

# Diagnostik, forebyggelse og behandling af akut lateral ankeldistorsion

Den nyeste evidens peger på proprioceptiv træning og mekanisk støtte til behandling af ankeldistorsioner.

TEKST RASMUS SKOV HUSTED

RASMUS SKOV  
HUSTED  
Fysioterapeut, ph.d.,  
Klinisk Forskningscenter,  
Ortopædkirurgisk  
Afdeling, Physical  
Medicine and Reha-  
bilitation Research  
– Copenhagen,  
Hvidovre hospital,  
og Fysio- og Ergo-  
terapeutisk Afdeling,  
Hvidovre Hospital

**AKUT LATERAL ANKELDISTORSION (ALA)** er en af de hyppigste skader i bevægeapparatet og har en relativt høj prævalens både i den generelle befolkning og blandt sportsaktive<sup>1,2</sup>. Det estimeres, at ca. 40 % af alle ALA sker ved deltagelse i sport<sup>3</sup>, og de fleste sker i sportsgrene som volleyball, basketball, håndbold og fodbold<sup>4,5</sup>. Skademechanismen for ALA er oftest pludselig supination og inversion af ankelleddet kombineret med vægtbelastning på det plantarflekterede ankelled, hvorved de laterale ligamenter på anklen beskadiges (figur 1)<sup>6</sup>. De hyppigst beskadigede ligamenter er det anteriore talofibulære ligament, det kalkaneofibulære ligament og det posteriore talofibulære ligament (figur 2)<sup>7</sup>.

## Diagnostik

Diagnosen ALA stilles ofte ved en kombination af anamnese og kliniske undersøgelser. Patienter med ALA vil typisk have haft et

Artiklen har været publiceret i Ugeskrift for Læger nr. 4, 2019 og bringes i Fysioterapeuten med tilladelse fra forfatterne og Ugeskrift for Læger. Husted RS. Diagnostik, forebyggelse og behandling af akut lateral ankeldistorsion. Ugeskr Læger 2019;181:V09180654

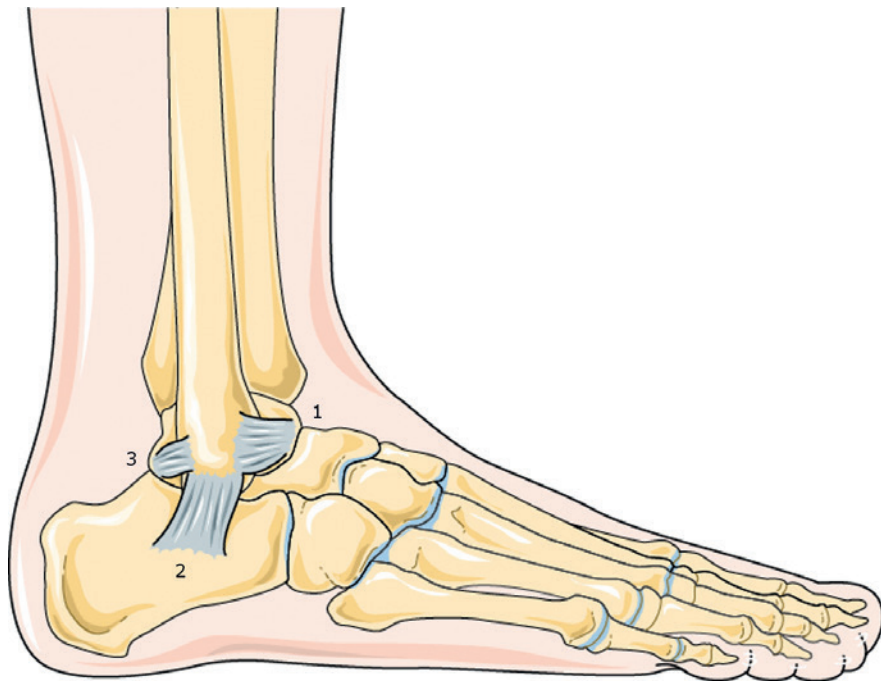
vidtraume med akut smerte, hævelse og belastningsbesvær<sup>8</sup>. For at vurdere om et røntgenbillede af anklen er nødvendigt og udelukke større frakturer i ankelleddet, kan Ottawa Ankle Rules anvendes (figur 3)<sup>9</sup>. Ottawa Ankle Rules er en valideret test til undersøgelse af patienter med et ankeltraume i den første uge efter skadestidspunktet<sup>10</sup>. Omkring 15 % af patienterne, der har ALA og undersøges med røntgenoptagelse, har en ankelfraktur<sup>10</sup>. Ottawa Ankle Rules har en høj sensitivitet (97 %) og en meget lav specificitet (35 %). Dette giver en lille diagnostisk evne ved en positiv





FIGUR 1  
Supination og inversion  
kombineret med vægtbe-  
lastning på det plantar-  
flekterede ankelled <sup>6</sup>

FIGUR 2  
De hyppigst beskadigede  
ligamenter ved akut  
lateral ankeldistorsion:  
**1.** det anteriore talo-  
fibulære ligament,  
**2.** det kalkaneofibulære  
ligament og  
**3.** det posteriore  
talofibulære ligament <sup>7</sup>  
(Smart.servier).



