

## HÆLSMERTER

Hælsøre, fasciitis plantaris, plantar fasciopati, løberhæl og gonorrhæl er blot nogle af de termer, der gennem de sidste 300 år har været anvendt til at beskrive plantare hælsmarter. Da det er muligt, at flere strukturer end blot fascia plantaris er involveret i smerten, og da kun  $\frac{2}{3}$  af patienter med disse smerter har en hælsøre (udvækst på calcaneus), kan det være mere passende at bruge betegnelsen **plantare hælsmarter** som et paraplybegreb (1).



HENRIK RIEL

Fysioterapeut, ph.d.-studerende, Forskningsenheden for Almen Praksis i Aalborg, Klinisk Institut, Aalborg Universitet. hriel@dcm.aau.dk

## DOBBELTPUBLIKATION

Artiklen har været publiceret i Månedsskrift for Almen Praksis nr. 9 2018.

# Behandling af hælsmarter

Med udgangspunkt i en konkret patient og den foreliggende evidens gennemgår artiklen behandling af hælsmarter som følge af en overbelastning i fascia plantaris eller en hælsøre.

**CASE:** MJ er en 49-årig, overvægtig (BMI: 33 kg/m<sup>2</sup>) sosu-assistent, der henvender sig til klinikken, da hun har haft tiltagende smerter under sin højre hæl. Smerterne er værst om morgenen, når hun træder ud af sengen, eller når hun rejser sig efter at have siddet i længere tid. Hun kan dog 'gå hælen varm', således at smerten aftager. MJ beskriver smerten som følelsen af at gå på glasskår. Det har nu stået på i to måneder. I begyndelsen troede hun, at smerterne ville gå væk af sig selv, men er nu kommet frem til, at der er behov for behandling. Hun har hørt fra venner og bekendte, at det med al sandsynlighed drejer sig om en hælsøre, og det samme tror hun efter at have googlet symptomerne. Smerterne fylder mere og mere i hverdagen, og hun føler sig meget begrænset i sin fritid. MJ er gift og har tre børn. Hun frygter for de konsekvenser, hælsmerten vil kunne få for hendes arbejdsituation, da hun er på benene stort set konstant i løbet af arbejdsdagen.

**UD OVER AT** beskytte fodsålels bløddede og tjene som hæfte for hælens hud, bidrager fascia plantaris til støddæmpningen under gang og løb og er med til at opretholde svangens bue. Både et højt BMI og mange repetitive kraftpåvirkninger, der forekommer ved løb, kan føre til en overbelastning af fascien (3).

Hver tiende person vil på et tidspunkt få plantare hælsmarter (2). Det er en bred vifte

af forskellige patienttyper, man vil kunne møde i klinikken, men disse to er de mest gængse: den overvægtige 40-60-årige og langdistanceløberen. Begge patienttyper udsætter fascia plantaris for overbelastning, men på forskellig vis.

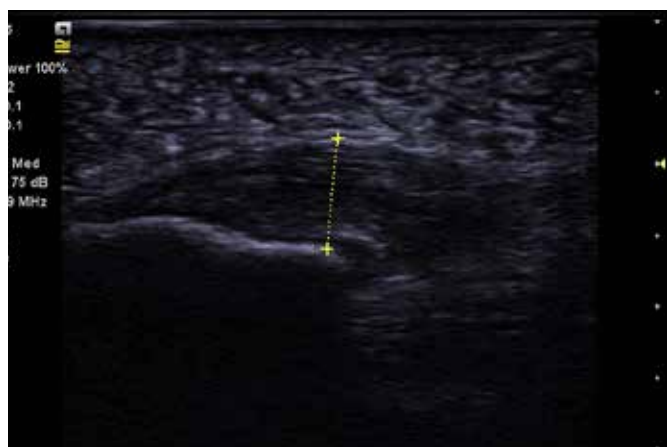
## Diagnosticeringen

Det er sjældent diagnosticeringen, der giver problemer. MJ beskriver smerten

som værst om morgenen, når hun træder ud af sengen eller efter længerevarende hvile. Dette er et kardinalsymptom. Anamnesen suppleres med palpation af hæl og ankel, hvor der mærkes efter palpationsømhed i den proksimale del af fascia plantaris, men der kan også forekomme distale smerter og smerter på både medial og lateral side af hælen. Er disse smerter dominerende og overskygger smerten i den proksimale del af fascia plantaris, bør man overveje differentialdiagnoser som stressfraktur eller Baxters neuropati (2).

Hvis der er tvivl om diagnosen efter anamnese og palpation, kan man overveje ultralydsscanning for at måle fasciens tykkelse. Hvis fascien forekommer hypoekkogen og med en tykkelse på 4.0 mm eller derover, kan diagnosen bekræftes (4). Tykkelsen af fascien bør dog udelukkende anvendes til diagnosticeringen, da den ikke kan prædiktere prognosen. Der er desuden heller ikke fundet sammenhæng mellem tykkelsen og patientens symptomer (5,6). Da patienter ofte lægger stor vægt på fund via billeddiagnostik, bør de informeres om dens mangler.

