

Norges Judoforbund

Idrettsskader i judo - Forebygging, behandling og rehabilitering

Utarbeidet av:

Senter for idrettsskedeforskning,
Norges Idrettshøyskole

Oslo, 2017

Innhold

Introduksjon

Idrettsskader

- Akutte skader og belastningsskader
- Skadeforebyggende tiltak
- Unge utøvere

Rehabilitering av idrettsskader

- Den akutte fasen
- Rehabiliteringsfasen
- Treningsfasen
- Eksempler

Idrettsskader i judo

- Hjernerystelse
- Nakkesmerter
- Seneproblemer i rotatorcuffen
- AC-ledd skade
- Overarmsbrudd
- Albuen ut av ledd
- Ryggsmerter
- Fremre korsbåndsskader
- Meniskskade
- Sidebåndskader
- Overtråkk

Vedlegg

Litteraturliste

Introduksjon

Hensikten med dette kompendiet er å formidle kunnskap om idrettsskader slik at treneren har mulighet til å forstå hvordan slike skader kan forebygges, kjenne til de vanligste skadetyperne hos judokas og hvordan de skal behandles. Riktig håndtering av idrettsskader påvirker en utøvers mulighet til å prestere på ønsket nivå, kan redusere frafall fra idretten, øke livskvalitet og i et stort perspektiv ha en positiv innvirkning på folkehelsen.

Skadeforebyggende tiltak bør derfor være en del av enhver trening og konkurranse. Å unngå avbrekk fra trening og konkurranse er det optimale for å oppleve fremgang innen idretten. Det anbefales å gjøre skadeforebyggende øvelser flere ganger ukentlig, gjerne som oppvarming før judospesifikk trening. Et slikt program finnes på Skadefri.no og applikasjonen "Skadefri". I tillegg bør alle som driver med judo trene på fallteknikk, det bør være en del av enhver treningsøkt. Det å ikke stå imot lenger enn man har teknikk til og utføre teknikker korrekt er det viktigste en judoka kan gjøre for å holde seg skadefri.

Under trening eller kamp kan det oppstå situasjoner som kan føre til hjernerystelse eller andre potensielt mer alvorligere hodeskader. Disse skadene er det lett å overse og bør alltid tas alvorlig. I tillegg til informasjon om diagnosen er det derfor vedlagt et verktøy for å påvise hjernerystelse.

Kompendiet er skrevet av Line Synnøve Larsen, fysioterapeut, Senter for idrettsskadeforskning og utarbeidet i samarbeid med Stine Lastein, fagsjef i Norges Judoforbund. For mer informasjon om idrettsskader og skadeforebyggende trening se www.skadefri.no.

Idrettsskader

Akutte skader og belastningsskader

Idrettsskader kan deles inn i akutte skader og belastningsskader, avhengig av skademekanismen og når symptomene oppstår. Akutte skader oppstår plutselig, har en klart definert årsak og et tydelig starttidspunkt. Et eksempel på en slik skade er et overtråkk. Et eksempel på en belastningsskade er medialt tibialt stressyndrom (tidligere kalt beinhinnebetennelse). Slike skader oppstår gradvis over tid som følge overbelastning, det vil si høyere belastning enn det kroppen evner å tilpasse seg.

Skadeforebyggende tiltak

Det er noen skadeforebyggende tiltak som gjelder for alle type idrettsutøvere uavhengig av hvilket idrett de driver med. Disse er:

Generell oppvarming

Å gjøre øvelser der de store muskelgruppene aktiviseres med moderat intensitet for å øke kroppstemperaturen er en forutsetning både for maksimal yteevne og forebygging av skade.

Forebyggende treningsprogrammer

Treningsprogrammer som er satt sammen av øvelser som legger hovedvekt på stabilitet, balanse, dynamisk stabilisering, plyometrisk trening og muskelstyrke er vist å være effektive for å forebygge skader.

Riktig treningsprogresjon

En av de mest avgjørende risikofaktorene for å utvikle belastningsskader er en for rask endring i treningsbelastningen. Risikoen for skader er størst i forbindelse med endring i treningsopplegg eller program, som for eksempel i forbindelse med samling, hvor den totale treningsmengden kan komme opp i det dobbelte av normalt nivå. Derfor bør endringer i treningsbelastningen være godt planlagt, og man må være oppmerksom på risikoen for belastningsskader.

Bruk av sikkerhetsutstyr

Det er godt dokumentert at godkjent beskyttelsesutstyr har skadeforebyggende effekt. Det er avgjørende at utstyret passer utøveren. Er utstyret slitt eller ødelagt bør det byttes ut.

Fallforebygging

Det bør ikke ligge utstyr, bager eller andre gjenstander på flatene der utøverne trener. Dette kan skape unødvendige situasjoner for overtråkk eller andre skader forårsaket av snubling og fall.

Unge utøvere

Deltagelse i idrett har gunstige helseeffekter, men involverer også en risiko for skader. Enkelte risikofaktorer gjelder spesielt for unge som; den ikke-linære veksten, individuelle variasjoner i innen utvikling, vekstspurten som kommer med puberteten, og hvordan unge responderer på skjelettskader. Det kan også være en økt risiko på grunn av umoden, eller mindre utviklet, koordinasjon, ferdigheter og persepsjon.

Det normale vekstmønsteret for unge er ikke-linjært; det vil si at det er ulik vekst i de ulike kroppssegmentene (hode, overkropp og underkropp), og dette påvirker kroppens proporsjoner betydelig. Ettersom proporsjonene utvikler seg vil for eksempel kroppens tyngdepunkt endres og dermed må også teknikk endres. Ungdommer kan ofte oppleve en prestasjonsnedgang i sammenheng med vekst ettersom det kan ta noe tid å venne seg til endrede proporsjoner og koordinering av kroppens ulike segmenter.

Skjelett i vekst

Det er viktig å vite at det finnes noen forskjeller i skadetyper hos barn og unge sammenlignet med voksne. Dette er på grunn av forskjellene i strukturen av et voksende skjelett. Den unge utøveren har større sannsynlighet for å skade brusk og ben, eller rive ut et senefeste, enn å få en alvorlig ligamentskade. Det er også viktig å merke seg at unge har vekstsoner i skjelettet som er ekstra utsatt for skader, både i form av brudd, men også irritasjon på grunn av overbelastning.

Oppvarming må tilpasses

Hos prepubertale barn er den fysiologiske responsen på overgangen fra hvile til arbeid annerledes enn hos voksne. Hos voksne forbereder kroppen seg for den kommende belastningen allerede før arbeidet begynner. Når man vet at man skal snart trene eller konkurrere, skjer det en økning av hjerterefrekvens, pustefrekvens, hjerterminuttvolum, oksygenopptak og kroppstemperatur. Slik er det ikke hos barn. Derfor bør oppvarmingen være mellom 30-35 minutter og bestå av korte perioder med fysisk aktivitet med hvileperioder mellom. Toleransen for sammenhengende trening øker i takt med puberteten, så i de senere fasene bør oppvarmingen gradvis ligne mer på den voksne modellen.

Styrketrening er skadeforebyggende

Styrketrening er avgjørende for å forebygge skader, da tilstrekkelig styrke er en forutsetning for at barn skal kunne lære rett bevegelsesteknikk. Feilaktig teknikk er en av de fremste årsakene til skader i forbindelse med trening og konkurranse. Styrketrening reduserer også skaderisiko generelt under trening og aktivitet fordi det forsterker alle vevstypene i muskelskjelettapparatet (ligamenter, muskler, bindevev og knokler), hvilket gjør strukturene mer motstandsdyktig mot skader. Alder og kjønn medfører ingen prinsipielle forskjeller på hvordan man bør trene styrke, men for barn og unge bør man først og fremst ha fokus på innlæring av løfteteknikk, et lavt treningsvolum og sakte treningsprogresjon. Man må først lære å trene riktig, for senere å kunne trene med tunge vekter med lav risiko for skade. Se tabeller for anbefalinger og retningslinjer.

Tabell 1: Hovedfokus i styrketrening for barn og unge i ulike alder (Raastad et al., 2010)

<u>Alder</u>	<u>Hovedfokus</u>
5-10 åringer Før puberteten	Bruk ingen eller lett ytre motstand, kroppsvekt eller partner. Treningsmengden bør være lav, 3-10 øvelser for hele kroppen og 1-3 serier per øvelse. Fokus på å lære riktig teknikk.
11-13 åringer Starten av og under puberteten	Bruk lett motstand. Treningsmengde bør være lav, 8-12 øvelser for hele kroppen og 2-4 serier per øvelse med 10-15 repetisjoner. Benkpress, knebøy og lignende kan introduseres. Fokus på å lære riktig teknikk.
15-15 åringer Under puberteten	Bruk ytre motstand og utfordre evnen til å generere god kraft. Treningsmengde kan økes gradvis. Fokus på å lære riktig teknikk.
16 år og eldre Etter puberteten	Treningen kan legges opp som hos voksne, men det bør oppfordres til å holde treningsvolumet nede. Fokuser på å lære riktig teknikk.