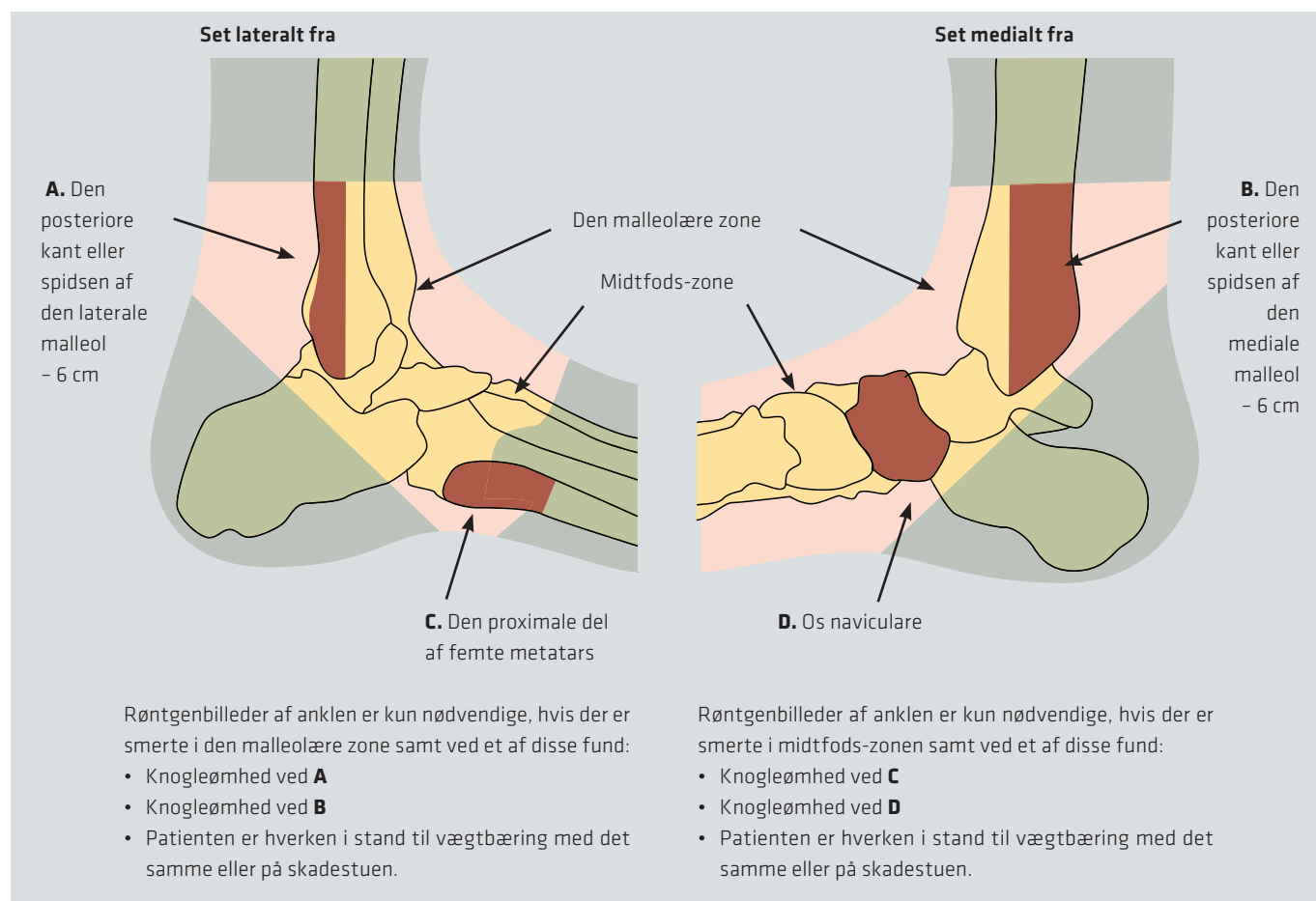
test (positiv *likelihood*-ratio 1,49) og en stor diagnostisk evne ved en negativ test (negativ *likelihood*-ratio 0,08) <sup>10</sup>, hvilket betyder, at sandsynligheden for en fraktur efter en negativ Ottawa Ankle Rules-test er 1 %. Ved en positiv test bør patienten sendes til røntgenundersøgelse.

