

Dokumenttyp Vårdprogram	Ansvarig verksamhet Hälso- och sjukvård	Version 2	Antal sidor 5
Dokumentägare Morten Thorup sjukgymnast	Fastställare Lena Gjevert Tillförordnad hälso- och sjukvårdsdirektör	Giltig fr.o.m. 2020-03-10	Giltig t.o.m. 2022-03-10

Höft- och knäartros – diagnostik och behandling

Gäller för: Hälso- och sjukvård

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Differentialdiagnoser.....	2
Åtgärder	2
Diagnostik, klassifikation av höftartros och knäartros och utredande åtgärder	2
Förebyggande åtgärder	2
Levnadsvanor	2
Behandlande åtgärder.....	2
Prognos.....	4
Utvärdering, uppföljning	4
Patientmedverkan	4
Referenser	4

Inledning

Vårdprogrammet gäller för personer med klinisk höft och/eller knäartros.

Syftet med vårdprogrammet är att beskriva det som alla personer med klinisk höft- och knäartros ska erbjudas gällande diagnostik och behandling och som är i enlighet med Socialstyrelsens nationella riktlinje för rörelseorganens sjukdomar – artros (1). Forskningen påvisar att patientgruppen har en generellt ökad risk, delvis på grund av låg konditionsnivå, för annan ohälsa och för tidig död (2, 3). Nyare studier påvisar också den kliniska vikten av att rutinmässigt testa konditionen som ett led i att få en bättre bild av förhöjd risk för ohälsa samt ge underlag för hälsofrämjande insatser. Kardiovaskulär träning bör vara ett viktigt inslag i behandlingen, speciellt för personer med mycket låga konditionsnivåer (4-6).

Målet är att alla ska behandlas på rätt vårdnivå och på samma sätt oavsett var i Värmland man bor. Alla ska få kunskap om sina besvär, hur man förebygger funktionshinder och inaktivitetsrelaterad sjuklighet, i vilket skede olika behandlingsalternativ är relevanta och tillfrågas om levnadsvanor (tobaksbruk, alkohol, fysisk aktivitet, matvanor) samt vid behov erbjudas rådgivande samtal.

Bakgrund

Orsaker till artros är multifaktoriella, ofta okända (primär artros) och ibland kända (sekundär artros). Symptomen är allt från lätta till svåra och besvären går ofta i skov.

Differentialdiagnoser

Eftersom smärtor i höft och knä kan bero på många orsaker är det av största vikt att lyssna noga på patientens beskrivning av sina symptom och att undersöka aktuell led och intilliggande ledsystem. Höft- och knäsmärta kan förekomma vid åkommor som inte härrör sig från muskuloskeletala systemet. Allvarliga åkommor ska uteslutas.

Åtgärder

Diagnostik, klassifikation av höftartros och knäartros och utredande åtgärder

I nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar 2012 – artros (1), anges att diagnoserna höft- och knäartros kan ställas genom en samlad bedömning av anamnes (ålder, kön, övervikt, tidigare lefskada, överbelastning under arbete/fritid, ärftlighet, (*för höft tidiga höftsjukdomar, medfödda missbildningar*)), symptom (smärta, stelhet efter inaktivitet och nedsatt funktion) och klinisk undersökning. Typiska undersökningsfynd vid höftartros är nedsatt flexion, nedsatt inåtrotation och smärta vid inåtrotation och vid knäartros krepitationer, nedsatt rörlighet och svullen led. Både fysioterapeut och läkare kan ställa diagnoserna koxartros (höftartros) respektive gonartros (knäartros).

Diagnoskoder som ska registreras är:

M16.0 - M16.9 samt M17.0 - M17.9

Röntgenundersökning bör endast utföras i de fall osäkerhet råder om diagnos. Se vårdrutin Artrosskola för personer med höft- och/eller knäartros (se Vida), inkluderande fysioterapeutens checklista inför remiss till röntgen. Innan specialistremiss för protesoperation övervägs, ska det finnas en slätröntgen gjord inte äldre än 12 månader som visar röntgenologisk artros. Vid atypiskt förlopp (patient med reumatoid artrit, påfallande felställning eller benförkortning) kan det behövas nyare röntgenbild. Ortoped kan kontaktas för diskussion. Finns inte nygjord röntgenundersökning har fysioterapeut rätt att remittera till röntgen, se vårdrutin Artrosskola för personer med höft- och/eller knäartros (se Vida).

