

Rehabiliteringsstrategi for Improve ACL studien

Anbefalt rehabiliteringsstrategi for pasienter inkludert i Improve ACL er i tråd med Korsbåndregisterets «Beste kliniske praksis for behandling av fremre korsbåndsskader» og gjeldende kunnskapspraksis for rehabilitering av korsbåndsskader. Rehabiliteringsstrategien er en overordnet anbefaling og legger til rette for individuelt tilpasset program og øvelser for å optimalisere forløpet for den enkelte pasient og symptombilde (f. eks fremre knesmerter, vedvarende hevelse).

På første kontakt etter skade (inklusionstidspunkt)

Pasienten får råd om å jobbe med full strekk i kneet (må unngå pute i knehasen på natt og i hvile) og oppnå kontakt med quadricepsmuskelen foran i låret. Pasienten bør belaste skadet side ved gange, men kun delbelaste til ca. 20 kg med krykker hvis de fortsatt halter. Hevelse bør holdes nede ved høydeleie i ro og sykling på ergometersykkel hvis mulig. Pasienten anbefales å ta kontakt med fysioterapeut så fort som mulig for å komme i gang med fysioterapiveiledet trening. Disse rådene legger til rette for prehabilitering hos pasienter som randomiseres til operasjon (Grindem 2015, Shaarani 2013) og for oppstart av behandling som er rehabilitering for de som randomiseres til treningsterapi.

Fysioterapiveiledet trening

Treningen bør gjennomføres som egentrening og jevnlig veiledet av fysioterapeut for å sikre innholdet i treningen, strukturert veiledning og oppfølging over tid. Treningen bør overordnet bestå av sykling og bevegelsestrening i begynnelsen, deretter styrketrening og stabilitetstrening etter at hevelsen er redusert og bevegeligheten adekvat (Van Melick 2016, Filbay 2019, Risberg 2007, Cooper 2005, Trees 2005).

Rehabiliteringen inndeles i fire faser

Fase 1: Akuttfasen etter skade uavhengig av behandling og etter operasjon

- Gjennvinne normal bevegelse, spesielt fokus på å oppnå full strekk
- Quadricepskontroll
- Redusere hevelse

Fase 2: Mellomfase

- Full strekk og kontroll under vektbæring
- Styrketrening med gradvis progresjon
- Stabilitetstrening med gradvis progresjon og (begynnende sportsspesifikk spissing ved behov)

Fase 3: Senfase

- Tung styrketrening
- Stabilitetstrening med sportsspesifikke øvelser/driller

Fase 4: Vedlikeholdsfase

- Vedlikeholdstrening og skadeforebyggende trening etter retur til idrett/aktivitet.
- Sykling, styrke og stabilitet.

Retur til idrett

Retur til idrett besluttes i samråd med fysioterapeut basert på tids- og prestasjonskriterier. Det er økt risiko for ny skade ved retur til vridningsidrett spesielt før det er gått 9-12 mnd. (Grindem 2016, Adams 2012). Retur til idrett gjøres derfor tidligst etter 9-12 måneder. I tillegg anbefales at pasienten klarer et testbatteri bestående av styrketest for quadriceps og hoppetester med >90% prestasjon på skadet side sammenlignet med frisk side. Pasienten må være trygg i utførelse av sportsspesifikke øvelser og pasientens bevegelsesmønster bør være vurdert og funnet hensiktsmessig for kravene til den aktuelle sport (Ardern 2016).

Indikasjon for vurdering hos ortoped

Ikke operert:

- Låsning/låsningsfenomen
- Glippeepisode med ny hevelse
- Vedvarende instabilitet etter gjennomført rehabilitering
- Ekstensjonsdeficit
- Behandlingsresistent hevelse

Operert:

- Låsning/låsningsfenomen
- Glippeepisode med ny hevelse
- Ekstensjonsdeficit
- Stor fleksjonsinnskrenkning
- Mistanke om peroperativ infeksjon
- Behandlingsresistent hevelse