

Höftsmärta hos vuxna

DEL 1: UTREDNING

Höftsmärta är vanligt förekommande i alla åldrar, men den verkliga prevalensen i befolkningen är okänd. Studier har däremot visat på nedsatt livskvalitet och begränsningar både vid fysisk aktivitet samt i det dagliga livet för de drabbade [1,2]. Primär höftartros är en av de vanligaste orsakerna till höftsmärta, framför allt hos äldre [3]. Viktigt att komma ihåg är dock att höftsmärta inte alltid beror på artros utan kan ha flera orsaker, och korrekt diagnos är viktig för att kunna initiera rätt behandling.

Syftet med denna artikel är att ge en struktur för utredning av höftsmärta hos vuxna för att underlätta diagnostisering. I del 2 går vi igenom de vanligaste smärttillstånden och deras behandling.

ENTITETER

Differentialdiagnostik av höftsmärta är svår, då både höftled och omkringliggande strukturer ligger djupt och därmed inte alltid är åtkomliga för palpation. Dessutom är det vanligt med refererad smärta från framför allt rygg och ibland från lilla bäckenet [4]. Höft och lumske är dessutom svåra att definiera då begreppen flyter samman. Detta skapar en diagnostisk utmaning, och noggrann systematisk utredning är därför viktig. Utredningsalgoritmen i denna artikel syftar till att identifiera de vanligaste tillstånden hos patienter med besvär i detta område.

På grund av ovannämnda svårigheter finns det många diagnostiska begrepp som tyvärr saknar stark objektiv grund. Exempelvis tros den klassiska diagnosen piriformissyndrom i dag kunna bero på en mängd olika tillstånd och benämns i engelsk litteratur med det bredare begreppet »deep gluteal syndrome» [5]. Ett annat exempel är att smärta vid trochanter major ofta kallas »trokanterit» trots att det sällan föreligger någon inflammation. I stället rekommenderar man att kalla det trokanterrelaterad smärta, eller i engelsk litteratur »greater trochanteric pain syndrome» [6].

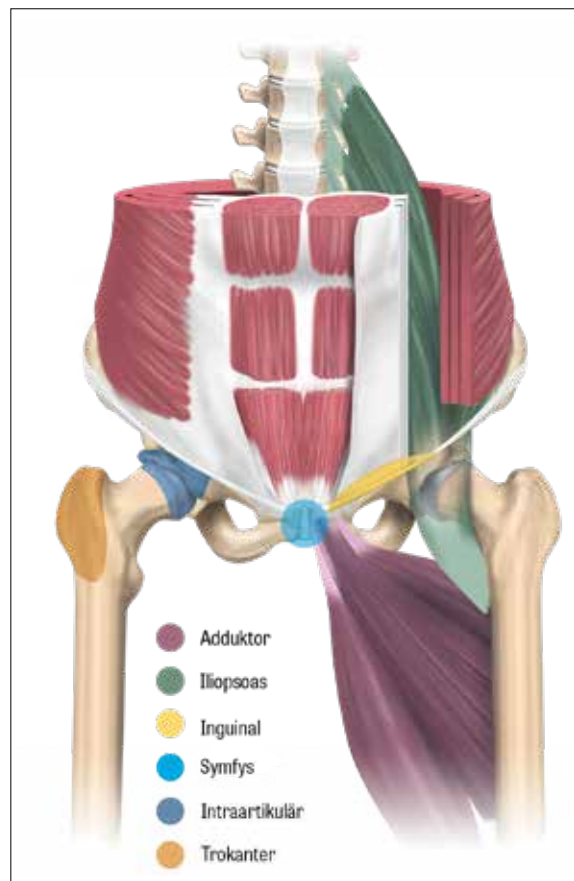
Internationellt rekommenderas därför ett nytt språkbruk där smärta kring höften i stället delas upp i olika entiteter, beroende på var i höften smärtan sitter [7]. Först bör man skilja på intra- eller extraartikulär höftsmärta. Intraartikulär höftsmärta kan bland annat vara relaterad till artros, dysplasi, artrit eller femoro-acetabulärt inklämningssyndrom. Extraartikulär höftsmärta delas i sin tur upp utifrån lokalisering: adduktor-, iliopsoas-, inguinal- och symfysrelaterad smärta samt lateral smärta över trokanterområdet och gluteal smärta. För de extraartikulära entiteterna upplever patienten smärta i berört område vid palpation eller belastning mot motstånd. Det är inte ovanligt att patienterna har problem från flera entite-