Undersökning med magnetkamera tillför inget vid diagnostik av höft- och knäartros. Om behandling övervägs där nivådiagnostik är nödvändig och osäkerhet råder om huruvida besvären kommer från rygg, höft eller knä kan patienten remitteras till ortoped för bedömning och eventuellt annan utredning till exempel diagnostisk blockad.

Kondition bör testas i form av Åstrands ergometercykeltest. Frågor bör ställas kring motivation för fysisk aktivitet och träning.

Förebyggande åtgärder

Personer med besvär från höft och/eller knä ska komma tidigt till artrosskola för att få kunskap om hur man förebygger funktionsnedsättning och övervikt samt faktorer vi vet ökar risken för att bli opererad (7, 8). Att vara fysiskt aktiv och minska stillasittande trots artros kan minska risken för inaktivitetsrelaterade sjukdomar och för tidig död (2, 3, 9-13).

Levnadsvanor

Patienter ska när det är relevant tillfrågas om sina levnadsvanor när det gäller tobaksbruk, alkohol, fysisk aktivitet och matvanor och om de önskar stöd för förändring av dessa (14)

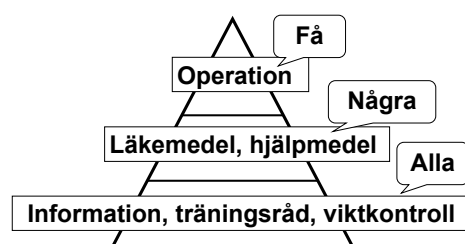
Behandlande åtgärder

Alla patienter ska tidigt i sjukdomsförloppet, oavsett ålder, genomgå grundbehandling vilket innefattar [artrosskola](#) och individuellt träningsprogram hos fysioterapeut, se figur 1. Artrosskola kan

förbättra både självskattade besvär och öka hälsorelaterad livskvalitet (15). Att samla personer med liknande besvär i grupp har en terapeutisk effekt (16). I artrosskolan informeras om vad artros är, riskfaktorer, egenvårdstips, behandlingsalternativ och träning. Deltagarna motiveras till livsstilsförändringar genom att erbjudas enkla råd, rådgivande samtal eller kvalificerat rådgivande samtal gällande; lagom fysisk aktivitet, minskat stillasittande, förebyggande av funktionshinder, tobaksstopp, viktkontroll och hälsosamma matvanor (14). Personer med BMI ≥ 30 motiveras till viktnedgång dels för att påverka besvären och för att minska risken för artros i andra leder. Om protesoperation blir aktuell, både höft och knä, minskar risken för komplikationer om man har god kondition och BMI < 30 (17, 18). För kvalificerad hjälp med ohälsosamma matvanor, tobaksbruk eller riskbruk av alkohol kan patienten erbjudas hjälp via sin vårdcentral som exempelvis kan remittera till dietist eller tobaksavvänjare. Andra aktörer kan vara Friskvården i Värmland och alkoholpoliklinik.

Träningen, antingen i grupp eller individuellt, ska utföras regelbundet, vara handledd och utföras under lång tid (19). För bästa effekt utförs träningen tre gånger per vecka (20). För rekommendation för fysisk aktivitet vid artros se kapitel 2.2 i FYSS 2017. För arbetsföra personer kan man överväga att de ansöker om förebyggande sjukpenning hos Försäkringskassan för att kunna delta på gruppträning dagtid. Sådan ansökning sker i samråd med arbetsgivare och läkare.

Om grundbehandling inte ger tillräckligt resultat kan tilläggsbehandling utföras såsom smärtlindrande läkemedel, hjälpmedel (främst gånghjälpmedel) eller TENS (vid knäartros) med mera (figur 1).



Figur 1. Behandlingsförslag enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer(1) – artros som visar vilka behandlingssteg; grundbehandling, tilläggsbehandling och kirurgisk behandling, som ska tas och i vilken ordning.

Smärta vid artros varierar ofta över tid. Vid förvärrade besvär kan läkemedel sättas in som en tillfällig kur, se terapirekommendation smärta på www.regionvarmland.se/terapirekommendationer, smärta. De flesta behöver inte kontinuerlig farmaceutisk smärtbehandling. NSAID (COX-hämmare) kan provas (obs njurfunktion och annan medicinering som ACE-hämmare och Allreceptorblockerare). Eftersom icke-selektiva och selektiva COX-hämmare har likvärdig effekt på smärta och funktion bör valet av preparat främst baseras på risken för biverkningar. Socialstyrelsen rekommenderar Naproxen(1). Biverkningar är i regel dosberoende och ökar med ökande behandlingstid, men kan ses även efter en kort behandlingstid. Risken för allvarliga biverkningar från mag- och tarmkanalen samt kardiovaskulära biverkningar är kliniskt relevant, särskilt för äldre personer och personer med sjukdom i något av dessa organ. Om smärtsituationen trots detta är besvärlig kan eventuellt lågdosmorfinpreparat i depåberedning övervägas, särskilt om operation inte är möjlig.