Tabell 2: Hovedfokus i styrketrening for barn og unge, treningsstatus (Raastad et al., 2010)

	<u>Nybegynnere</u> Frem til 12-24 uker	<u>Moderat trent</u> Trent regelmessig, < 24 uker	<u>Godt trent</u> Økt styrken < 50 %
Repetisjoner	8-20 70-100 % av 1 RM	5-15 70-100 % av 1RM	1-15 80-100 % av 1 RM
Serier	1-4	2-6	2-10
Pauser	1-3 min	1-3 min	1-3 min
Økter per uke	2-3	2-3	2-4
Løftetempo	2-3 sek i konsentrisk og eksentrisk fase	1-3 sekunder i konsentrisk og eksentrisk fase. Høyest hastighet i konsentrisk fase	1-3 sek i konsentrisk og eksentrisk fase. Høyest hastighet i konsentrisk fase

Konsentrisk/eksentrisk fase: Muskelen jobber under forkortelse/forlengelse

Tabell 3: Generelle retningslinjer i styrketrening for barn og unge (Raastad et al., 2010)

<u>Generelle retningslinjer for barn og unge</u>
Generell oppvarming med aktiviteter som inkluderer de store muskelgruppene
Alle styrkeøvelser bør gjennomføres med en oppvarmingsserie på 50-75 % av treningsbelastning
Ha fokus på riktig løfteteknikk
Vær forsiktig med øvelser der leddene kommer i ytterstilling
Tren hele kroppen ved hver treningsøkt
Velg øvelser som belaster flere muskelgrupper samtidig
Ikke bruk styrketreningsapparater som er beregnet på voksne, de har som regel ikke innstillinger som passer for barn og unge

Utbrenthet

Utbrenthet er ikke klassifisert som en idrettsskade, men det er en tilstand som trenere bør ha kunnskap om. Det går an å stanse prosessen hvis man tar tak tidlig og iverksetter de riktige tiltakene. Utbrenthet oppstår gjerne ved en kombinasjon av for mye trening og for lite hvile. Eliteutøvere er mest utsatt, men det er flere faktorer som spiller inn: både ensformig treningsopplegg, mange konkurransetimer, dårlig kosthold, dårlig søvn, stress og dårlig humør kan gi grobunn for utbrenthet.

Tegnene du må se etter

- Det er vanlig å føle seg utmattet
- Musklene er trette, kroppen stiv
- Syre i beina kommer fortere enn før og stølhøhet vedvarer ofte lenge etter trening
- For de som løper mye kan det være vanskelig å regulere pulsen
- Prestasjonsevnen og motivasjonen blir ofte dårligere
- Mange har også øvre luftveisinfectionsjoner som forkjølelse
- Det er heller ikke uvanlig med søvnproblemer, dårlig appetitt, vektforstyrrelser, humørsvingninger og nedsatt konsentrasjonsevne

Behandling

Det er viktig å understreke at behandlingen vil variere fra en utøver til en annen. Man er nødt til å evaluere hvor skoen trykker for at behandlingen skal ha større sannsynlighet for å bli vellykket. Likevel finnes det generelle råd: Ved mistanke om tilstanden blir man anbefalt en periode med hvile. Ofte 2 uker. Om man ikke blir bra i løpet av denne tiden, bør man tas ut av aktivitet i en lengre periode. Det er sterkt anbefalt å innlede et samarbeid med en

idrettspsykolog for å legge opp veien videre. Har tilstanden foreligget en stund kan det ta alt fra uker til måneder å bli frisk.

Forebygging

For aktive idrettsutøvere spiller treneren en viktig rolle. Samspillet mellom mengde trening og restitusjon må evalueres. Det er ikke alltid mengden belastning som er problemet, heller veien til målet. Det er essensielt å holde oversikt over totalbelastningen utøveren er utsatt for. Det innebærer for eksempel å kartlegge antall treningstimer, kampminutter, reisedager, søvn og/eller eksamensperioder. Viktigheten av hver av disse vil variere fra person til person. Det anbefales at utøveren fører en treningsdagbok. Sørg for å gi en «time out» i perioder hvor utøveren ikke presterer, føler seg utmattet eller returnerer fra sykdom og skade. Unngå at treningen blir for ensformig. Du har en viktig jobb i forhold til at utøveren spiser og drikker godt og hviler nok. Vær observant på ulike stressorer i deres daglige liv som kan påvirke den totale belastningen. Snakk med og lytt til utøveren jevnlig.

Patellofemoralt smertesyndrom

Hvis knesmerter kjennes diffuse og uten en bestemt årsak, vil det i mange tilfeller være snakk om det som kalles patellofemoralt smertesyndrom. Dette er spesielt vanlig blant ungdom som driver med idrett. Forskning har vist at omtrent 50 % av uspesifikke knesmerter (smerter med ukjent årsak) kan skyldes patellofemorale smerter (PFS). PFS er vanligst i aldersgruppen 16–25 år og sees ofte i løpsidretter og sykling. PFS kan skyldes flere faktorer, og for idrettsutøvere kan den ha sammenheng med overbelastning. PFS kan også være forårsaket av direkte traume mot kneskålen, for eksempel gjennom et fall, selv om dette er mye sjeldnere.

Symptomer

Det vanligste symptomet er diffuse smerter i og rundt kneskålen. Smerten fremprovoseres av å gå i trapper (spesielt nedover), sette seg på huk, sykle og sitte lenge med bøyd kne. PFS er derfor også kjent som «kinokne». Det er uvanlig at kneet låser seg eller «gir etter», slik det ofte kan være ved andre kneplager og -skader. Kneet kan ofte føles stivt, men fortsatt ha full bevegelighet. Det normalt og ufarlig at kneet lager litt lyder.

Diagnose

En lege eller en fysioterapeut bekrefter diagnosen klinisk. Det vil si at den stilles på bakgrunn av hva slags symptomer man har. Ved PFS vil røntgenbilder og MR ofte se helt normale ut, og de har derfor begrenset nytteverdi for selve diagnostiseringen.

Risikofaktorer

Hos idrettsutøvere er det antatt å være flere potensielle årsaker til å utvikle PFS, og en rekke anatomiske og biomekaniske faktorer har blitt foreslått å være risikofaktorer. Eksempler er overpronasjon i foten, redusert styrke og redusert hoftekontroll. Det er også sannsynlig at treningsmengde og intensitet spiller en viktig rolle. Når slike anatomiske faktorer sees i forbindelse med overbelastning, øker risikoen for å utvikle PFS. Kjønn er også en faktor, og hos kvinnelige idrettsutøvere er forekomsten 1,5–3 ganger større enn hos mannlige utøvere.

Behandling og rehabilitering

I behandlingen av PFS prøver man å ta høyde for alle de mulige årsakene til at man er blitt skadet. For noen kan det være aktuelt å fokusere på styrke,

bevegelighet eller muskulær kontroll, og hovedtiltaket er vanligvis et strukturert treningsprogram. Her vil det være nyttig å benytte seg av en fysioterapeut med ekspertise på området.

Belastningsstyring er likevel en av de viktigste aspektene ved effektiv behandling av PFS, og idrettsutøverens totale belastning bør derfor kartlegges og evalueres. Ofte er det nødvendig å redusere antall aktiviteter som er smerteprovoserende for en liten periode. Ortoser (støtteskiner) og bruk av teip har vist seg å redusere symptomer, men bare midlertidig. Dette bør derfor kun brukes som en del av en helhetlig behandlingsstrategi. Retur til idrett bør være gradvis og strukturert. Her spiller trenerteamet en viktig rolle.

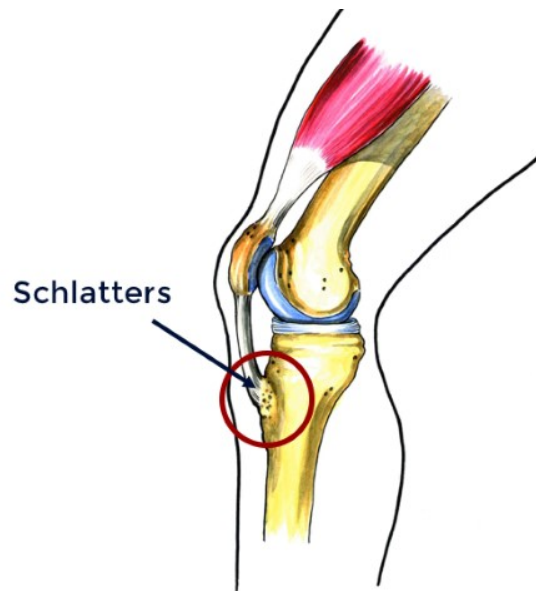
Osgood-Schlatters- og Sinding-Larsen-Johanssons syndrom

Begge syndromene er selvbegrensede tilstander som går over av seg selv (med riktig håndtering), men det kan ta opptil 1 år før man er symptomfri. Osgood-Schlatters syndrom er vanlig blant ungdom i vekst. Det handler om smerter øverst på leggbenet. Mindre vanlig, men med lignende smerteproblematikk, er Sinding-Larsen-Johanssons syndrom, ofte bare kalt Sinding-Larsens syndrom. Der sitter smerten rett under kneskålen. Syndromene behandles på samme måte.