En tidligere ultralydsscanning eller røntgen-optagelse, der har



Ultralydsscanning af fascia plantaris. Fasciens tykkelse måles fra calcaneus og vinkelret på fascien.

påvist en hælspore, har ingen betydning for de aktuelle smerter. Der er heller ingen sammenhæng mellem forekomsten af en hælspore og prognosen, desuden forekommer hælsporer hyppigt hos personer, der ingen smerter har (4,5). Hvis patienten er overbevist om, at det er en udvækst på hælknoglen, der fører til smerte, kan denne have svært ved at tro på, at de mere konservative behandlingsformer har effekt. For i givet fald, hvordan skulle udstrækning af fascien kunne fjerne en kalkaflejring på knoglen?

I MJs tilfælde er der på baggrund af anamnesen og en palpationssmerte, der begrænser sig til den plantare hæl, ikke behov for at af- eller bekræfte diagnosen via ultralyd, og man kan derfor gå videre med rådgivning og undervisning af patienten.

### Patientuddannelse

Ofte ønsker patienten svar på: ”Hvorfor har jeg fået hælsmarter? Hvorfor gør det ondt? Hvad kan jeg gøre for at blive smertefri igen?”

I forbindelse med udviklingen af en patientfolder, er der gennemført interviews med både patienter med hælsmarter samt praktiserende læger. Disse interviews tyder på, at patienter ikke i samme grad som lægerne interesserer sig for patologi og ætiologi. Derfor skal der overfor patienten primært fokuseres på, hvad denne selv kan gøre for at blive smertefri igen.

MJ skal derfor oplyses om risikofaktorerne for udvikling af hælsmarter, hvor et højt BMI, platfod og nedsat bevægelighed i ankelledet er associeret til hælsmarter. Der er også øget risiko, hvis man har et arbejde, hvor man står på et hårdt underlag, og endnu værre er det, hvis arbejdet kræver, at man går og står meget (3). MJ er sosu-assistent, derfor kan hun ikke undgå den belastning, det giver at stå og gå på arbejdet. Til gengæld kan hun anbefales at tabe sig med henvisning til fasciens funktion, og med en forklaring om, at overbelastning er årsagen til smerterne.

### Belastning

Man kan bruge en vippe til at forklare de udløsende faktorer for MJ. På den ene side af vippet er der ‘Belastning’, og på den anden ➡



➤ side er der 'Vævets kapacitet'. Hvis belastningen bliver større end kapaciteten kan modstå, risikerer man at få en overbelastnings-skade. For at få vippen til at tippe tilbage og i balance, er det vigtigt at nedsætte belastningen. Endnu bedre er det, hvis man kan øge kapaciteten i fascien samtidig med, at belastningen nedsættes.

Selvom vægttab har vist sig at kunne afhjælpe symptomerne, kommer et vægttab ikke fra den ene dag til den anden (7). Hvordan kan vi hurtigt nedsætte belastningen, som MJ udsætter fascien for? Var det en løber, ville vi blot anbefale ikke at løbe i en periode for derefter langsomt at øge distancen fra løbetur til løbetur. Dette vil i flere tilfælde være tilstrækkeligt, så længe man via sin patientuddannelse får informeret tilstrækkeligt om årsagen til denne aktivitetsmodifikation. I MJ's tilfælde kan vi i stedet spørge ind til, hvad MJ laver ud over sit arbejde, der udsætter fascien for belastning. Står hun i timevis i køkkenet derhjemme? Går hun lange ture med hunden? Står hun på sidelinjen, mens sønnen spiller kamp i weekenden? Selvfølgelig er det vigtigt at fortsætte med at være fysisk aktiv, men vi kan foreslå alternative motionsformer såsom cykling, svømning eller roning, som ikke belaster fascien.

### Angst, depression, stress og prognose

MJ fortæller, at smerterne fylder mere og mere i hverdagen, hvilket stemmer overens med, at man i studier har fundet, at personer med plantare hælsmarter har højere niveauer af angst, depression og stress sammenlignet med alderssvarende, der ingen smerter har (8). Der skal derfor afsættes tid til at forsikre patienten om, at smerterne vil gå væk igen. Det er bare forskelligt fra person til person, hvor længe der vil gå. Et nyt dansk studie fandt, at 45,6 procent fortsat havde symptomer ca. 10 år efter behandlingsstart. Dette var dog patienter med kroniske smerter, der allerede havde været i et år, inden den aktuelle behandling blev påbegyndt, og smerterne ved opfølgningen var trods alt få (VAS 2/10). De patienter, der var blevet helt symptomfrie, nåede at have smerter i gennemsnitlig to år (5).

MJ har kun haft symptomer i to måneder og har udelukkende unilaterale smerter, hvilket tyder på en bedre prognose, da kortere

symptomvarighed end syv måneder ved behandlingens start og unilaterale smerter fremfor bilaterale, giver en bedre prognose (5,9). Hvis lidelsen behandles efter højeste evidensniveau, ser man ofte, at der går 3-6 måneder, før smerten er væk.

