsatt kun 10° fleksjon. Dette ble gjort for å redusere tap av muskelkraft i m. quadriceps (vastus medialis) i behandlingsperioden. Pasientene kunne delta i fysisk aktivitet som var mulig å gjennomføre med ortosen på. Ortosen ble brukt til pasientene

## OSGOOD-SCHLATTER'S DISEASE



oppnådde smertefri kneekstensjon mot motstand ved 90° og 45° fleksjon, i tillegg til smertefri palpasjon over tuberositas tibiae. Dersom pasientene ikke var smertefrie etter seks uker, fikk de råd om å bruke ortosen i nye to uker. Behandlingen ble avsluttet dersom pasientene ikke hadde oppnådd tilstrekkelig bedring (smertefrihet) etter 8 uker.

Den første uken etter avsluttet behandling, fikk alle pasientene råd om fri bevegelse i kneet og kun lett fysisk trening. I uke to skulle de gjenoppta normal treningsaktivitet med rolig styrketrening for kne-strekkerne, men de skulle unngå eksplosiv styrketrening og spenst-trening. Deretter kunne de trene som normalt uten restriksjoner. Pasientene fikk ikke spesielle råd rundt opptrening ut over det å delta i vanlig trening som tidligere.

#### Resultater av prosjektet

Av de første 20 pasientene som legene behandlet, ble 18 pasienter bra. Ingen av disse fikk tilbake Schlatters-symptomer eller -plager det neste halve året. De to som ikke ble bra, hadde fremdeles tegn til Schlatters ved undersøkelse et halvt år senere. De hadde imidlertid blitt såpass mye bedre at de kunne være med i idrett med litt tilpasset trening.

De fleste pasientene hadde noe atrofi av m. quadriceps i forkant av behandlingen. Etter fullført behandling, ble det ikke avdekket ytterligere atrofi av betydning, og ved kontroll 3 måneder etter behandling var den målte atrofien borte hos de fleste. Enkelte pasienter opplevde sårhet rundt tuberositas tibia og patella etter trening i månedene etter behandling. Sårheten gikk over kort tid etter treningen eller i løpet av et par dager.

#### Potensielle konsekvenser og reaksjoner i etterkant

Måseide og Melø hevder at dersom Schlatters sykdom er et resultat av mikrofissurer og små trettthetsbrudd i apofysen, vil det være naturlig å behandle sykdommen på samme måte som man behandler trettthetsbrudd andre steder i kroppen,



nemlig med tilstrekkelig avlastning på festet i lang nok tid til at skadene i knokkelen blir reparert. Selv om immobilisering i 6-8 uker kan virke avskrekkende for unge idrettsaktive, kan det for mange være en god investering dersom man blir kvitt plagene en gang for alltid.

I følge Måseide, har de mottatt flere henvendelser fra både foreldre til Schlatters-barn, fysioterapeuter og annet helsepersonell i etterkant av kronikken i Tidsskriftet og NRK sin artikkel om temaet tidligere i høst. Måseide sier til PFF at han har informert alle som har tatt kontakt om behandlingsopplegget de har benyttet, men han har også anbefalt at en fastlege eller en fysioterapeut bør være ansvarlig for selve behandlingen.

Med tanke på de positive resultatene, vil det være interessant og nødvendig med fremtidige prospek-

tive studier og kontrollerte studier (RCT) som undersøker effekten av en tilsvarende behandlingsprotokoll.

#### Kilder:

1. de Lucena, G. L., dos Santos Gomes, C. & Guerra, R. O. (2011) Prevalence and associated factors of Osgood-Schlatter syndrome in a population-based sample of Brazilian adolescents. *Am J Sports Med*, 39: 415-420.
2. Cinci, E., Atalay, Y. & Beyzadeoglu, T. (2017) Treatment of Osgood-Schlatter disease: review of the literature. *Musculoskeletal Surg*, 101:195-200.
3. Nakase, J., Goshima, K., Numata, H., Oshima, T., Takata, Y., Tsuchiya, H. (2014) Precise risk factors for Osgood-Schlatter disease. *Arch Orthop Trauma Surg*, 135:1277-1281.
4. Omodaka, T. et al. (2019) Relationship Between Lower Limb Tightness and Practice Time Among Adolescent Baseball Players With Symptomatic Osgood-Schlatter Disease. *The Orthopaedic Journal of Sports Medicine*, 7(5), doi: 10.1177/2325967119847978
5. Kaya, D. O., Toprak, U., Baltaci, G., Yosmaoglu, B., Ozer, H. (2013) Long-term functional and sonographic outcomes in Osgood-Schlatter disease. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*, 21:1131-1139.
6. Måseide, T. & Melø, K. (2019) Behandling av Schlatters sykdom. Publisert: 14. august 2019. *Tidsskr Nor Legeforen*. doi: 10.4045/tidsskr.19.0036