Vekstplater

På enden av lange ben, slik som leggbenet og lårbenet, har vi såkalte vekstplater helt til vi er utvokst. Disse vekstplatene består av bruske, og til denne brusken sitter det festet sener. Når kroppen vokser, kan disse senene dra og irritere brusken. Hvis det utsettes for overbelastning, kan det bli et smertefullt område. En overbelastning av vekstplatene kan føre til ekstra bendannelse i

form av en liten klump. Dette er som regel helt uproblematisk, og det er vanlig å se hos dem som har Osgood-Schlatters syndrom.



Schlatters og Sinding-Larsens syndrom er vanlig hos idrettsutøvere i spenst- og sprintidretter, for eksempel friidrett, fotball, volleyball og basketball. De oppstår gjerne som et resultat av gjentatt hopping og landing hos volleyball- og basketballspillere, eller ved gjentatte lange spark og skudd hos fotballspillere. Mange raske retningsendringer og brå nedbremsinger etter sprint er også ansett som medvirkende faktorer. De fremre lårmusklene har som funksjon å strekke knærne, og hovedsymptomet er smerter når disse brukes. Gutter mellom 12 og 15 år, som befinner seg midt i vekstspurten, er mest utsatt, men lidelsene kan også ramme jenter.

Diagnose

Diagnosen stilles på bakgrunn av symptomer hos lege eller fysioterapeut med ekspertise på området. Tilstandene kan ofte forveksles med patellofemoralt

smertesyndrom (PFS), som har enkelte likhetstrekk, og som er vanligere blant jenter enn gutter. Jumper's knee er uvanlig blant ungdom og derfor ikke noe vi forventer å se i denne aldersgruppen. Røntgen bør benyttes for å utelukke andre mer alvorlige tilstander.

Behandling

Schlatters og Sinding-Larsens syndrom behandles likt. Ved oppblussing av symptomer kan is være effektivt for smertelindring, men det viktigste tiltaket er en justering av aktivitetsnivået. Det kan innebære å avstå fra visse aktiviteter som er svært smerteprovoserende i en periode, slik at symptomene får roet seg. Ofte gjelder dette løping i nedoverbakke, raske retningsforandringer, hopping og landing. Det er ikke anbefalt å tøye den fremre lårmuskulaturen, da dette påfører en ekstra belastning på det vonde området.

Det er viktig å understreke at man kan fremdeles være aktiv selv om man har disse tilstandene, men det kan være lurt å se på den totale treningsbelastningen. Da vil man se hvilke aktiviteter man bør redusere og hvilke man kan fortsette med. Det er anbefalt å få veiledning av en fysioterapeut med ekspertise på området, slik at man kan få hjelp til å opprettholde deltagelsen i idretten man er aktiv i. Det er også anbefalt å samarbeide med trener(e). Langtidsutsiktene er gode, og det er svært sjelden nødvendig med operasjon. Det er viktig at idrettsutøveren har realistiske forventninger til rehabiliteringsprosessen. Gode rutiner for å håndtere symptomer, samt evne til å tilpasse treningsmengde og hyppighet vil være nødvendig under hele rehabiliteringsperioden.

Rehabilitering av idrettsskader

Rehabilitering av idrettsskader kan deles inn i tre faser:

- Akutfasen
- Rehabiliteringsfasen
- Treningsfasen

Fasene overlapper ofte hverandre. Det er tilhelingen av skaden og utøverens fremgang som avgjør hvilken fase utøveren er i, ikke hvor lang tid som har gått.

Den akutte fasen

Akutfasen varer fra noen dager til uker. Hovedmålet i denne fasen er å unngå forverring av skaden. Utøveren må derfor ofte redusere eller avstå fra vanlig trening. Det er viktig at akuttskadebehandling i igangsettes med en gang en skade oppstår. For akutte skader gjelder PRICE-prinsippene. Målet med denne behandlingen er å redusere smerte, begrense indre blødning og legge grunnlaget for en god rehabilitering.

PRICE er et engelsk akronym som står for **protection, rest, ice, compression** og **elevation**. Skadestedet skal ha beskyttelse, hvile, nedkjøling og komprimering – og det skal holdes over hjertehøyde.

Selv om dette er allmenne prinsipper som gjelder alle akutte skader, må de tilpasses ut fra skadested og omfang. Hvis det er snakk om alvorlige skader (brudd, kutt, avrevne sener, mistanke om korsbåndsskade etc.), er det dessuten viktig å kontakte legevakt eller medisinsk personell så snart som mulig.

Rehabiliteringsfasen

Rehabiliteringsfasen varer fra uker til måneder og hovedmålet i denne fasen er å gjøre utøveren i stand til å trene normalt. Det vil si at utøveren skal trene opp normal bevegelighet, styrke og stabilitet.

Utøveren bør i denne fasen utføre skadespesifikk trening i samråd med fysioterapeut. Valg av øvelser og treningsintensitet vil avhenge av skadens lokalisasjon, hvilket vev som er skadd og skadens alvorlighetsgrad. En generell anbefaling er at smerte og hevelse bør styre treningsmengden i denne fasen. Det kan likevel være nødvendig å tåle litt smerte, men det er viktig at smerte og hevelse ikke forverres fra en treningsøkt til den neste.

For å opprettholde generell styrke og utholdenhet bør utøveren, i tillegg til den skadespesifikke treningen, trene alternativt så lenge det ikke belaster skadestedet. Utøveren kan også utføre de deler av det ordinære treningsprogrammet som ikke belaster den skadde kroppsdelene. Når en utøver er smertefri og har gjenopprettet normal bevegelighet, styrke og stabilitet går han eller hun videre til treningsfasen.

Treningsfasen

Treningsfasen varer fra noen uker til måneder. Hovedmålet i denne fasen er å bli klar til å prestere på samme nivå som før skaden oppstod, tåle normal treningsmengde, samt tåle belastningen som konkurranser medfører.

Tidligere skade er den mest avgjørende risikofaktoren for å pådra seg en ny lignende skade. Det er flere årsaker til dette, som for eksempel at en utøver går for raskt tilbake til treningen eller trapper opp for fort. For å unngå dette er en

godt planlagt tilbakeføring til idretten helt avgjørende for å bli klar til å drive med idrett på ønsket nivå etter en skade. Det bør være en gradvis overgang til øvelser som er mer idrettsspesifikke, slik at kroppen får tid til å tilpasse seg mer krevende bevegelsesmønstre, treningsvolum og høyere treningsintensitet.

Eksempel: Akutt skadebehandling av ankelskader

Slik bør du gå frem hvis en utøver har skadet ankelen. Se www.skadefri.no for flere eksempler på hvordan akutte skader i ulike kroppsdelar skal behandles.

Protection – å beskytte skadestedet

Beskyttelse handler i denne sammenhengen om å ta utøveren ut av aktivitet for å beskytte mot ytterligere skade. Dette er spesielt viktig i de 48 første timene etter at skaden inntraff. Årsaken er at det fortsatt kan være indre blødninger i skadestedet.

Rest – å hvile skadestedet

Utøveren skal ikke fortsette med aktivitet etter en skade. All belastning bør unngås det første døgnet.

Ice – nedkjøling av skadestedet

Hovedpoenget med isbehandling er å lindre smerte, og ankelen bør kjøles ned jo før, jo heller. 20 minutter med is annenhver time i et døgn eller to har god effekt. Det finnes mange kommersielle isprodukter, men det beste vil ofte være en plastpose med en blanding av knust is og vann. Legg et fuktig håndkle mellom isen og huden. Hvis man legger isen på begge sider av ankelen, blir smertelindringen så optimal som mulig.

Compression – kompresjon og bandasjering

Det viktigste tiltaket etter en ankelskade, er en trykkbandasje på foten og ankelen. Legg gjerne et ekstra trykk ved hjelp av skumgummi eller sammenrullet papir under ankelknokene – på både innsiden og utsiden av ankelen. Kompresjonen gjør at de indre blødningene minimeres og det blir lite hevelse. Ankelen blir dessuten mindre stiv. Bruk en elastisk bandasje, og legg den i et fiskebensmønster. Start helt ute ved tærne og avslutt kompresjonen ovenfor skadestedet. Bandasjen skal være så stram som mulig, men uten at den stanser blodsirkulasjonen forbi skadestedet. Bandasjen bør opprettholdes i de første to-tre døgnene.

Elevation – å holde skadestedet høyt

Hevelsen begrenses ytterligere ved å holde benet høyt, og det blir best effekt hvis den holdes over hjertehøyde. Dette er spesielt viktig de første timene, men det er best å la beinet ligge høyt så mye som mulig det første døgnet. Husk at kompresjonen skal beholdes døgnet rundt for å holde blødningen (hevelsen) så liten som mulig.



