ABC OM

Höftsmärta hos vuxna

DEL 2: DIAGNOSER OCH BEHANDLING

Den här andra delen av »Höftsmärta hos vuxna« syftar till att mer ingående beskriva diagnoser och deras behandling.

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 sistnämda ortopedkliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset; samtliga avdelningen för ortopedi, institutionen för kliniska vetenskaper, Sahlgrenska akademin, Göteborgs universitet

INTRAARTIKULÄR HÖFTSMÄRTA

Symtombilden för besvär från själva höftleden kallas med fördel ledsvikt, då detta har en typisk anamnes. Den består av belastnings- och aktivitetsrelaterad smärta och ibland stelhet [1]. I status förekommer smärta vid rörelse i höftledens ytterläge och nedsatt rörlighet. Att endast via status bedöma bakomliggande genes till ledsvikt går ej. Därför behöver status vägas samman med anamnes och radiologiska fynd för att komma närmare diagnos. Ledsvikt kan ha många olika orsaker, vilka överskådligt gås igenom nedan.

Artros

Artros är den vanligaste kroniska ledsjukdomen och drabbar framför allt personer över 50 år, men kan debutera redan i 20-årsåldern [2]. Prevalensen varierar beroende på om det är en klinisk, röntgenverifierad eller patientrapporterad diagnos, och incidensen har visats vara ungefär 2,1/1 000 personer/år [1]. Artros kan delas in i primär och sekundär. Primär artros är den vanligaste formen och är idiopatisk, även om det finns viss evidens för att den är vanligare hos överviktiga och kvinnor [3, 4]. Sekundär artros beror på bakomliggande faktorer, till exempel septisk artrit eller tidigare trauma. Artros kännetecknas främst av nedsatt broskkvalitet och förlust av ledbrosk, men påverkar hela leden. På ett tidigt stadium kan det vara svårt att diagnostisera artros på röntgen då ledspalten kan vara bevarad trots avancerad broskskada, vilket då kan fördröja diagnos.

Andra indirekta tecken på artros, såsom ökad skleros, cystor i acetabulartaket och osteofytbildning, kan synas vid röntgenundersökning och kan hos unga patienter med ledsvikt då bekräfta diagnosen. Enligt Socialstyrelsen är höftledsartros en klinisk diagnos, och de rekommenderar radiologisk undersökning vid atypiska besvär eller vid behov av ytterligare undersökning [1]. Behandlingen bör initieras i ett tidigt skede och består av patientutbildning, fysioterapi, aktivitetsmodifiering och smärtlindring, och majoriteten av patienter kan behandlas inom primärvården. Remiss till ortoped är indicerad vid utebliven tillräcklig effekt av konservativ behandling och bör föregås av uppdaterad slätröntgen för bedömning avseende proteskirurgi [5].

Dysplasi

Höftledsdysplasi innebär en grund acetabulum och därmed en minskad kontaktyta mellan femur och



En frontal röntgenbild som visar tydlig höftartros hos ung patient (< 25 år). Detta ses på osteofytbildning lateralt på övergången mellan caput och collum, ökad subkondral skleros i acetabulartaket samt en cysta i acetabulartaket. Observera att ledspalten är bevarad.

»Att endast via status bedöma bakomliggande genes till ledsvikt går ej. Därför behöver status vägas samman med anamnes och radiologiska fynd för att komma närmare diagnos.«

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.

acetabulum, vilket i sin tur leder till en ökad belastning på brosket [3, 6]. I en nylig svensk publikation förekom dysplasi hos 5 procent av populationen [6]. Vid nyupptäckt dysplasi hos unga rekommenderas remiss till ortoped då detta är en kronisk åkomma med hög risk för tidig artrosutveckling [7]. Symtomen är ofta aktivitetsberoende ljumsksmärta och låsningar och kan debutera redan i tonåren [8]. Diagnos ställs på konventionell slätröntgen. Primär behandling är anpassad aktivitet och fysioterapi, men vid symtomatisk dysplasi kan kirurgisk behandling i form av en periacetabulär osteotomi vara indicerad. Syftet är att bevara höftleden och skjuta upp en ofta oundviklig protesförsörjning [9].