Hvis Ottawa Ankle Rules-testen er negativ, tilrådes det at foretage en klinisk undersøgelse bestående af vurdering af graden af hævelse, smertelokalisation ved palpation og graden af hæmatomdannelse <sup>11</sup>.

Den kliniske undersøgelse er optimal 4-5 dage efter skadens opståen, da smerter og hævelse højst sandsynligt vil være aftaget her. På dette tidspunkt bør *anterior drawer sign-test* (test for løshed af ledbånd i anklen) føjes til den kliniske undersøgelse. Med anterior drawer sign-testen undersøger man primært modstanden i det anteriore talofibulære ligament samt det kalkaneofibulære ligament og får indtryk af disse ligamenters mekaniske stabilitet. Testen udføres ved, at anklen placeres i let plantarfleksion, og testerens ene hånd fikserer tibia og fibula distalt, mens den modsatte hånd har fat om hælen og påfører et anteriort tryk. Det anteriore bevægeudslag vurderes og sammenlignes med en tilsvarende test på den ikke-skadede ankel <sup>7,11</sup>. Man har fundet, at anterior drawer sign-testen er bedre egnet til diagnostik 4-5 dage efter skadens opståen end tættere på skadestidspunktet (sensitivitet på 96 % og specificitet på 84 %) <sup>11</sup> med en moderat diagnostisk evne ved en positiv test (positiv *likelihood*-ratio 6,00) og en stor diagnostisk evne ved en negativ test (negativ *likelihood*-ratio 0,04). Dette betyder, at sandsynligheden for, at der er en ligamentruptur efter en negativ klinisk undersøgelse, er 0,5 %.

### Differentialdiagnostik

Nogle af de patienter, der er diagnosticeret med ALA, har forsat problemer med smerter, hævelse og instabilitet 3-6 uger efter skadens opståen. Det kan ➡➡➡



FIGUR 3

Ottawa Ankle Rules til vurdering af behov for ankelskaderadiografi (med tilladelse fra Ottawa Health Research Institute <sup>9</sup>).

➔ skyldes, at der er skade på andre strukturer i anklen end først antaget. Det kan f.eks. dreje sig om osteokondral skade af talus (hyppig), ikke-diagnosticerede frakturer (malleolerne, talus, femte metatars og distalt på tibia), skader på andre ligamenter (antero-inferiore tibiofibulære ligament og mediale ligamenter), ledkapsel eller nerver. Hvis der er mistanke om en eller flere af ovenstående differentialdiagnoser, bør patienten sendes til yderligere udredning <sup>7</sup>.

### Prognostiske faktorer

De fleste oplever bedring af smerterne inden for de første par uger efter en ALA <sup>12</sup>. Nogle har dog symptomer fra deres ALA i længere tid efter skadestidspunktet. 5-46% rapporterer om tilbagevendende smerter 1-4 år efter skadestidspunktet, 3-34% oplever gentagne ALA, og 33-55% oplever instabilitet af ankelleddet <sup>12,13,14</sup>. Gentagne

ALA eller episoder med instabilitet af ankelleddet i mere end 12 måneder benævnes kronisk (lateral) ankelinstabilitet <sup>12,15</sup>. På trods af tidlig behandling med tape/ankelstøtte og rehabilitering kan op til 40% udvikle kronisk (lateral) ankelinstabilitet (gentagne ankeldistorsioner) <sup>16</sup>.

### Forebyggelse

Proprioceptiv træning til forebyggelse af ALA defineres som »træning, der udfordrer fornemmelsen og vedligeholdelsen af ankelleddets position« <sup>17</sup>. I et systematisk review fandt man, at træning havde en positiv effekt på incidensen af både primære og sekundære (gentagne) ALA hos idrætsudøvere <sup>17</sup>. Den skadesforebyggende effekt af proprioceptiv træning var størst hos patienter med sekundære ALA. Her sås 36% lavere risiko for en ny ALA i interventionsgruppen

end i kontrolgruppen (ingen træning)<sup>17</sup>. Resultaterne understreger, at det er særligt vigtigt at påbegynde forebyggende træning så tidligt som muligt efter den primære ALA.