Eksempel: Akuttskadebehandling av hodeskader

Er du usikker på hva du skal gjøre så ring 113 med en gang.

Hvis en utøver har pådratt seg en hodeskade er første prioritet livreddende førstehjelp; det er viktig å sjekke om utøveren er ved bevissthet (B) om luftveiene er frie og skadede puster (A), og om hjertet "slår"(C). Når ABC vurderes er det samtidig viktig å stabilisere nakken for uønskede bevegelser som kan føre til lammelser dersom det foreligger bruddskade i nakken. Når livreddende førstehjelp er under kontroll, er neste vurdering om utøveren kan flyttes fra skadestedet til mer hensiktsmessige omgivelser. Er utøveren våken og klager over nakkesmerter, eller har tegn på feilstillinger eller nevrologiske utfall som tyder på skade i ryggmargen (manglende evne til å bevege hender og føtter, nummenhet i armer og bein), er det behov for nakkestøtte og båretransport.

Er utøveren bevisstløs, men puster, bør man anta at det foreligger en nakkeskade inntil det motsatt er bevist. Å sørge for frie luftveier har prioritet fremfor potensiell rygg- og nakkeskade. Er det tegn på en alvorlig hode- eller nakkeskade skal lege/ambulanses kontaktes for øyeblikkelig hjelp. Det er viktig at den mest erfarne på skadestedet tar ledelsen.

Eksempel: Akutt skadebehandling av nakkeskader

Har en utøver skadet nakken skal du ringe 113 med en gang.

Hvis en utøver har pådratt seg en nakkeskade er første prioritet livreddende førstehjelp; det er viktig å sjekke om utøveren er ved bevissthet, om luftveiene er frie og om utøveren puster.

Er det mistanke om alvorlig nakkeskade er det viktig å stabilisere hode og nakke. Du skal ikke korrigere hodestillingen til en som er ved bevissthet og heller ikke flytte pasienten før en kompetent fagperson er til stede. Husk snarest å ringe 113 for hjelp.

Er personen bevisstløs, støtt hodet uten å bevege på nakken. Hvis ikke pasienten puster, sørg for frie luftveier og utfør hjertelungeredning. Dersom det er kaldt, er det viktig å hindre at personen blir nedkjølt. Legg derfor tøy/teppe rundt den skadde.

Ikke alle skader er alvorlige

Smerter og stivhet i nakken kan også oppstå etter hjernerystelse og gi plager som ligner på symptomene etter hodetraume. I de fleste tilfellene går symptomene etter hjernerystelse, som for eksempel hodesmerte, ørhet, svimmelhet, kvalme, trykk i hodet, over etter noen dager til et par uker.

Dersom disse plagene fra hode eller nakken vedvarer utover 3 uker, bør du kontakte en lege (gjærne en idrettslege) for vurdering og eventuell behandling.

Idrettsskader i Judo

Forebygging

For å holde seg skadefri er det å ikke stå imot lenger enn man har teknikk til og utføre teknikker korrekt det viktigste en judoka kan gjøre. Å trene på fallteknikk bør være en del av enhver treningsøkt. I tillegg til dette bør utøveren gjøre skadeforebyggende øvelser flere ganger i uken, gjerne som oppvarming før judospesifikk trening.

Vanligste skader

I judo er det knærne og skuldrene som er mest utsatt for skader. Den mest vanlige situasjonen der det oppstår skader er i kast fra stående stilling. Hos eliteutøvere skjer det hyppigst skader under konkurranser og på større treningssamlinger.

Under trening eller kamp kan det oppstå situasjoner som kan føre til hjernerystelse eller andre potensielt mer alvorligere hodeskader. Disse skadene er det lett å overse og skal alltid tas svært alvorlig. Hvis man er nybegynner er det høyere risiko for å få en slik skade fordi man ikke kan god nok fallteknikk.

Judoøre, også kalt blomkåløre, er ikke uvanlig. Det oppstår fordi huden sitter rett på brusken og en blødning mellom hud og brusk absorberes dårlig.

Blødning må derfor alltid evakueres eller tappes og ises ned.

Hjernerystelse

Det kan være vanskelig å avgjøre hvorvidt man har fått en hjernerystelse. For noen år siden måtte man ha vært bevisstløs eller ha hukommelsestap for å få diagnosen hjernerystelse. Dette er blitt endret gjennom nyere forskning.

Forskningen har også bidratt til å endre rådene for hvordan man bør håndtere hjernerystelser, og det er kommet nye retningslinjer for når en utøver er klar for å returnere til idrett.

En hjernerystelse oppstår ved at hodet og hjernen utsettes for en såkalt akselerasjonskraft, eller det vi for enkelhets skyld kan definere som en brå og hard bevegelse i form av sleng eller støt. Støtet kommer gjerne mot hodet, ansiktet eller nakken, men kan også komme mot andre deler av kroppen.

Hvordan stilles diagnosen?

En stor utfordring med hjernerystelse er at det ikke alltid er mulig å stille diagnosen før etter en stund, når man ser tilbake på utøverens tilstand i perioden etter ulykken. Lomme-SCAT3 er et diagnoseverktøy som skal hjelpe trenerne med å ta hånd om utøveren. Det er en komprimert versjon av den såkalte SCAT3, som er tiltenkt å brukes av helsepersonell. Se vedlegg.

Man trenger ikke besvime for å kvalifisere til en hjernerystelse-diagnose. Bevissthetstap er heller ingen sikker indikator. Hvis utøveren derimot har hatt et bevissthetstap, kan det være greit å vite at det til en viss grad er sammenheng mellom varigheten av bevissthetstapet og skadens alvorlighetsgrad. Noen har også en periode med hukommelsestap etter skaden. Dette har også vist seg å ha sammenheng med hvor lang tid det tar å bli frisk.

Symptomer, tegn og indikasjoner

Typiske symptomer er hodepine, svimmelhet, kvalme, ustøhet, dårlig balanse, følelse av å se stjerner/lys, øresus, dobbeltsyn. Typiske tegn er dårlig koordinasjon, bevissthetstap, kramper, langsom tale, endret personlighet, unormale følelsesutbrudd, lett å distrahere, kvalme/brekninger, glassaktig/stirrende blikk, forvirring, nedsatt prestasjonsevne. Typiske indikasjoner på hjernerystelse er at utøveren har problemer med å orientere seg i situasjonen han eller hun befinner seg i.

Forholdsregler

Utøvere med hjernerystelse skal holdes under oppsikt hele tiden det første døgnet og vurderes av lege før de starter trening igjen. En tommelfingerregel er derfor at en utøver som har fått et støt mot hodet ikke skal gå tilbake til idrettsaktiviteten dersom vedkommende har en eller flere symptomer på hjernerystelse.

Behandling

Hvis man ikke kan utelukke at det dreier seg om en hjernerystelse, skal utøveren avslutte all aktivitet. Deretter skal vedkommende hvile og overvåkes. Som en del av overvåkingen bør vedkommende vekkes et par ganger i løpet av natten – i minst ett døgn. Hvis symptomene eller tegnene fortsetter eller blir verre, bør utøveren undersøkes på sykehus snarest mulig.

Alle som har vært bevisstløse eller ikke husker perioden forut for skaden, bør ta bildeundersøkelser av hodet (CT, MR, etc.). Dette gjøres for å utelukke at det er en synlig blødning eller skade på nervevevet. Symptomene vil vanligvis gi seg i løpet av få dager, selv om noen opplever at det tar flere uker eller måneder før

de er helt bra. Mellom 5 og 10 % av pasientene vil oppleve plager i mer enn 3 måneder etter skaden. Disse plagene kan være hodepine, svimmelhet, konsentrasjonsvansker og humørsvingninger. De avtar som oftest med tiden. Retningslinjene for når utøver kan gå tilbake til trening og idrettsaktivitet er basert på en stegvis prosess. I denne prosessen tas utøveren fra ett aktivitetsnivå til det neste etter hvert som vedkommende blir symptomfri på forrige nivå:

- Ingen aktivitet eller trening, full hvile.
- Lett aerob trening
- Idrettsspesifikk aerob trening
- Idrettsspesifikke øvelser uten kontakt
- Full trening uten restriksjoner
- Kamp/konkurrans

Hvis en utøver opplever å få tilbake symptomer når hun/han går til neste nivå, går han/hun tilbake til forrige nivå som ikke ga symptomer og venter i 24 timer før han/hun igjen forsøker seg på neste nivå. Utøvere som tidligere har hatt en hjernerystelse og har blitt helt friske, har ikke økt sjanse for å få en ny hjernerystelse som følge av at hjernen er mer utsatt eller sårbar. Derimot kan gjentatte hjernerystelser henge sammen med idrettsutøverens risikovilje under utøvelse av idretten.

Nakkesmerter

I løpet av et år opplever mellom 30 og 50 % av befolkningen å ha vondt i nakken. Disse smertene kan oppstå både akutt og over tid, og de kan komme i mange former. Nakkeskader er ofte forbundet med hodepine.