Femoro-acetabulärt inklämningssyndrom

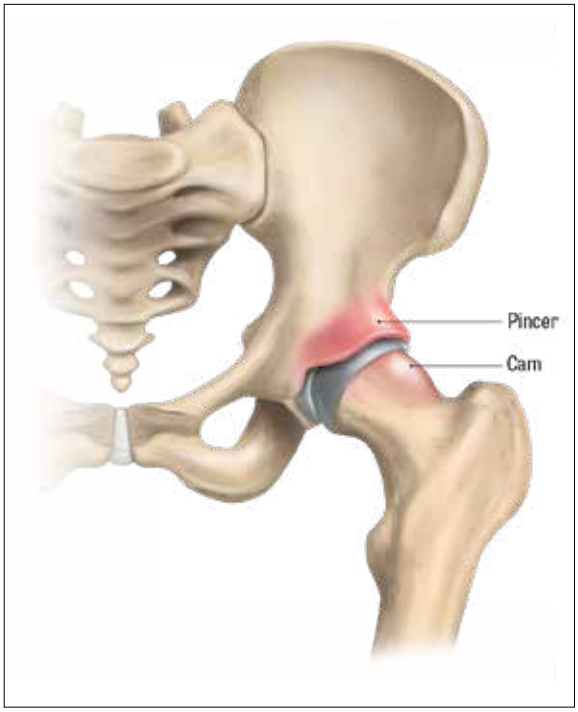
Femoro-acetabulärt inklämningssyndrom beror på en avvikande skelettmorfologi på caput (»cam«) eller på acetabulum (»pincer«). Det leder till en mekanisk konflikt vid rörelse, som både begränsar rörelseomfånget samt skadar brosk och mjukdelar i leden. Detta utvecklas i ungdomsåren under tillväxtperioden på grund av hög belastning, och symtom uppstår ofta runt 20-årsåldern, framför allt hos idrottare. Patienterna beskriver ofta en symtombild som den vid ledsvikt, men med mer uttalad flexionssmärta. En del patienter beskriver att de får ont av att sitta med höften i flekterat läge. Initial behandling består av fysioterapi, aktivitetsmodifikation samt att undvika provocerande rörelser. Vid otillräcklig effekt av minst 6 månaders fysioterapi kan man överväga operativ åtgärd med höftartroskopi, där syftet är att återställa anatomin i höftleden genom att avlägsna de morfologiska förändringarna [10]. Studier har påvisat goda resultat för höftartroskopi, både avseende patientnöjdhet och minskad smärta [11, 12].

Labrumskador

Labrumskada, i form av en sprickbildning mellan labrum och höftledsbrosk, är en teoretisk orsak till höftsmärta, men evidensen för detta är låg. Konsensus i Sverige är att labrumskada är kopplad till underliggande patologi såsom artros, dysplasi eller femoro-acetabulärt inklämningssyndrom och sällan ska behandlas primärt, medan det globalt är vanligare som operationsindikation [12]. Labrumskada är svårvärderad med magnetkameraundersökning (MRT) och anses snarare vara ett bifynd.

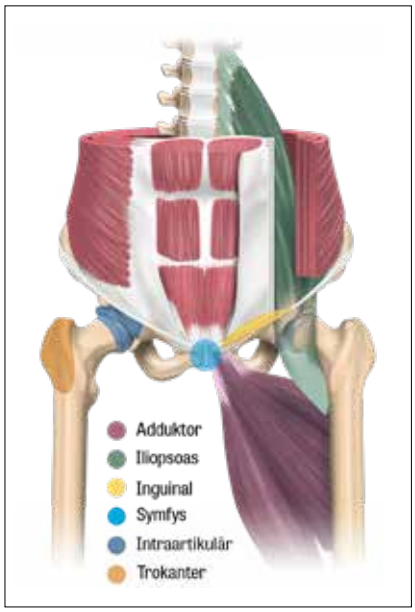
Artrit

Artrit betyder ledinflammation och är ett samlingsnamn på sjukdomar med varierande genes. Symtomen kan vara akuta till successivt ökande under flera månader. Artrit kan engagera endast höftleden, men involverar ofta flera leder, så kallad oligo- eller polyartrit. Klassiska kliniska tecken på inflammation såsom svullnad, rodnad och värmeökning är svårbedömda i höftleden, varför artrit i höften är svårvärderad. Vid kombination av feber och höftsmärta bör man alltid överväga septisk artrit, och vid sådan misstanke inom primärvården bör man akut remittera till ortopedklinik då det krävs ultraljudsledd ledpunktion för att ställa diagnos [13]. Utöver de mer akut debuterande formerna av artrit finns det även kroniska artriter som kan engagera höftleden; ofta föreligger då fler