Vid lateral höftsmärta kan injektion med lokalanestetika i kombination med kortison i mjukdelarna vid trochanter femoris exempelvis gluteus medius-/piriformisfästet provas(21).

Om inte tillräckligt resultat uppnås med tilläggsbehandling kan patienten remitteras vidare till ortoped för ställningstagande till protesoperation. Se vådrutin Artrosskola för personer med höft- och/eller knäartros (se Vida), innefattande "Fysioterapeutens checklista inför remiss till ortoped".

Artroskopisk kirurgi tillför inget vid höft- och knäartros. Innan remiss till ortoped ska patienten ha tränat i 6 månader. BMI över 35 är en kontraindikation för operation.

För optimerade förutsättningar i det postoperativa förloppet ska patienten innan ledprotesoperation vara välinformerad, så bra tränad som möjligt, både styrka som konditionsmässigt, om möjligt ha BMI ≤ 30 , vara rökfri 4 veckor innan och 4 veckor efter operation(22) och vara alkoholfri 4-8 veckor innan operation (23). Patienten bör vara optimalt utredd och behandlad avseende övrig sjuklighet.

Prognos

Med adekvat grund- och tilläggsbehandling blir majoriteten av personerna med höft- och knäartros bättre med tiden och risken att få så svåra besvär att man behöver bli opererad minskar eller i alla fall skjuts upp (24). För minoriteten med förvärrade besvär finns nästan alltid möjlighet till smärtlindring med ledprotes. Protesoperation är synnerligen kostnadseffektivt, men inte helt utan risker och alla blir inte smärtfria eller får bättre funktion. På grund av att medelåldern vid operation har sjunkit, har procentandelen reoperationer ökat. Resultatet vid reoperation är inte lika bra som vid primärprotes. Därför ska Socialstyrelsens behandlingsförslag följas (figur 1).

Utvärdering, uppföljning

I artrosskola ingår att man före behandling, 3 månader efter gruppträffarna och efter ett år följer upp resultatet i det nationella kvalitetsregistret Bättre omhändertagande av patienter med artros (BOA), se www.boaregiset.se, och vårdrutin Artrosskola för personer höft- och/eller knäartros (se Vida). Ettårsuppföljningen skickas från respektive mottagning alternativt kan patienten fylla i detta online. Alla fysioterapimottagningar ska ansluta sig till BOA och registrera alla patienter med höft- och/eller knäartros.

Patientmedverkan

I artrosskola rekommenderas att en, av Reumatikerförbundet, utbildad artrosinformatör/expertpatient deltar vid ett grupptillfälle för att ge patientperspektivet på hur det är att leva med artros och erfarenheter av grundbehandling. Positiva förebilder stärker tilltron till den egna förmågan (25).

Referenser

1. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2012 Osteoporos, artros, inflammatorisk ryggsjukdom och ankyloserande spondylit, psoriasisartrit och reumatoid artrit Stöd för styrning och ledning. Edita Västra Aros Västerås, Sweden; 2012.
2. Nuesch E, Dieppe P, Reichenbach S, Williams S, Iff S, Juni P. All cause and disease specific mortality in patients with knee or hip osteoarthritis: population based cohort study. *BMJ*. 2011;342:d1165.
3. Blair SN, Kampert JB, Kohl HW, 3rd, Barlow CE, Macera CA, Paffenbarger RS, Jr., et al. Influences of cardiorespiratory fitness and other precursors on cardiovascular disease and all-cause mortality in men and women. *Jama*. 1996;276(3):205-10.
4. Ross R, Blair SN, Arena R, Church TS, Despres JP, Franklin BA, et al. Importance of Assessing Cardiorespiratory Fitness in Clinical Practice: A Case for Fitness as a Clinical Vital Sign: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2016;134(24):e653-e99.
5. Harber MP, Kaminsky LA, Arena R, Blair SN, Franklin BA, Myers J, et al. Impact of Cardiorespiratory Fitness on All-Cause and Disease-Specific Mortality: Advances Since 2009. *Progress in cardiovascular diseases*. 2017;60(1):11-20.
6. Kodama S, Saito K, Tanaka S, Maki M, Yachi Y, Asumi M, et al. Cardiorespiratory fitness as a quantitative predictor of all-cause mortality and cardiovascular events in healthy men and women: a meta-analysis. *Jama*. 2009;301(19):2024-35.