Akutte nakkesmerter utløses som regel mekanisk, altså som følge av støt eller raske vridninger (kink i nakken), eller ved for eksempel et fall eller en trafikkulykke (nakkeslengskade/whiplash). I noen tilfeller fører disse tilstandene til langtidsplager i nakken, med smertesymptomer i mer enn 8 uker. Langvarige nakkesmerter har imidlertid ofte en sammensatt forklaring, og kan inkludere psykologiske forhold i forbindelse med for eksempel jobb, studier og personlige relasjoner.

Symptomer

Samspillet i nakken er komplekst, og smertebildet kan være sammensatt. Smertene kan knyttes til ulike deler, som muskler, nakkeledd, mellomvirvelskiver og nervesystemet. Det kan imidlertid være vanskelig fastslå hva som skyldes hva.

Nakkesmerter kan stråle nedover i armen eller hånden, og de kan forplante seg til hodet. Det er særlig to typer hodepine det da er snakk om; spenningshodepine og nakkeutløst hodepine. Spenningshodepine, eller tensjonshodepine, er noe som kan forekomme uten at man har vondt i nakken, men ofte har man smerter i både nakken og hodet samtidig. Smerten oppleves som et trykk på en eller begge sider av hodet. Nakkeutløst hodepine, eller cervikogen hodepine, er en strålende smerte som gjerne kommer på bare den ene siden av hodet. Den fremprovoseres ved at man beveger nakken og hodet i

en såkalt ytterstilling, altså så langt man klarer, eller ved trykk over den øvre delen av nakken. Denne typen hodepine gir gjerne redusert bevegelighet i nakken.

Nerverotsmerter

I forbindelse med nakkeplager snakker man noen ganger om nerverotsmerter. Dette er smerter som kan komme av at nervene ligger i klem (for eksempel ved en prolaps eller forandringer i skjelettet), eller de kan skyldes en betennelsesreaksjon i nervene. Nerverotsmerter i nakken er en relativt sjelden tilstand, og undersøkelser har vist at det oppdages 40–80 nye tilfeller per 100 000 personer per år.

Behandling

De fleste tilfeller av akutte nerverotsmerter fra nakken kan behandles med smertestillende medisiner. I noen tilfeller kan det også hjelpe med en stiv nakkekrage. Kun de færreste trenger å opereres. Når man ikke er diagnostisert med nerverotsmerter, men likevel har vondt i nakken i en lengre periode, er det gjerne mer diffuse symptomer. I slike tilfeller er det vanskeligere å stille en diagnose. Musklene kan da kjennes ømme og anspente. Dette kan behandles på flere måter, for eksempel med tøyning, massasje, triggerpunktbehandling, leddmobilisering og ulike øvelser for nakke og skuldre. Trening som ikke fremprovoserer symptomer virker smertelindrende fordi ved fysisk aktivitet så utskiller kroppen hormoner som virker smertedempende. I forbindelse med idrett ser man ofte en sammenheng med ikke-fysiske forhold som en konflikt med treneren, manglende motivasjon, svake resultater, utbrenthet og depresjon. I slike tilfeller kan det i tillegg til fysiske øvelser, være nyttig å ta kontakt med en psykolog eller en coach.

Impingement og senesykdom i rotatorcuffen

Rotatorcuffen (rotatormansjetten) er en samlebetegnelse på musklene som stabiliserer skulderleddet. Disse musklene kan bli rammet av senesykdommer og seneinneklemming (impingement).

Seneskader hos idrettsutøvere kan oppstå som følge av overbelastning fordi man utfører en bevegelse mange ganger (repetitiv overbelastning). Senene kan også bli skadet fordi de blir inneklemt mellom ben i skulderleddet under visse skulderbevegelser, for eksempel kasting. Slike inneklemt sener blir ofte referert til som *impingement*. Skader på sener i rotatorcuffen oppstår ofte gradvis. I en tidlig fase kan de bli akutt irriterte og smertefulle uten at det oppstår eller har oppstått strukturell skade. I en senere fase kan selve senevevet degenerere (bli svakere). Dette er kjent som *tendinose*, og til slutt kan det føre til at senen blir revet helt eller delvis av.

Degenerasjon av sener i rotatorcuffen er svært vanlig blant utøvere som driver med idrett der armene ofte er hevet over skulderhøyde, fordi det stilles ekstreme krav til skulderen. For eksempel kaster en håndballspiller på elitenivå 48 000 kast i løpet av en sesong, mens en svømmer på elitenivå i snitt utfører hele 1,5 millioner svømmetak per arm.

Behandling og rehabilitering

Første steg av behandling for nesten alle skader på rotatorcuffen er et tilpasset treningsprogram. I denne perioden bør utøveren tas ut av aktiviteten eller idretten som forårsaket tilstanden. Programmet bør være veiledet av en fysioterapeut og rettet mot spesifikke faktorer som:

- Bevegelighet i skulder
- Styrke og koordinasjon av rotatorcuffen
- Kontroll over skulderbladet
- Idrettsspesifikk trening (i kastidretter er for eksempel styrke og bevegelighet i hofte, brystrygg og skulder svært viktig)

Det er utrolig viktig at man gradvis øker belastningen og kravene som stilles til skulderen for at utøveren skal være i stand til å delta for fullt i idrett uten å ha smerter. Denne tilnærmingen kan være vellykket for et flertall av tilfellene, selv når det er betydelige strukturelle skader, som for eksempel en total seneavrivning. I rehabiliteringen går det ofte opptil 6 måneder før man ser betydelige forbedringer.

Om konservativ behandling ikke fungerer, kan man vurdere å operere skadde sener. Man må imidlertid ikke se på en operasjon som noen rask løsning på problemet. Nyere forskning viser at ca. 25 % av idrettsutøvere i kastidretter ikke returnerer til idretten når de har operert rotatorcuffen. Kun en liten prosentandel av dem som returnerer til idrett, kommer tilbake til sitt tidligere prestasjonsnivå. Rehabilitering etter en operasjon tar også lang tid. Den gjennomsnittlige tiden for å komme tilbake til idretten etter en operasjon, er 12 måneder.

AC-ledd skade

AC-leddet (akromioklavikulærleddet) sitter i overgangen mellom kragebeinet og den øvre delen av skulderbladet. **Det blir ofte skadet under idrettsaktivitet, gjerne fordi man faller på skulderen.**

Symptomer, diagnose og behandling

Det finnes flere alvorlighetsgrader av skader på AC-leddet, men de fleste tilfellene behandles konservativt (uten operasjon). Etter skader på AC-leddet vil det ofte bli en hevelse og smerte over leddet. En røntgenundersøkelse vil i de aller fleste tilfeller kunne bestemme hvor alvorlig skaden er, og da bruker man gjerne den uskadde siden til å sammenligne.

Behandlingen består av å lindre smerten og holde skadestedet i ro en kort periode. Dette går ofte lettere hvis armen ligger i fatle. Deretter er det viktig at man gradvis begynner å bruke skulderen ut fra hva man orker. Aktiviteten skal ikke være smertefull. Målet er å gjenvinne kontroll over skulderbladet og øke bevegeligheten og styrken. Man kan gjenoppta idrettsaktivitet når bevegeligheten og styrken er normal, og når man ikke får vondt når man gjør bevegelser som er typiske for den idretten man driver med. Hvis smerten ikke går bort og man har nedsatt funksjon, må enkelte opereres.

Sannsynligheten for å bli helt frisk er høy. Etter en skade i AC-leddet kan noen ende opp med en liten forhøyning mellom der skulderbladet fester seg til kragebeinet. Dette er helt normalt og som oftest uproblematisk. Det er også normalt å kjenne gnisninger eller høre «knakelyder» i leddet. Dette er som regel ikke noe problem hvis det ikke gjør vondt. I noen tilfeller kan en skade i AC-leddet føre til leddslitasje. Dette blir som oftest behandlet med injeksjoner.

Overarmsbrudd

De aller fleste overarmsbrudd skjer etter et fall eller en direkte skade, slik som slag mot armen eller skulderen.

Det er store krefter involvert i judo. Mange tøffe situasjoner øker sannsynligheten for å bli skadet. Overarmsbrudd er ikke uvanlig, og oppstår gjerne ved at man faller på albuen eller en utstrakt hånd, eller at man får et slag mot overarmen.

Symptomer, diagnose og behandling

Mange får intense smerter som forverres ved bevegelse av armen. Det er heller ikke uvanlig med hevelse rundt skadestedet og fargeforandringer i huden. I noen tilfeller kan armen se annerledes ut fordi benet er ute av posisjon etter bruddet. I sjeldne tilfeller kan også benet gjennomføre huden. En lege vil kunne bekrefte bruddet ved bruk av røntgenbilder.