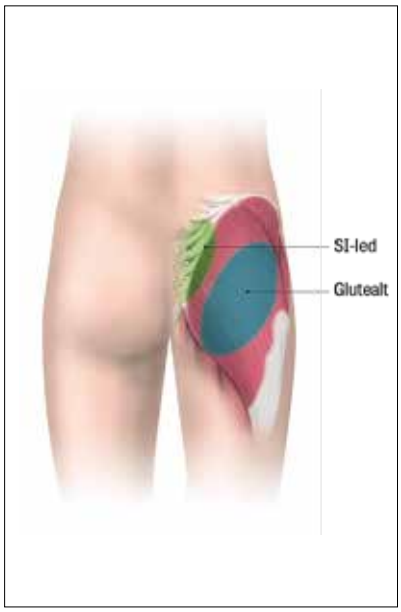


Bilden visar »cam«- och »pincer«-morfologi vilket är en relativt vanlig intraartikulär diagnos som främst ses hos unga idrottare.
Illustration: Pontus Andersson

»Den initiala behandlingen för de flesta höftsmärtor är konservativ med riktad fysioterapi.«



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.



Posteriora extraartikulära entiteter. SI-led = sakroiliakaled.
Illustrationer: Pontus Andersson

symtom utöver ledengagemang, såsom trötthet, sjukdomskänsla och hudsymtom.

Mikroinstabilitet

Hos patienter med bekräftad intraartikulär smärta finns en grupp utan radiologiska fynd. En del av dessa patienter är unga och har en ökad generell ledlaxitet med normal eller ökad rörlighet i höften, vilket skiljer dem från artrospatienter. Internationellt har mikroinstabilitet i höften misstänkts ligga bakom besvären [14]. Teorin är att en ökad mikrorörlighet i höftleden leder till smärta. Det är sällan patienten upplever en subjektiv instabilitet, utan belastningsrelaterad smärta är huvudsymtomet. Det saknas objektiva test för att bekräfta diagnosen, och röntgen och MRT är ofta normala. Behandlingen är aktivitetsmodifikation och fysioterapi, gärna hos specialintresserad fysioterapeut [15].

Avaskulär nekros

Avaskulär nekros innebär vävnadsdöd i femurhuvudet till följd av nedsatt blodförsörjning med caputnekros som följd. Orsakerna är flera: tidigare collumfraktur, immunsupprimerande behandling inklusive peroral kortisonbehandling, alkoholöverkonsumtion och reumatisk sjukdom är kända riskfaktorer. Symtomen utvecklas ofta långsamt och inbegriper belastningssmärta, begränsad gångsträcka och smärta i ljumske och säte som ibland kan vara analgetikakrävande. Tillståndet kan missas vid slätröntgenundersökning. Om patienten har svåra besvär, som inte motsvarar röntgenbilden, är det rimligt att remittera till ortoped för en eventuell MRT, som kan bekräfta tillståndet. Lindriga fall behandlas med exspektans och symtomlindring, och vid svåra besvär görs ställningstagande till proteskirurgi [16].

EXTRAARTIKULÄR HÖFTSMÄRTA

Extraartikulär höftsmärta är indelad efter entiteter, vilka beskrivs i del 1. Gemensamt är att palpation och/eller aktivering genererar och motsvarar den smärta patienten upplever. Test av aktiv adduktion bör till exempel återskapa patientens igenkännbara smärta i adduktorområdet för att bekräfta en adduktorrelaterad smärta. Smärta som vid adduktion i stället känns till exempel inguinalt talar inte för en adduktorrelaterad smärta trots att patienten upplever smärta vid adduktion. Palpabel smärta ska vara tydlig, och patienten ska kunna bekräfta att smärtan korrelerar med den hen söker för.

