**Achillespees ruptuur**

Key-points

* De Thompson test heeft een sensitiviteit van 96% en een specificiteit van 93%.
* Een operatie heeft als voordeel dat de spierkracht beter wordt hersteld.
* Slecht 80% van de patiënten met achillespeesruptuur behaalt het oude sportniveau na een operatief herstel.

Achtergrond

Een acute achillespeesruptuur is een typische sportblessure, die door de toegenomen populariteit van (recreatieve) sportbeoefening steeds vaker voorkomt. De incidentie ligt rond 33 per 100.000 inwoners, met een piekincidentie bij een leeftijd tussen de 30 en 50 jaar. Over de oorzaak van achillespeesrupturen bestaan grofweg 2 theorieën. De eerste en meest gangbare is, dat degeneratieve veranderingen de pees verzwakken, totdat deze uiteindelijk scheurt. De tweede theorie gaat uit van een biomechanische oorzaak. Doordat de vezels van de achillespees in hun beloop 90 graden roteren, kan de pees bij hevige spierspanning onder bepaalde functionele en anatomische voorwaarden scheuren. Injecties van corticosteroïden in de achillespees alsmede oraal gebruik van fluoroquinolonen, zoals ciprofloxacine, worden in verband gebracht met een verhoogde kans op een achillespeesruptuur.

Work-up

De diagnose kan over het algemeen eenvoudig gesteld worden aan de hand van de anamnese en lichamelijk onderzoek. De meest gebruikte klinische test voor het aantonen van een achillespeesruptuur is de zogenaamde ‘Thompson test’: hierbij wordt de patiënt op een onderzoeksbank gelegd in buikligging met de voeten over de rand van de bank. Wanneer bij knijpen in de kuitspier de voet niet plantair flecteert, is de testuitslag positief voor een ruptuur. Deze test heeft een sensitiviteit van 96% en een specificiteit van 93%. Een fout negatieve uitslag kan worden veroorzaakt doordat de intacte plantarispees nog plantairflexie geeft bij het knijpen in de kuitspier. Verder kan in de meeste gevallen een delle worden gepalpeerd. Bij twijfel kan de diagnose worden bevestigd met echografie of MRI, maar in de praktijk is dit zelden noodzakelijk.

Behandeling

Ondanks veel onderzoek wordt er nog steeds gediscussieerd over de optimale behandeling van acute achillespeesrupturen (operatief vs conservatief). Een operatie heeft als voordeel dat de spierkracht beter wordt hersteld en dat de reruptuur risico wordt verkleind. Bij een conservatieve therapie worden risico’s van wondinfectie en zenuwletsel vermeden en zien we geen grote verschillen in de subjectieve vragenlijsten. De uiteindelijk keuze tussen operatief vs conservatief is daarom gebaseerd op shared decision making.

*Conservatief*

Bij een conservatieve therapie wordt in de eerste 2 weken een onbelast onderbeengips in maximale planairflexie aangelegd. Het doel is om beiden uiteinden van de ruptuur tegen elkaar te krijgen zodat de kans op verlenging van de pees wordt geminimaliseerd. Na 2 weken wordt in een periode van 4 weken het gips in neutraal gebracht. In de meeste gevallen tussen week 2-4 een hakverhoging en tussen week 4-6 neutraal. Vroeg belasten in gips (<4 weken) heeft aangetoond dat de kwaliteit van leven verbeterd, en de reruptuur risico gelijk blijft.

*Operatief*

Voor de behandeling van acute achillespeesrupturen kan worden gekozen tussen minimaal invasief en open reconstructie. Het functionele herstel en reruptuur risico is in beide technieken gelijk, maar de complicatie risico’s (wondinfectie) in de open reconstructie ligt hoger. Gipsimmobilisatie zal postoperatief op de zelfde wijze als de conservatieve therapie worden uitgevoerd.

Nabehandeling / sporthervatting

Na de conservatieve of operatieve behandeling adviseren wij een gefaseerde opbouw van oefeningen: fase 1) isometrisch, fase 2) isotonisch, fase 3) plyometrisch/energie opslag oefeningen (rennen, springen, wenden en keren), en fase 4) sport-specifieke training gericht op sportterugkeer. Het doorlopen van de fasen wordt gestuurd op basis van voortgang in klachten en functie, niet op basis van tijdcriteria. Daarnaast adviseren we een algemeen trainingsprogramma om een goede belastbaarheid in de rest van de kinetische keten te waarborgen. Sporthervatting duur gemiddeld 6 maanden, en slecht 80% van de patiënten behaalt het oude sportniveau na een operatief herstel.

Literatuur

* [Cretnik A et al. Percutaneous versus open repair of the ruptured Achilles tendon: a comparative study. Am J Sports Med 2005 Sep;33(9):1369-1379](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15827357)
* [El-Akkaw AI et al. Effect of Early Versus Late Weightbearing in Conservatively Treated Acute Achilles Tendon Rupture: A Meta-Analysis. J Foot Ankle Surg 2017;2516:30405-2](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28974345)
* [Heikkinen J et al. Soleus atrophy is common after the nonsurgical treatment of acute Achilles tendon ruptures: a randomized clinical trial comparing surgical and nonsurgical functional treatments. Am J Sports Med 2017;45:1395-1404](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28282504)
* [Kolfschoten N et al. De acute achillespeesruptuur. Ned Tijdschr Geneeskd 2009;153:A235](https://www.ntvg.nl/system/files/publications/a235.pdf)