

Ahilova tetiva in boleča peta

V prispevku bomo obravnavali patološka stanja na ahilovi tetivi, med katerimi razlikujemo tendinopatijo in delno ali popolno rupturo. Prva lahko zavzema osrednji del tetive ali pa leži na njeni inserciji in se kaže kot bolečina v peti. Cilj prispevka je prikazati osnovno patološko dogajanje, tvegane dejavnike za posamezna stanja in z dokazi podprte oblike zdravljenja.



Uvod

Težave z ahilovo tetivo so pri športnikih pogoste. Pri teku, skokih in nenadnih pospeševanjih ali zastavljanjih delujejo na ahilovo tetivo izjemno velike sile – tudi do 12-kratnika telesne teže. Tetiva izvira iz kompleksa mišic gastrocnemius in soleus ter se pripenja na tuber petnice. Nima prave sinovialne ovojnice kot druge tetive, ampak jo obdaja paratenon – ovojnica iz elastičnega veziva, ki omogoča njeno drsenje. Tako tetiva kakor tudi paratenon sta oživčena preko sosednjih mišic ali kožnih živcev (veje n. suralis). Paratenon je dobro prekrvljena struktura, ki tudi tetivi zagotavlja prekrvljenost. Tetiva naj bi imela v območju 2–6 centimetrov nad narastiščem območje slabše prekrvljenosti, ki je tudi najpogosteje prizadeto s tendinopatijo ali rupturo.

Patološko dogajanje in dejavniki tveganja

Tendinopatija je skupno ime za več patoloških stanj, ki lahko prizadenejo njen tetivni del (neinsercijska tendinopatija, 55–65 odstotkov) ali spoj s petnico (insercijska tendinopatija, 20–25 odstotkov). Pri tendinopatiji gre histološko za tendinozo, kar se izraža kot degeneracija in dezorganizacija vezivnega tkiva. Vnetja praviloma ni najti,

zato se termin »tendinitis« opušča. Tendinopatija lahko zajame tudi paratenon – paratendinopatija. Pri insercijski tendinopatiji prav tako najdemo degenerativno spremenjeno tkivo na narastišču, pogosto je viden tudi trakcijski kalcinat. Na inserciji lahko najdemo še retrokalkanearni ali povrhnji burzitis. Vzrok za bolečine na tendinozi je verjetno povečano število senzibilitetnih in simpatičnih živčnih vlaken.

Ruptura pomeni prekinitev v poteku tetivnih vlaken in je lahko delna ali popolna. Najpogosteje prizadene moške med 40. in 50. letom. Pogostost ruptur pri športnikih znaša 12/100.000. Delne rupture se praviloma pojavijo v sklopu tendinopatij in ležijo na zadnji (tenzijski) strani tetive. Delne rupture redko vodijo v popolno prekinitev. Popolne rupture nastanejo nenadoma. Običajno nastanejo zaradi teka, skokov ali nenadnih ekscentričnih obremenitev. Tvegani dejavniki za nastanek so predhodna ruptura na drugi nogi in jemanje kinolonskih antibiotikov ali kortikosteroidov.

Pregled in diagnostika ahilove tetive

Tendinopatijo prepoznamo kot bolečo vretenasto zadebelitev v osredjem delu tetive. Kontinuiteta tetive je ohranjena. V okolici

Avtor:

doc. dr. Matej Drobnič, dr. med
Ortopedska klinika,
Univerzitetni klinični center
Ljubljana
Zaloška 9
1000 Ljubljana

zadebelitve so lahko prisotne oteklina in krepitacije. Delnih ruptur ne moremo klinično razlikovati od tendinopatije, nanje pa pomislimo, kadar pride na mestu prehodne tendinopatije do nenadnega poslabšanja bolečin in otekanja. Tendinopatijo in prisotnost/odsotnost delnih ruptur lahko ovrednotimo z UZ-dopplerjem ali magnetno resonanco. Prva preiskava je sicer dinamična, vendar je bolj subjektivna. Medtem ko druga pokaže širše slikovno polje, je ta zelo natančna, vendar statična. Pri popolni rupturi pacienti navajajo topo bolečino v zadnjem delu goleni, med poškodbo nekateri navajajo pok. Popolno rupturo z veliko zanesljivostjo potrdimo s kliničnim Thompsonovim testom in tipnim defektom v poteku tetive. Če pride do dvoma in za spremljanje celjenja ali za kronične težave, pa sta primerna ultrazvok ali magnetna resonanca.

Zdravljenje

Zdravljenje neinsercijske tendinopatije se začne takoj z redukcijo obremenitev pod prag bolečine. V zgodnji fazi svetujemo analgetik in vložek z dvignjeno peto za zmanjšanje obremenitev na tetivo. Ključna terapija so ekscentrične vaje čez rob stopnice. Trenutno je najbolj uporabljen Alfredsonov protokol – 12 tednov dvakrat na dan vsak dan po 15 ponovitev. V dopolnilni terapiji imajo zmeren učinek obliži gliceril-trinitrata. Pred leti je obilo obetala sklerozacijska terapija, a so jo skoraj opustili. Po zadnjih raziskavah je uporaba obogatene trombocitne plazme nesmiselna.

Od ukrepov fizikalne terapije imajo dokazan učinek samo udarni globinski valovi in laserska terapija. Če pride do neuspeha, pride v poštev operativno zdravljenje s tendolizo (scrapping), ki ji lahko dodamo vzdolžne incizije.

Pri insercijski tendinopatiji je konservativni postopek enak, vendar je manj uspešen. Pacientom svetujemo višjo peto in mehak opetnik. Kadar gre za kombinirano stanje s tendinopatijo in burzitisom, je največkrat potrebno kirurško zdravljenje – resekcija eksostoze, debridement ahilove tetive in odstranitev vnetih burz. Uspešnost je visoka, časovna vrnitev v šport pa podaljšana za 4 do 8 mesecev. Popolno rupturo ahilove tetive praviloma zdravimo operativno z minimalno invazivnim pristopom. Ključno je zgodnje nadzorovano obremenjevanje in vaje za gibljivost v omejenem območju. Zadnje raziskave sicer kažejo, da je lahko tudi neoperativno zdravljenje z upoštevanjem zgornjih navodil zelo uspešno. Delne rupture na

začetku zdravimo konzervativno. Pri neuspehu pride v poštev kirurška revizija, resekcija in šiv.

Zaključek

Tendinopatija osrednjega dela ahilove tetive je pogostejša kot na inserciji. Ekscentrične vaje so ključna terapevtska intervencija. Dodatne terapije so lasersko obsevanje in udarni globinski valovi. Konservativno zdravljenje je uspešno pri 20 odstotkih pacientov. Popolne rupture ahilove tetive se pripetijo med 40. in 50. letom. Glavna intervencija še vedno ostaja kirurški perkutani šiv, čeprav zgodnje obremenjevanje in progresivna rehabilitacija izboljšujeta tudi neoperativno obliko zdravljenja.

Literatura

Asplund, C. A., Best, T. M. Achilles tendon disorders. *BMJ* 2013; 346:f1262.
Van Dijk, C. N., Van Sterkenburg, M. N., Wiegerinck, J. I., Karlsson, J., Maffulli, N. Terminology for Achilles tendon related disorders. *KSSA* 2011; 19: 835–41.