Ida Lindman, med dr, ST-läkare, Säröledens familjeläkare
• ida.lindman@gu.se

Axel Öhlin, med dr, ST-läkare

Jón Karlsson, professor, överläkare

Mikael Sansone, docent, överläkare; de tre sista nämnda ortopedkliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset; samtliga avdelningen för ortopedi, institutionen för kliniska vetenskaper, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet



Olika extraartikulära entiteter samt området för intraartikulär smärta. Detta är en utvidgad variant av en internationellt rekommenderad indelning i syfte att ge ökade möjligheter till säkrare diagnostik. Illustration: Pontus Andersson

MEDICINENS ABC

• Medicinens ABC är en artikelserie där läkare under utbildning tillsammans med handledare beskriver vanliga sjukdomstillstånd, procedurer eller behandlingar som en nybliven specialist ska kunna handlägga självständigt.

Artiklarna ska ge praktisk handledning inom ett avgränsat område.

• Kontakta Jan Östergren (jan.ostergren@lakartidningen.se) för diskussion av valt ämne och upplägg innan skrivandet börjar.

ter samtidigt. Entiteterna är ett sätt att objektivisera de kliniska fynden, då detta annars kan vara svårt [7].

STRUKTURERAD UNDERSÖKNING

Anamnes och statusundersökning är de viktigaste verktygen vid utredning av höftsmärta, både hos unga och äldre patienter. Samtliga delar av följande status kan behöva utföras, men en riktad statusundersökning kan genomföras beroende på erhållen anamnestisk information.

Höftanamnes

Sedvanlig anamnes bör upptas för information om exempelvis aktivitetsgrad, övriga sjukdomar, tidigare kirurgi, reumatisk anamnes, tidigare genomförd behandling och förväntningar för att få en uppfattning om graden av problematik.

Specifik information av värde kan vara om smärta eller stelhet är huvudproblemet. Vid intraartikulär smärta är ledsvikt den vanligaste orsaken till ledsmärta. Anamnesen är ofta typisk med smärta, kortvarig morgonstelhet eller stelhet efter inaktivitet samt funktionsnedsättning. Smärta vid sittande kan tala för ledbesvär som femoro-acetabulärt inklämningssyndrom. Intraartikulär smärta kan stråla ner mot knäet, men utstrålade smärta kan också tala för ryggrelaterad orsak. Be patienten visa var smärtan sitter. Intraartikulär smärta upplevs ofta centralt i lumsken eller diffust anterolateralt. Anamnes på höftproblem i barndomen kan tala för dysplasi eller höftledsdeformitet. Stark smärta utan röntgenfynd kan bero på avaskulär nekros i caput femoris. Har patienten själv hittat ett område där man kan komma åt smärtan palpatoriskt? Nervinklämningar runt höften, som meralgia paresthetica, är mycket ovanliga. De kännetecknas av brännande, pirrande smärtskärakter samt känselbortfall.

Inspektion

Hudkostym granskas. Med fördel undersöks patienten först i stående. Gång, tå- och hälgång och balans kan bedömas och Trendelenburgs test utföras i stående. Benlängdsskillnad uppskattas genom att med patienten stående jämföra bäckenets horisontella nivå bakifrån. I denna fas kan även ryggstatusundersökning göras.

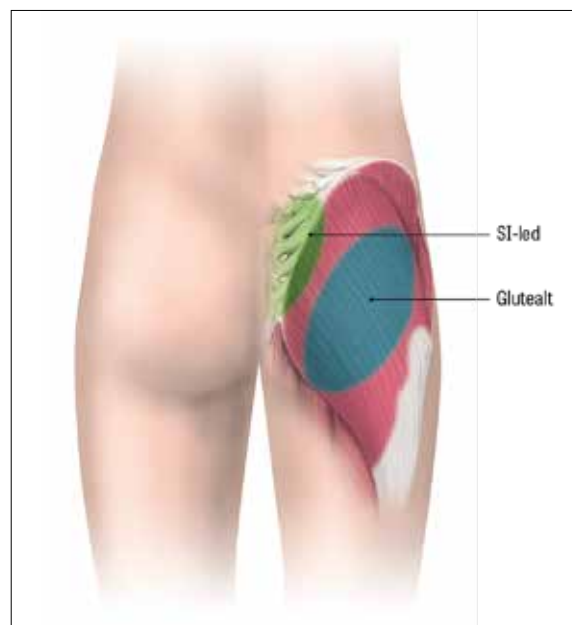
Palpation

Palpation utförs med fördel med patienten liggande på rygg. Vid muskuloskeletal palpation bör man kunna skilja på primär smärtkälla och lokaler som bara är ömma. Fråga patienten om smärtfyndet vid status överensstämmer med upplevda besvär. Generell, ospecifik ömhet talar emot specifik diagnos.