Brugen af mekanisk støtte som f.eks. tape eller ankelskinne kan forebygge ALA, særligt hos personer, der dyrker idrætsgrene med finter og retningskift som fodbold og håndbold<sup>8</sup>. I et randomiseret kontrolleret studie, hvor man sammenlignede den forebyggende effekt af mekanisk støtte (ankelskinne) med træning i otte uger på sekundære ALA hos idrætsudøvere, fandt man 47 % lavere risiko for ALA hos gruppen, der fik mekanisk støtte<sup>18</sup>.

## Behandling

Ro, is, kompression og elevation (RICE) er udbredt som akut behandling og i de første dage efter skadestidspunktet ved ALA. Der er imidlertid ikke nogen forskning, der har vist effekt af denne behandling<sup>19</sup>. Således bør brugen af RICE vurderes individuelt ud fra den enkelte patients tilfælde og præferencer.

Nonsteroidale antiinflammatoriske lægemidler (NSAID) kan have en smertelindrende effekt akut efter en ALA og i de første 14 dage efter skadens opståen<sup>20</sup>. Behandlingen er dog forbundet med en risiko for bivirkninger<sup>20</sup>. Endvidere kan den antiinflammatoriske effekt af NSAID hæmme den naturlige helingsproces i vævet efter en skade og således forlænge denne proces<sup>21</sup>.

Brugen af mekanisk støtte som f.eks. tape og ankelskinne efter ALA tillader patienten at belaste og mobilisere den skadede ankel tidligere på en sikker måde. Fast mekanisk støtte i form af en ankelskinne er fundet at være mere effektiv end en mere løs mekanisk støtte som f.eks. kompressionsbandage, fast tape og kinesiotape<sup>13,22</sup>. Tidlig mobilisering med ankelstøtte (f.eks. ankelskinne) kombineret med proprioceptiv træning i 4-6 uger giver et bedre resultat målt på tilbagevenden til sport og arbejde, mindre hævelse og patienttilfredshed end immobilisering i gips i fire uger<sup>8,23</sup>.

Som ved forebyggende træning består behandlende træning også af proprioceptiv træning. Påbegyndes den proprioceptive træning tidligt efter en ALA, har det positiv effekt på forekomsten af sekundære ALA (38 % lavere risiko), funktionel ankelinstabilitet (20 % lavere risiko), tilbagevenden til sport og arbejde samt smerter<sup>24,25</sup>.

---

## Hovedbudskaber

**Akut lateral ankeldistorsion** er en meget hyppig skade i bevægeapparatet.

**Ottawa Ankle Rules** kan bruges til vurdering af, om et røntgenbillede af anklen er nødvendig, og til udelukkelse af større ankelfrakture. En klinisk undersøgelse foretages bedst ca. fem dage efter skadestidspunktet.

**Proprioceptiv træning og mekanisk støtte** er effektive interventioner til både forebyggelse og behandling af akutte ankeldistorsioner.

---

Nedsat dorsalfleksion efter ALA kan være en disponerende faktor for gentagne ALA<sup>26</sup>, hvilket kan behandles manuelt i form af ledmobiliseringsteknikker<sup>27</sup> og styrketræning af dorsalfleksorerne, f.eks. med en træningselastik<sup>7</sup>. I et randomiseret kontrolleret studie fandt *Cleland et al.*, at addition af manuel behandling til hjemmeøvelser var mere effektivt end hjemmeøvelser alene målt på den klinisk relevante forskel i funktion og smerter efter fire uger<sup>27</sup>. Efter seks måneder var der ikke en målbar klinisk relevant forskel på grupperne<sup>27</sup>. Det kan derfor diskuteres, om manuel behandling skal tilbydes alle med ALA eller prioriteres til patienter med størst behov for hurtig tilbagevenden til et højt funktionsniveau, som f.eks. deltagelse i idræt med pludselige retningskift<sup>27</sup>.

Indtil det blev anerkendt, at ikke-kirurgisk behandling er lige så effektiv som kirurgisk behandling ved ALA, var kirurgi en mere udbredt behandling<sup>28</sup>. Således benyttes kirurgisk behandling efter ALA i dag for det meste hos patienter, som ikke responderer på ikkekirurgisk behandling. Dog er kirurgisk behandling fundet at være mere effektiv til forebyggelse af gentagne ALA end ikkekirurgisk behandling<sup>29</sup>. Der er ligeledes begrænset evidens for længere helingstid, øget risiko for nedsat mobilitet af ankelledet og komplikationer ved kirurgisk behandling<sup>28</sup>. Stillingtagen til kirurgisk behandling bør foretages på individniveau, men hos patienter, der dyrker sport på højt niveau, kan kirurgisk behandling sikre hurtigere tilbagevenden til sporten<sup>8</sup>. ●