Man bør oppsøke legevakt umiddelbart. Her vil man få den hjelpen man trenger. Man kan få gips, støtteskinne eller armen i fatle, alt avhengig av hvor i overarmen bruddet har oppstått. Alle tiltakene skal bidra til at benet gror riktig. Hvis bruddet sitter høyt opp mot skulderleddet, lar det seg sjelden gipse. Da anbefales fatle for å avlaste skulderen mens bruddet gror. Om bruddet ikke lar seg gro i en korrekt stilling, kan det hende det er nødvendig med operasjon.

Tilbake til idrett

Sannsynligheten for å bli helt frisk etter denne skaden er svært høy. Det tar vanligvis 6-8 uker før et brudd er grodd. I mellomtiden bør man komme i gang med et rehabiliteringsprogram hos fysioterapeut.

Albuen ut av ledd

Denne skaden forekommer relativt sjelden, men må tas på alvor. Nest etter skulderen er albuen det leddet som oftest går ut av ledd. Dette kan skje helt eller delvis, og skjer vanligvis ved fall på nesten strak arm, med en påfølgende vridning. Det skal stor kraft til, og derfor forekommer det ofte tilleggsskader, for eksempel ett eller flere brudd.

Har man vært skadet tidligere, øker risikoen for at man skader seg igjen. Noe annet som øker risikoen, er såkalt hypermobile ledd, altså at leddene har unormalt stort bevegelsesutslag. Slappe leddbånd øker også risikoen for at albuen går ut av ledd. God fallteknikk og velutviklet muskulatur vil redusere risikoen.

Symptomer og diagnose

Feilstilling, smerte, hevelse og misfarging som følge av blødning er typiske tegn. Den skadde vil ha vanskeligheter med å bevege armen og kommer gjerne «bærende» med armen i delvis utstrakt stilling. Noen kan oppleve nummenhet, prikking og stikking. Det kan være tegn på nerveskade, eller at blodtilførselen til området er stoppet. Diagnosen stilles ved en undersøkelse hos legen.

Røntgenbilder brukes for å utelukke brudd. Disse bildene tas som regel før og alltid etter at leddet er satt på plass. Blodsirkulasjonen og nervefunksjonen undersøkes også, både før og etter at albuen er tilbake på plass. Om man mistenker at det kan være skade på blodårer eller nerver, er det viktig å få behandling raskt. I tilfeller hvor albuen går delvis ut av ledd, kan den komme på plass igjen uten at den skadde har forstått hva som har skjedd.

Behandling

Målet med behandlingen er å gjenvinne full funksjon i albuen. Albuen skal reponeres, altså ordnes tilbake på plass, så fort som mulig. Jo lenger skaden forblir ubehandlet, desto større er sannsynligheten for varige men.

Det er lettere å få albuen på plass hvis det gjøres før smertene bli for intense og muskelstramningene kommer (det vil si innen 20–30 minutter). Røntgen- og evt. CT-bilder tas for å kartlegge brudd og for å vurdere behovet for operasjon. Albuer som ikke lar seg sette på plass med enkle grep, blir også vurdert operert. De aller fleste albuer som går ut av ledd, behandles best uten operasjon.

Hvis albuen har kommet på plass og det ikke er vesentlige tilleggsskader, er det viktig med rask mobilisering, dvs. så snart smertene tillater det. Det må tas hensyn til evt. risiko for at albuen kan gli ut av stilling på nytt. Det er viktig at håndleddet og skulderen også beveges. Ved skuldersmerter kan det være aktuelt med henvisning til fysioterapeut. I den første tiden kan det være lurt å avlaste albuen med en slynge som går rundt håndleddet og nakken. Da kan man bøye albuen tidlig, men unngå for å strekke for mye.

Før man går tilbake til idrett, bør man ha oppnådd det samme bevegelsesutslaget som før skaden. Albuen skal være stabil og smertefri ved stabilitetstesting. Maksimal styrketrening skal kunne utføres smertefritt. Returnerer man for tidlig til idrett, er det større sjanse for kroniske plager. I de fleste tilfeller anbefales en rehabiliteringsperiode på 3-6 måneder avhengig av skadeomfanget og kravet til belastning. Hvis det er problemer i forbindelse med opptreningen, eller man stadig opplever at albuen glipper ut av ledd helt eller delvis, kan det være aktuelt å operere.

Ryggsmerter

Ryggsmerter er vanlig blant idrettsutøvere og befolkningen generelt. Rundt 85 % av befolkningen vil på ett eller annet tidspunkt få uspesifikke ryggsmerter. Omtrent alle blir bra i løpet av tre måneder. Cirka halvparten vil få tilbakefall, mens noen få ender opp med langvarige smerter.

Årsaker

98 % av akutte ryggsmerter mangler en klar årsak. Noen ganger kan de oppstå på grunn av en bestemt hendelse, for eksempel slag, spark eller fall, mens andre ganger vet man ikke hva de kommer av. Mye smerte betyr ikke nødvendigvis stor skade, og to utøvere kan ha den samme skaden og oppleve den forskjellig. En av grunnene til dette er at det er mange faktorer som påvirker ryggsmerter, blant annet aktivitetsnivå, søvn, humør, bekymringer, stressnivå, tidligere erfaringer med skader, samt hvordan man håndterer situasjonen. Til sammen gir disse faktorene ulike forutsetninger for hvordan smerten oppleves. Nervesystemet vårt har evnen til å regulere hvor mye smerte vi føler. Hos mennesker med langvarig smerteproblematikk har man observert at nervesystemet kan bli overfølsomt. Det betyr at man faktisk kan oppleve smerte selv om man ikke lenger er skadet.

Symptomer og tegn

Hovedsymptomet er en smerte som blir verre ved bevegelser der man bruker ryggen. Det er ikke uvanlig at smerten stråler nedover til lår og seteregion. Hvis utøveren har konstante smerter, også når han/hun hviler, feber, vekttap, sterk kraftnedsettelse som blir verre og verre, nummenhet eller redusert kontrollen over blære- og tarmfunksjon bør lege oppsøkes.

Diagnose

En god, systematisk undersøkelse hos lege eller fysioterapeut vil bidra til å sette en korrekt diagnose, samt å utelukke alvorlig sykdom. Kun 1–2 % av ryggsmertene har en underliggende årsak som er alvorlig.

Behandling

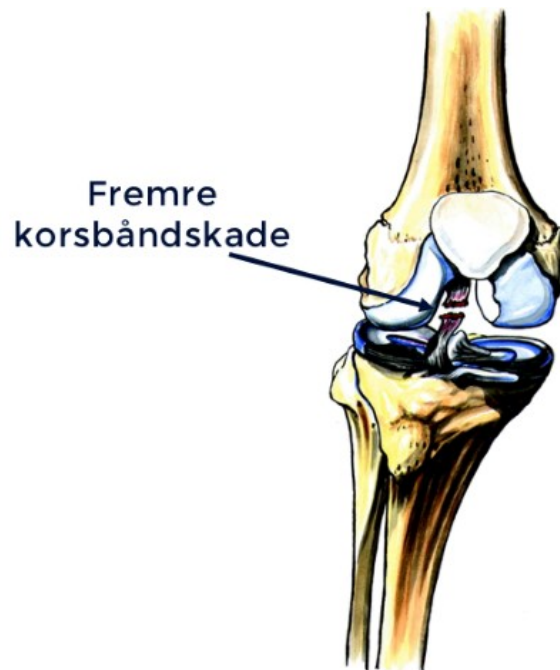
Ved akutte ryggsmertene, kan det være best å unngå smertefulle aktiviteter de første dagene. Deretter er det viktig å gjenoppta idrettsaktiviteten for å bli bra. I begynnelsen er det helt normalt og ufarlig at man opplever noe smerte når man er i aktivitet, men smerten bør ikke stråle ned i beina eller øke i intensitet etter aktivitet. Fysioterapeut bør kontaktes hvis utøveren er usikker på hvor mye aktivitet som er riktig. Passive behandlingsteknikker, som massasje, kan gi kortvarig symptomlindring, men ingenting utover det. Det viktigste en gjør, er å ta tak i det underliggende problemet, selv om det ikke alltid er like åpenbart hva det er. En lege eller fysioterapeut – eller i noen tilfeller en psykolog – kan hjelpe med å øke forståelsen for tilstanden og smerten.

Forskningen viser ingen bestemte øvelser eller treningsformer som er «det beste» for behandlingen av korsryggsmertene, men trening i seg selv kan være smertelindrende fordi det gjør at kroppen skiller ut hormoner som virker smertedempende. Treningen kan gjerne planlegges i samråd med en fysioterapeut. Operasjon blir sjelden anbefalt. Smertestillende legemidler kan hjelpe ved akutte smerter, men har negative langtidseffekter. Man bør derfor konsultere fastlegen hvis det er behov for smertelindring over tid.

Fremre korsbåndskade

Det er to korsbånd i hvert kne: et fremre og et bakre korsbånd. Begge er viktige for å stabilisere kneet. Når det fremre korsbåndet er skadet, betyr det i de aller fleste tilfeller at det er røket.