Påbörja gärna palpation där patienten inte förväntas ha besvär och avsluta med misstänkt smärtkälla.

Rörelseomfång

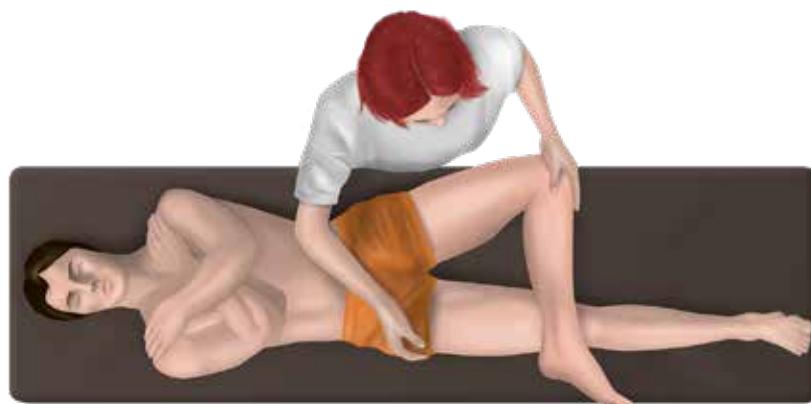
Flexion, inåt- och utåtroteration bör bedömas. Om rotation mäts med höften böjd i 90 grader är det lättare att uppskatta gradtal. Smärta och stelhet i ytterlägena av rörelseomfånget är inte specifikt för någon diagnos, men noteras då det talar starkt för intraartikulär patologi.



Extraartikulär posteriora entiteter: SI-led = sakroiliakaled.
Illustration: Pontus Andersson



FADIR-test (flexion-adduktion-inåtroteration). Patienten ligger på britten i rygläge och höften flektas och inåtroteras. Vid positivt test inducerar detta smärtan patienten söker för och talar för intraartikulär genes.



FABER-test (flexion-abduktion-utåtroteration). Med patienten i rygläge på britten abduceras höften, vilket inducerar smärta och inskränkt rörlighet. Positivt test kan tala för intraartikulär eller sakroiliakaledpatologi.

Illustrationer: Pontus Andersson

Specifika test

Främre inklämningstest, FADIR-test (flexion-adduktion-inåtrotation), ger typiskt smärta i ljumsken vid flexion och inåtrotation och talar hos unga för inklämning, men är också positivt vid artros.

Ytterligare ett test är FABER (flexion-abduktion-utåtrotation), vilket är ett screeningtest för intraartikulär smärta, men om smärtan förläggs posteriort kan det tala för sakroiliakaledpatologi.

Radiologi

Slätröntgen är standardundersökning vid oklar höftsmärta efter ovanstående utredning. Det finns inget behov av belastade röntgenbilder av höftleden. Många tillstånd som dysplasi, avaskulär nekros, tumör och femoro-acetabulärt inklämningssyndrom ses på vanlig slätröntgen. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer kan artros diagnostiseras kliniskt [8].

Magnetkamera- (MRT) och ultraljudsundersökning är inte förstahandsval och bör inte göras i primärvård. Indikationen för MRT är framför allt misstänkt tumör samt avaskulär nekros. Magnetkamera är sämre för att diagnostisera artros, dysplasi och femoro-acetabulärt inklämningssyndrom, och antalet bifynd vid MRT av höft är stort. Remittera därför till ortoped för eventuell vidare utredning med MRT.

Diagnostisk blockad

Intraartikulär injektion med lokalbedövningsmedel kan hjälpa till att differentiera mellan intra- och extraartikulär höftsmärta. Det är viktigt att instruera patienten att noggrant utvärdera testet under tiden bedövningen verkar. Injektion bör utföras av ortoped med hjälp av genomlysning eller ultraljud för ökad precision.

UTREDNINGSLÖDE

I figuren intill ses förslag till flödesschema vid utredning. Vi vill betona att det är vanligt med besvär från flera entiteter samtidigt, exempelvis intraartikulär och samtidig trokanterrelaterad smärta. Smärtbilden kan dessutom ändras mellan undersökningstillfällen. Det är därför viktigt att försöka särskilja palpations-smärta som motsvarar symtomen patienten söker för och allmän ömhet. Om flera tillstånd föreligger samtidigt kan dessa ofta behandlas samtidigt när det gäller rehabilitering eller aktivitetsmodifikation. Vid svårutredd långvarig smärta blir röntgenfynd viktiga. Som vid all diagnostik behöver anamnes korreleras med status och röntgenfynd.