7. Apold H, Meyer HE, Espehaug B, Nordsletten L, Havelin LI, Flugsrud GB. Weight gain and the risk of total hip replacement a population-based prospective cohort study of 265,725 individuals. *Osteoarthritis and cartilage / OARS, Osteoarthritis Research Society*. 2011;19(7):809-15.
8. Apold H, Meyer HE, Nordsletten L, Furnes O, Baste V, Flugsrud GB. Weight gain and the risk of knee replacement due to primary osteoarthritis: a population based, prospective cohort study of 225,908 individuals. *Osteoarthritis and cartilage / OARS, Osteoarthritis Research Society*. 2014;22(5):652-8.
9. Kohl HW, 3rd, Craig CL, Lambert EV, Inoue S, Alkandari JR, Leetongin G, et al. The pandemic of physical inactivity: global action for public health. *Lancet (London, England)*. 2012;380(9838):294-305.
10. Katzmarzyk PT, Church TS, Craig CL, Bouchard C. Sitting time and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer. *Medicine and science in sports and exercise*. 2009;41(5):998-1005.
11. Dunstan DW, Thorp AA, Healy GN. Prolonged sitting: is it a distinct coronary heart disease risk factor? *Current opinion in cardiology*. 2011;26(5):412-9.
12. Ekblom-Bak E, Ekblom B. [Prolonged bouts of sitting is a metabolic risk factor]. *Lakartidningen*. 2012;109(34-35):1467-70.
13. Ekblom-Bak E, Ekblom B, Hellenius ML. [Less sitting as important as increased physical activity]. *Lakartidningen*. 2010;107(9):587-8.
14. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011–Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor–stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen, Västerås Edita Västra Aros; 2011.
15. Klassbo M, Larsson G, Harms-Ringdahl K. Promising outcome of a hip school for patients with hip dysfunction. *Arthritis and rheumatism*. 2003;49(3):321-7.
16. Jensen MP, Nielson WR, Kerns RD. Toward the development of a motivational model of pain self-management. *The journal of pain : official journal of the American Pain Society*. 2003;4(9):477-92.
17. Kerkhoffs GM, Servien E, Dunn W, Dahm D, Bramer JA, Haverkamp D. The influence of obesity on the complication rate and outcome of total knee arthroplasty: a meta-analysis and systematic literature review. *The Journal of bone and joint surgery American volume*. 2012;94(20):1839-44.
18. Haverkamp D, Klinkenbijn MN, Somford MP, Albers GH, van der Vis HM. Obesity in total hip arthroplasty--does it really matter? A meta-analysis. *Acta orthopaedica*. 2011;82(4):417-22.
19. Fransen M, McConnell S. Exercise for osteoarthritis of the knee. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*. 2008(4):Cd004376.
20. Juhl C, Christensen R, Roos EM, Zhang W, Lund H. Impact of exercise type and dose on pain and disability in knee osteoarthritis: A systematic review and meta-regression analysis of randomized controlled trials. *Arthritis and rheumatism*. 2013.
21. Peng PW. Ultrasound-guided interventional procedures in pain medicine: a review of anatomy, sonoanatomy, and procedures. Part IV: hip. *Regional anesthesia and pain medicine*. 2013;38(4):264-73.
22. Lindstrom D, Sadr Azodi O, Wladis A, Tonnesen H, Linder S, Nasell H, et al. Effects of a perioperative smoking cessation intervention on postoperative complications: a randomized trial. *Annals of surgery*. 2008;248(5):739-45.
23. Wahlin S, Tonnesen H. [Time for "alcohol-free operations". Two standard drinks a day doubles the risk of postoperative complications]. *Lakartidningen*. 2014;111(44-45):1966-9.
24. Svege I, Nordsletten L, Fernandes L, Risberg MA. Exercise therapy may postpone total hip replacement surgery in patients with hip osteoarthritis: a long-term follow-up of a randomised trial. *Annals of the rheumatic diseases*. 2015;74(1):164-9.
25. Allegrante JP, Marks R. Self-efficacy in management of osteoarthritis. *Rheumatic diseases clinics of North America*. 2003;29(4):747-68, vi-vii.

Dokumentet är utarbetat av: Morten Thorup, Maria Klässbo, Henrik Törnqvist