Det fremre korsbåndet er et leddbånd midt i kneet som fungerer som et sikkerhetsbelte for å stoppe uønskede bevegelser. Det er langt mer vanlig at det fremre korsbåndet ryker enn det bakre. Skader i det fremre korsbåndet har det som regel også større innvirkning på kneets funksjon.



En slik skade fører til lange skadeavbrekk (ofte inntil 12 måneder) og øker risikoen for artrose (slitasjegikt) på sikt. Dette er derfor en skade det er viktig å forebygge. Og hvis den likevel inntreffer, er det viktig med riktig rehabilitering. Kvinnelige utøvere har opptil tre ganger så høy risiko for en skade i det fremre korsbåndet enn menn, og de blir ofte skadet i ung alder.

Symptomer

Et typisk kjennetegn på korsbåndsskade er at kneet hovner opp raskt etter en vridning eller forstuing, og at det svikter under belastning. Det kan også være vanskelig å rette ut kneet, og/eller bøye det mer enn 80-90 grader. Hvis du har noen av disse tegnene, bør du undersøkes av en lege. Det gjerne også andre strukturer som berøres når korsbåndet skades, slik som menisk, brusk, bein og sidebånd. Disse «tilleggsskadene» kan ofte forklare mange av symptomene etter en avrivning av korsbåndet, og de kan påvirke behandlingsmulighetene og den langsiktige prognosen. Derfor er det viktig å ta MR-bilder og få en vurdering fra en spesialist innen kort tid etter skaden oppstår.

Behandling

Det er ingen selvfølge at alle med fremre korsbåndsskade skal opereres. Tvert imot – cirka 50 % av korsbåndsskadene i Norge i dag behandles konservativt, det vil si med opptrening uten operasjon. Mange av disse får gode resultater. Det er en ortoped som vurderer hvorvidt kneet må opereres etter en korsbåndsskade. Vurderingen avhenger av knesyntomer og utøverens krav til fremtidig knefunksjon. Utøvere som ikke har alvorlige tilleggsskader, anbefales opptrening hos fysioterapeut i inntil 3 måneder før kneet blir vurdert for operasjon. Da vil man lettere kunne forutse om operasjonen får et godt utfall, og rehabiliteringen vil kunne gå raskere. Kirurgisk behandling består i å erstatte det skadde båndet med senevev tatt fra de fremre eller bakre lårmusklene. Operasjonene gjøres som såkalt kikkhullskirurgi (artroskopi), det vil si at kirurgen ikke trenger å åpne kneet helt opp, men at man opererer inne i kneet med instrumenter som stikkes inn gjennom små hull i huden. Opptreningen hos fysioterapeut er tøff enten korsbåndet er operert eller ikke. Tett oppfølging av treningsprogrammet er derfor viktig for å ivareta alle sider av rehabiliteringen,

og man bør følges opp i minst seks til tolv måneder. Opptreningen legger vekt på å bygge opp styrke, bevegelse, balanse og kontroll. Øvelsene gjøres med økende vanskelighetsgrad, og mer og mer lik idretten man skal tilbake til etter hvert som funksjonen bedres.

Tilbake til idrett

Selv om det finnes eksempler på toppidrettsutøvere som har vært tilbake i full konkurranseaktivitet etter mindre enn 6 måneder, så er slike aggressive opptreningsprogrammer ikke å anbefale. Risikoen for å skade kneet på ny er større etter en korsbåndskade, men kan reduseres ved å bruke god tid til skikkelig rehabilitering.

Utøveren bør bestå en rekke idrettsspesifikke tester for å sjekke om kneet er klart før returnering til idrett. Men det er ikke nok. Utøveren må også føle seg klar. Det er viktig med lav grad av bekymring for ny skade, samt en tro på at kneet holder. Den eventuelle avgjørelsen om å returnere til idrett bør tas i samråd med lege, fysioterapeut, trener og utøveren selv. Treneren har ofte best kjennskap til utøveren og kan se hvordan han eller hun beveger seg og oppfører seg i en idrettsspesifikk setting. Deltagelsen bør også trappes opp gradvis etter en strukturert plan. Utøvere med korsbåndskade har økt risiko for å pådra en ny korsbåndskade – på både den skadde og den friske siden. Pågående forebyggende trening er derfor spesielt viktig for denne gruppen.

Meniskskader

Menisksskader er blant de vanligste kneskadene, og de kommer i mange alvorlighetsgrader. Det er to menisker i hvert kneledd. De ligger på hver sin side av kneet og fungerer som støtdempere. Meniskene bidrar samtidig til stabilitet i kneleddet. Menisken på innsiden av kneet kalles *den mediale menisken*, den på utsiden kalles *den laterale menisken*. Det er vanligst å skade den mediale menisken. Årsaken er at denne er festet til flere strukturer, og at den derfor er mindre bevegelig enn den laterale menisken.

Vridning

Meniskskader kommer i flere varianter som krever ulik behandling. Akutte skader skjer vanligvis ved en vridning, og er vanligst hos yngre utøvere.

Degenerative meniskskader oppstår over tid, oftest hos middelaldrende og eldre. Degenerative skader som kommer gjerne av at kroppen forandres over tid. Det er viktig å skille mellom disse to typene, for de behandles ulikt. Ved akutte skader er det ofte nødvendig med kirurgi, enten for å fjerne en del av menisken eller for å reparere den. Degenerative skader bør først og fremst behandles med opptrening, og de fleste kan bli bra uten kirurgi. En meniskskade kan øke risikoen for slitasjegikt (artrose). Sannsynligheten for slitasjegikt avhenger av hvor stor skaden er og hvor den sitter.

Den vanligste måten å få akutte meniskskader på, er en vridning med bøyd kne og foten godt plantet i bakken. Graden av smerte varierer betraktelig. Noen beskriver at de føler at noe «rives» i skadeøyeblikket, mens mindre skader ikke nødvendigvis gir umiddelbare symptomer. Normalt får man likevel smerter og hevelser i løpet av 24 timer etter at skaden inntraff.

Eldre som har en svekket menisk, kan få mindre meniskskader av ganske små uhell. De mer alvorlige akutte meniskskadene kan gi kraftige symptomer. Kort tid etter skaden får man gjerne smerter og nedsatt bevegelse, og det er vanlig å oppleve at kneet låser seg i korte perioder. Mange hører også klykkelyder fra kneet. Dette er særlig vanlig hvis også det fremre korsbåndet er skadet.

Undersøkelse og behandling

Diagnosen stilles ved en klinisk undersøkelse hos lege eller fysioterapeut. MR-bilder har god nøyaktighet, men er ikke alltid nødvendig for å stille diagnosen. Behandlingen avhenger av alvorlighetsgraden på skaden. I den ene enden av spekteret har man en liten avrivning, men uten tilfeller av låsning eller nedsatt bevegelse. Disse bør behandles konservativt (uten operasjon).

I den andre enden av spekteret har vi store, smertefulle skader på menisken, hvor kneet låses i visse posisjoner. Disse krever umiddelbar operasjon med såkalt kikkhullsteknikk. Det vil si at man går inn i leddet via en tynn kikkert tilknyttet et kamera.

Avgjørelsen om å operere bør baseres på alvorlighetsgraden av symptomer og tegn, samt ut fra kravene til aktivitet i fremtiden.

Etter operasjon vil rehabiliteringen påvirkes av alvorlighetsgraden på skaden, samt operasjonstype. Ved artroskopi og fjerning av en liten del av menisken kan man returnere til idrett relativt raskt. Ofte innen fire uker. Større meniskskader eller tilleggsskader på bruskk/ligament vil forlenge rehabiliteringsperioden. Hvis utøveren returnerer for tidlig, vil det få konsekvenser på sikt med tilbakevendende hevelse og vedvarende smerte.

I rehabiliteringsperioden er det viktig med tett oppfølging. Menisken vil gradvis tåle mer vektbærende aktiviteter, og dette bør speiles i øvelsesprogrammet ved at utøveren gradvis får større krav – såfremt kneet tåler det.

For ikke så lenge siden ble alle meniskskader behandlet likt – med operasjon. Nyere forskning har derimot vist at degenerative meniskskadene bør behandles med opptrening hos fysioterapeut – altså uten operasjon. Opptreningen består av øvelser for å styrke musklene rundt kneet, og for å øke kroppskontroll og balanse. Det kan ta flere måneder før knesmerten blir borte.

Sidebåndskader

Skader på det indre sidebåndet utgjør om lag 40 % av alle alvorlige kneskader. Det gjør den til den vanligste kneskaden. På hver side av kneet er det to sterke leddbånd (indre og ytre sidebånd) som fester lårbenet til leggbenet og hindrer at leggbenet skyves til sidene. Hele eller deler av leddbåndet kan ryke.

En skade på det indre sidebåndet er mest vanlig, og den skjer gjerne på to måter:

- Ved at man blir truffet på utsiden av kneet (for eksempel i en takling)
- Ved at man faller over et lett bøyd kne slik at kneet presses innover og leggen utover (kalvbeint stilling).