Vid oklar diagnostik kan remiss till ortoped övervägas; dock rekommenderas initiering av rehabilitering oavsett diagnos då detta i princip alltid är förstahandsbehandlingen vid höftsmärta. Längst ner till höger i flödesschemat nämner vi »ospecifik ledrelaterad smärta«. Denna patientgrupp är inte ovanlig på enheter som utreder höftsmärta.

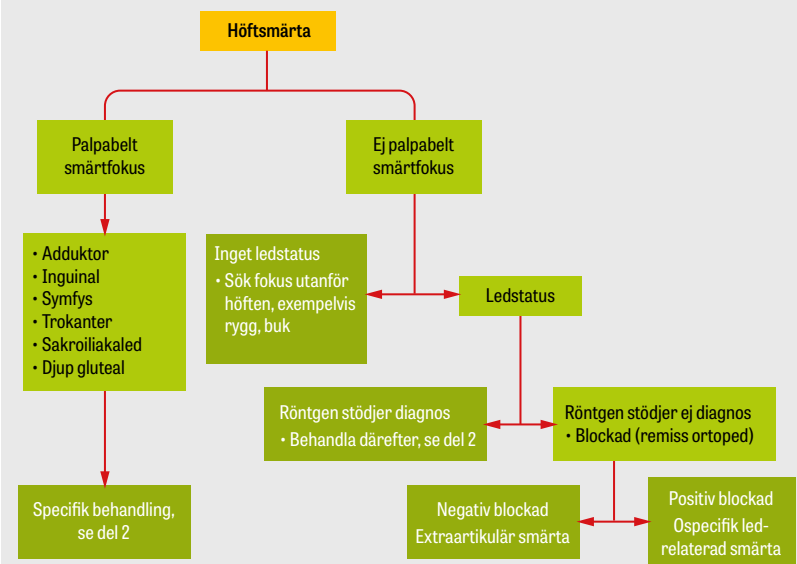
SAMMANFATTNING

Diagnostik av höftsmärta är svår, men genom att använda ett systematiskt tillvägagångssätt kan man ofta komma nära rätt diagnos. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2022;119:22001

Utredningsgång vid höftsmärta



► Förslag på flödesschema för utredning av höftsmärta hos vuxna.

KONSENSUS

De flesta är ense om att

- diagnostik av höftsmärta är svår, och strukturerad diagnostik är viktig
- man kan dela upp höftsmärta ifrån intra- och extraartikulär smärta samt i olika entiteter
- man bör undvika förlegade uttryck och i stället använda mer uppdaterat språkbruk
- remiss till ortoped alltid ska föregås av slätröntgen.

Åsikterna går isär vad gäller

- bakomliggande orsakar till vanliga smärttillstånd kring höft och bäcken
- vad de olika diagnoserna bör kallas, trots att uppdaterat språkbruk är rekommenderat.

REFERENSER

1. French HP, Deasy M, Gallagher R, et al. Prevalence of hip or groin pain in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Pain Pract.* 2020;20(7):792-811.
2. Kemp JL, Mosler AB, Hart H, et al. Improving function in people with hip-related pain: a systematic review and meta-analysis of physiotherapist-led interventions for hip-related pain. *Br J Sports Med.* 2020;54(23):1382-94.
3. Hunter DJ, Bierma-Zeinstra S. Osteoarthritis. *Lancet.* 2019;393(10182):1745-59.
4. Ahuja V, Thapa D, Patil S, et al. Chronic hip pain in adults: current knowledge and future prospective. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol.* 2020;36(4):450-7.
5. Park JW, Lee YK, Lee YJ, et al. Deep gluteal syndrome as a cause of posterior hip pain and sciatica-like pain. *Bone Joint J.* 2020;102-B(5):556-67.
6. Reid D. The management of greater trochanteric pain syndrome: a systematic literature review. *J Orthop.* 2016;13(1):15-28.
7. Weir A, Brukner P, Delahunt E, et al. Doha agreement meeting on terminology and definitions in groin pain in athletes. *Br J Sports Med.* 2015;49(12):768-74.
8. Nationellt kliniskt kunskapsstöd. Höftledsartros. 14 apr 2019. <https://nationellt-kliniskt-kunskapsstod.se/dokument/aa16a73e-26bb-4a04-b128-5cfe390ccdc2>