### Behandling

#### HÆLLØFT

Det er vigtigt at være opmærksom på, at evidensbaseret medicin ikke kun består af, hvad forskning viser os, men er en triangulering af litteraturen, vores kliniske erfaringer og patientens præferencer (10). Det er muligt, at en given behandling ifølge litteraturen er yderst effektiv, men hvis vi oplever, at behandlingen i praksis sjældent fungerer, eller hvis patienten foretrækker en anden behandlingsform, bør vi være tilbageholdende med at tilbyde denne.

For at øge vævskapaciteten instrueres MJ i at udføre langsomme og tunge hælløft stående på et trin (11).

MJ informeres om, at smerte under øvelserne er acceptabelt i modsætning til hendes overbelastningssmerter, der ikke skyldes øvelsen, men hendes arbejde og øvrige aktiviteter. Smerten er typisk værst i løbet af de første par uger af behandlingen. Hun skal dog være opmærksom på, at øvelsen ikke må føre til en oplussen af symptomerne, der varer i mere end 48 timer. Er dette tilfældet, skal hun enten sænke belastningen (f.eks. fra at stå på ét ben til to) eller vende tilbage for at revaluere behandlingen.

Hælløftøvelsen har i et studie vist sig at være bedre end udspænding af fascien, hvor man, siddende med krydsede ben, strækker tæer og ankelled så langt bagover som muligt. Dette stræk gennemføres 10x10 sekunder tre gange om dagen. At hælløftøvelsen har vist sig at være bedre, er ikke det samme, som at udspænding ikke har effekt. Efter 6 mdr. er effekten af hælløft og udspænding helt sammenlignelig. Hælløftøvelsen virker blot hurtigere. Til gengæld er den langt mere krævende at udføre end udspænding (11).

Behandlingen skal skræddersyes til den enkelte. Én af de største barrierer for effekt af hælløftøvelsen (og øvelser generelt) er manglende compliance. Man kan aldrig garantere, at en øvelse

## Langsomme og tunge hælløft stående på et trin



Stå på en tyk bog eller kasse med et sammenrullet håndklæde under tæerne. Håndklædet anvendes til at bøje tæerne maksimalt bagover. I de første to uger skal øvelsen udføres i tre sæt à 12 gentagelser hver anden dag. De to næste uger øges til fire sæt à 10 gentagelser og herefter 5 sæt à 8 gentagelser hver anden dag. Der er altid 2 minutters pause mellem sættene. Det er vigtigt, at belastningen er høj, og derfor skal sættets sidste gentagelse føles som den absolut sidste, man er i stand til at udføre. Er egen kropsvægt ikke tilstrækkelig til at opnå denne belastning, må man tage en rygsæk på ryggen og fylde den med bøger eller lignende, der kan øge vægten. Øvelsen kan opleves som smertefuld, hvilket i sig selv ikke er et problem, medmindre det får patienten til at afholde sig fra at udføre den.



Udspænding af fascia plantaris. (11)

virker, men det er helt sikkert, at den ikke virker, hvis den ikke bliver udført. Erfaringsmæssigt kan det være en hjælp at diskutere vigtigheden af compliance og udlevere en træningsdagbog, som patienten kan bruge til at registrere, hver gang denne har lavet øvelserne.

### SKOINDLÆG

Ud over øvelsen anbefales MJ at købe et silikone-skoindlæg. Der er modstridende evidens for effekten af skoindlæg, men det er en potentielt billig løsning, da præfabrikerede indlæg har lige så stor effekt som speciallavede (12,13). Man kan derfor forsøge sig med et billigt indlæg, der kan købes hos materialisten.

### UDSPÆNDING

Hvis disse tiltag ikke er nok til at komme de plantare hælsmarter til livs, og MJ vender tilbage til klinikken, kan man i første omgang anbefale udspænding i stedet for hælløftsøvelsen, hvis denne eksempelvis har været for smertefuld. Derudover er der mere invasive behandlingsformer, såsom injektion med binyrebarkhormon, der har en god effekt i op til 6 uger, men herefter er der ingen yderligere effekt, og injektionen er ikke bedre end en placebo-injektion (14).

En henvisning til fysioterapi er også en mulighed. Ud over at kunne instruere i øvelser og udspænding har fysioterapeuter også shockwave, manuel terapi og tapening på behandlingsrepertoiret, hvilket der er en rimelig evidens for (2).

Hvis alle muligheder er udtømte, og MJ viser sig at være behandlingsresistent, vil man kunne overveje enten åben eller endoskopisk løsning af fascien. Effekten af operation er på nuværende tidspunkt kun evalueret i retrospektive studier og case-studier, men der mangler stadig studier, der har undersøgt effekten i et randomiseret design. ●



Se hælløft på  
[fysio.dk/halsmerter](https://fysio.dk/halsmerter)