



Plantarfasciit/"Hälsporre"

Smärta under foten, vid hälbenets framkant, beror ofta på plantarfasciit. Vid plantarfasciit kan man på röntgen ibland se en liten benutväxt på hälbenet, en så kallad hälsporre. Förekomst av hälsporre korrelerar dock sällan med symptombilden. Man kan således ha en besvärlig plantarfasciit både med eller utan hälsporre. Samtidigt har nästan 50% av den friska befolkningen en hälsporre (1). Närmare 10% av befolkningen kommer få plantarfasciit någon gång under livet (2).

Typiska symptom är smärta under foten vid uppstigning på morgon, och vid uppresande efter en stunds sittande. Att böja tårna uppåt eller att stå på tårna förvärrar ibland smärtan. Ofta kan smärtan stråla från hälen och framåt. Hälfettkudden kan vara svullen. På fotens undersida, mellan hälbenet och tårna, löper en senplatta som kallas plantarfascian. En inflammation i senplattan, ofta i anslutning till hälbenet, kallas plantarfasciit. Med tiden försvinner dock inflammationen och en mer korrekt term för det kroniska tillståndet är plantarfasciepati (2).

Eftersom man på grund av smärtan ofrivilligt drar ner på fotbelastning blir de flesta bra inom ett år – med eller utan behandling (2).

En ojämn belastning kan dock ge besvär från andra delar av rörelseapparaten, varför det är klokt att behandla plantarfasciit så tidigt som möjligt. Obehandlat kan plantarfasciit ibland leda till operation.

De flesta drabbade är mellan 40 och 60 år gamla. Idrottsaktiva brukar dock vara något yngre. Nästan 1/3 av patienterna har besvär från bägge fötter.

Riskfaktorer för att drabbas av hälsporre/plantarfasciit anses vara;

- Långvarigt stående
- Långdistanslöpning (nybörjare alt stegrad träningsdos)
- Dans/aerobics, speciellt balettdans
- Gång på tårna, eller upprepade buksittningar
- Övervikt
- Höga eller låga fotvalv
- För kort vadmuskel, hälsena, eller hamstring (lårets baksida)
- Benlängdsskillnad
- Överpronation (utåtvridning av fotsulan under steget)

Riskfaktorer kan således indelas olika typer av överansträngning, och olika typer av anatomiska avvikelser. Både överansträngning och anatomiska avvikelser leder till en onormal utsträckning och belastning av plantarfascian, varvid småskador (mikrorupturer) och inflammation uppstår. En viktig del i behandlingen är därför att eliminera riskfaktorer.

Även dåliga skor, och vissa reumatologiska sjukdomar såsom Bechterews sjukdom

(pelvospondylit) och psoriasisartrit ökar risken för plantarfasciit.

Några andra tillstånd som kan ge liknande besvär som plantarfasciit är;

- Stressfraktur (små utmattningsfrakturer som kan vara svåra att se på röntgen)
- Tarsaltunnelsyndrom (inklämning av nervus tibialis posterior)
- Hälkuddebesvär (fettatrofi hos äldre; hälkuddesyndrom hos yngre)
- Triggerpunkter i vadmuskeln (ger sk refererad smärta till fotsulan)
- Diskbråck i ryggen (med utstrålning till fotsulan)

En erfaren undersökare kan ofta konstatera plantarfasciit, och utesluta andra diagnoser, utan röntgen eller ultraljudsundersökning (3).

Behandling är i första hand att minska smärtökande aktiviteter och att använda lämpliga skor. En speciell typ av tejpling, specialgjorda fotbäddar och specifik stretching kan ibland ha positiv effekt, speciellt i tillägg till annan behandling (2). Antiinflammatoriska läkemedel (NSAID) kan provas i akutskedet, men saknar ofta god effekt. Kortisoninjektion, med eller utan lokalbedövning, har ofta god men övergående effekt (2,3). Kortison ökar risken för bl a fettkuddebesvär, speciellt vid upprepade injektioner. Nyligen har en studie visat goda effekter vid laserbehandling av plantarfasciit (4). Laser kan även användas för att behandla triggerpunkter (muskelknutor) i vadmuskulaturen (5) som ofta föreligger vid plantarfasciit. En annan intressant behandlingsmetod är ESWT (Extracorporeal Shock Wave Therapy). Behandlingen kan antingen bestå av tryckvågor (radierande) eller stötvågor (fokuserad), där den senare metoden visat sig vara effektivast (6). Studier visar att 50-82% av svårbehandlade fall av plantarfasciit (plantarfasciepati) blir hjälpta av ESWT (7-9). ESWT är lika effektivt som operation (9), men med mindre risk för biverkningar.

Vi kombinerar olika typer av behandling beroende på tillståndets svårighetsgrad, hur längre det förelegat och utlösande orsak. Vanligtvis krävs 2-4 behandlingar beroende på svårighetsgrad.

Referenser

1. Osborne HR et al Critical differences in lateral X-rays with and without a diagnosis of plantar fasciitis. J Sci Med Sport. 2006 Jun;9(3):231-7
2. Rompe JD. Plantar fasciopathy. Sports Med Arthrosc. 2009 Jun;17(2):100-4. Review
3. Neufeld SK, Cerrato R. Plantar fasciitis: evaluation and treatment. J Am Acad Orthop Surg. 2008;16:338-346.
4. Kiritsi O et al. Ultrasonographic evaluation of plantar fasciitis after low-level laser therapy: results of a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. Lasers Med Sci. 2010 Mar;25(2):275-81.
5. Ilbuldu E et al. Comparison of laser, dry needling, and placebo laser treatments in myofascial pain syndrome. Photomed Laser Surg. 2004 Aug;22(4):306-11.
6. Lohrer H et al. Comparison of radial versus focused extracorporeal shock waves in plantar fasciitis using functional measures. Foot Ankle Int. 2010 Jan;31(1):1-9.
7. Rompe JD et al. Shock wave therapy for chronic plantar fasciopathy. Br Med Bull. 2007;81-82:183-208
8. Chuckpaiwong B et al. Extracorporeal shock wave for chronic proximal plantar fasciitis: 225 patients with results and outcome predictors. J Foot Ankle Surg. 2009 Mar-Apr;48(2):148-55
9. Weil LS Jr et al. Extracorporeal shock wave therapy for the treatment of chronic plantar fasciitis: indications, protocol, intermediate results, and a comparison of results to fasciotomy. J Foot Ankle Surg. 2002;41:166-172.