Skader på det ytre sidebåndet er sjeldnere og mer kompliserte og fører gjerne med seg flere komplikasjoner. Grunnen er at kneets utside består av en rekke leddbånd og sener som gjerne blir berørt når det ytre sidebåndet skades.

Denne typen skader skjer som regel ved at en motstander treffer innsiden av kneet slik at det strekkes i en hjulbeint stilling, eller ved en takling mot forsiden av kneet slik at det overstrekkes bakover.

Symptomer og tegn

Diagnosen stilles som regel ved en klinisk undersøkelse hos lege eller fysioterapeut, og det er ikke alltid nødvendig å bruke bildediagnostikk. Den skadde har smerter på inn- eller utsiden av kneet, som oftest med en lokal hevelse. Det kan være smertefullt å bøye kneet. Ved større skader kan kneet være ustabil, spesielt i bevegelser der foten er plantet i bakken og kneet beveges til siden. Ved større sidebåndskader kan også korsbånd og menisk være involvert. En full avrivning av et sidebåndet er naturligvis mer alvorlig enn om det avrives delvis, men paradoksalt nok gir enn full avrivning gjerne mindre smerter. Ved en full avrivning til legen gjerne trengte røntgen- eller MR-bilder for å utelukke tilleggsskader.

Behandling

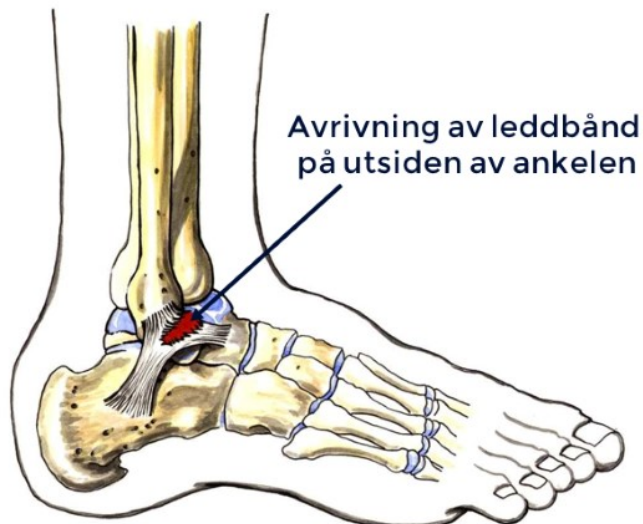
Akuttbehandling etter PRICE-prinsippet er viktig. Smertestillende eller betennelsesdempende medisiner kan være nyttig de første dagene. Mange har god nytte av spesielle støtteskiner som inneholder isvann og samtidig gir kompresjon. Større skader på innsiden behandles i fire-seks uker med en støtteskinne som begrenser bevegeligheten. Hensikten er å avlaste sidebåndet. Operasjon er sjelden aktuelt, og brukes som regel bare når det foreligger kombinerte skader.

Målet med rehabiliteringen er å bygge opp styrke, bevegelighet, balanse og knekontroll. Etter mindre alvorlige sidebåndskader tar dette vanligvis fra 6 til 12 uker. Ved total avrivning eller hvis det foreligger tilleggsskader, kan rehabiliteringen ta betydelig lengre tid. Utøveren kan som oftest gå tilbake til idrett uten problemer.

Ankelovertråkk

Ankelovertråkk er en veldig vanlig idrettsskade. Et ankelovertråkk skjer nesten alltid på utsiden av foten. Overtråkk på innsiden er langt sjeldnere.

Overtråkk skjer oftest i forbindelse med stopp, vendinger, hopp eller landing. For eksempel ved at man lander forkjært på bakken. Foten vris innover eller utover, og dette fører til at ett eller flere av leddbåndene i ankelen overstrekkes. Leddbåndene, som fester et ben til et annet og stabiliserer leddene, kan da ryke helt eller delvis av.



Symptomer og tegn

Skaden gir hevelser, ømhet og smerter på innsiden eller utsiden av ankelen.

Diagnose

En diagnose stilles etter undersøkelse av lege eller fysioterapeut. Ved mistanke om brudd skal det tas røntgenbilder.

Behandling

I akuttfasen (24–48 timer etter skadetidspunktet) er målet å begrense blødningen og redusere smerte. Behandlingen følger PRICE-prinsippene for akutt skadebehandling og inkluderer også avlastning med krykker. For å begrense blødningen er det viktig å starte akuttbehandling med kompresjon rett etter skadetidspunktet. Da tar rehabiliteringen kortere tid. Etter 48 timer bør man begynne å bevege og gradvis belaste ankelen igjen. Den skadde bør få en henvisning til fysioterapeut så snart som mulig. En fysioterapeut kan gi detaljerte instruksjoner om rehabiliteringsøvelser, samt vurdere om man bør bruke teip og støtteskinne. Forskningen viser at treningsbehandling gir god effekt, og operasjon blir svært sjelden anbefalt.

Prognose og retur til idrett

Etter et ankelovertråkk på utsiden kommer man seg ofte raskt, og de fleste er tilbake i full trening etter én til noen få uker. Hvis det har oppstått betydelig skade på leddbåndene, kan det ta lengre tid, og enkelte plages av stivhet og smerter i mange måneder. Leddbåndene blir som regel bra etter 6–12 uker, men man kan oppnå full funksjon mye tidligere hvis man får god behandling i akuttfasen. Ankelovertråkk på innsiden tar gjerne litt lengre tid å bli frisk av, og utøveren må belage seg på en lengre rehabilitering. Når man først har tråkket over, har man lettere for å tråkke over på nytt. For å unngå å slå skaden opp igjen, bør man derfor drive skadeforebyggende trening flere ganger ukentlig. Se www.skadefri.no eller Skadefri app - kroppsdel ankel for program. I overgangen mellom rehabilitering og idrett er det fornuftig å bruke teip eller støtteskinne i en periode for å forhindre et nytt overtråkk. Se www.skadefri.no for videoinstruksjon.

Litteraturliste

Bahr, R., (2014). Idrettsskader- diagnostikk og behandling. Fagbokforlaget.

Brukner, P., Clarsen, B., Cook, J., (2016). Brukner & Khans Clinical Sports Medicine. McGraw-Hill Australia.

Raastad, T., Paulsen, G., Refsnes, P.E., Rønnestad, B.R. og Wisnes, A.R., (2010). Styrketrening – i teori og praksis. Gyldendal Undervisning.

Vedlegg

Pocket CONCUSSION RECOGNITION TOOL™

To help identify concussion in children, youth and adults



FIFA®



FEI

RECOGNIZE & REMOVE

Concussion should be suspected **if one or more** of the following visible clues, signs, symptoms or errors in memory questions are present.

1. Visible clues of suspected concussion

Any one or more of the following visual clues can indicate a possible concussion:

Loss of consciousness or responsiveness
Lying motionless on ground/Slow to get up
Unsteady on feet / Balance problems or falling over/Incoordination
Grabbing/Clutching of head
Dazed, blank or vacant look
Confused/Not aware of plays or events

2. Signs and symptoms of suspected concussion

Presence of any one or more of the following signs & symptoms may suggest a concussion:

- Loss of consciousness
- Seizure or convulsion
- Balance problems
- Nausea or vomiting
- Drowsiness
- More emotional
- Irritability
- Sadness
- Fatigue or low energy
- Nervous or anxious
- "Don't feel right"
- Difficulty remembering
- Headache
- Dizziness
- Confusion
- Feeling slowed down
- "Pressure in head"
- Blurred vision
- Sensitivity to light
- Amnesia
- Feeling like "in a fog"
- Neck Pain
- Sensitivity to noise
- Difficulty concentrating

3. Memory function

Failure to answer any of these questions correctly may suggest a concussion.

“What venue are we at today?”

“Which half is it now?”

“Who scored last in this game?”

“What team did you play last week/game?”

“Did your team win the last game?”

Any athlete with a suspected concussion should be IMMEDIATELY REMOVED FROM PLAY, and should not be returned to activity until they are assessed medically. Athletes with a suspected concussion should not be left alone and should not drive a motor vehicle.

It is recommended that, in all cases of suspected concussion, the player is referred to a medical professional for diagnosis and guidance as well as return to play decisions, even if the symptoms resolve.

RED FLAGS

If ANY of the following are reported then the player should be safely and immediately removed from the field. If no qualified medical professional is available, consider transporting by ambulance for urgent medical assessment:

- Athlete complains of neck pain
- Increasing confusion or irritability
- Repeated vomiting
- Seizure or convulsion
- Weakness or tingling/burning in arms or legs
- Deteriorating conscious state
- Severe or increasing headache
- Unusual behaviour change
- Double vision

Remember:

- In all cases, the basic principles of first aid (danger, response, airway, breathing, circulation) should be followed.
- Do not attempt to move the player (other than required for airway support) unless trained to do so
- Do not remove helmet (if present) unless trained to do so.

from McCrory et. al, Consensus Statement on Concussion in Sport. Br J Sports Med 47 (5), 2013

© 2013 Concussion in Sport Group