Adduktorsmärta

Smärta vid adduktorinfästet drabbar oftast idrottare till följd av överbelastning, men förekommer ibland även som del i en mer komplex höft- eller ljumskproblematik [17]. Behandlingen är primärt fysioterapi, och prognosen är i regel god. Vid kroniska fall med behandlingsrefraktär adduktorsmärta kan tenotomi vara indicerad och hjälper i 3 av 4 fall [18].

Iliopsoas

Smärta utgående från iliopsoas kan vara svårbedömd då muskeln i sig är svårpalpabel. Patienterna beskriver ofta smärta då de till exempel sparkar en boll, vid uppförslöpning och i en del fall smärta i ryggen samt då de stretchar höftflexorer. Vid undersökning ökar smärta vid flexion av höftled mot motstånd. Fysioterapi och aktivitetsmodifiering är den främsta behandlingen vid smärta ifrån iliopsoas, och det är i ytterst få fall aktuellt med kirurgisk åtgärd [19].

Inguinal smärta

Inguinal smärta, ibland kallad »sports hernia«, kan bero på försvagning runt inguinalkanalen eller bristning av muskel, sena eller ligament i ljumsken [17]. Smärtan ökar ofta vid test av bålmuskulatur, till exempel genom att göra en sit-up, och vid Valsalvas manöver, hostning och nysning. Behandlingen är i första hand konservativ, och patienten remitteras i första hand till en allmänkirurg vid utebliven förbättring.

Symfyssmärta

Smärta från symfysen med kringliggande vävnad beror oftast på överbelastning [17]. Behandlingen innefattar fysioterapi och anpassade aktiviteter. Läkning kan ta väldigt lång tid, 6–24 månader, vilket ofta är ett problem för idrottare.

Trokantersmärta

»Trokanterit« är ett förlegat begrepp, då klassisk inflammation oftast saknas. Begreppet trokanterrelaterad smärta bör i stället användas [20]. Den kan indelas i två subgrupper. Den vanligaste orsaken är degenerativa förändringar av senfästen vid trochanter major, vilket framför allt drabbar äldre kvinnor. Den andra gruppen är överbelastning hos idrottare, framför allt löpare. Oavsett orsak är den primära behandlingen fysioterapi och vid behov enstaka kortisoninjektioner över trokanterområdet [21]. Effektiv kirurgisk behandling saknas i nuläget.

»Snapping hip«

Knäppningar i höften är vanliga och oftast smärtfria. Man skiljer på extern »snapping hip«, där ett stramt iliotibialband löper över trochanter major, och intern »snapping hip« där iliopsoassenan löper över främre acetabularkanten [22].

Extern »snapping hip« är lätt att diagnostisera. Vid inspektion, samt om man lägger handen på trochanter major, känner man hur mjukdelarna rör sig över trokantern vid gång. Patienten kan ofta provocera fram knäppningen. Behandlingen är fysioterapi. Vid utebliven effekt kan kirurgisk förlängning av fascia lata vara indicerad, oftast med gott resultat [23].

Intern »snapping hip« är vanlig och uppkommer vid flexion/extension och utåtrotation av höften. Den är sällan symtomgivande; däremot är det vanligt att patienter med höftbesvär och samtidig intern »snapping« felaktigt tror att besvären beror på knäppningen. Fråga därför patienten specifikt om det är knäppningen som gör ont. Detta är ett ofarligt tillstånd, och då det sällan ger smärtsamma symtom är information den viktigaste behandlingen [22].

Djup gluteal smärta

Djupt glutealt smärtsyndrom är den moderna termen för bakre höftsmärta eller smärta glutealt [24]. Detta är ett paraplybegrepp, då det ofta är svårt att ställa korrekt diagnos. Kronisk tendinos i proximala hamstringsfästet är en differentialdiagnos som kan

bekräftas med palpation och MRT. Behandlingen är fysioterapi. Effektiv kirurgisk behandling saknas.

BEHANDLING

Den initiala behandlingen för de flesta typer av höftsmärta är konservativ med riktad fysioterapi. Det saknas evidensbaserade kompletta program avseende höftsmärta generellt, men rehabilitering vid höftsmärta bör bygga på grundläggande principer utifrån patientens individuella förutsättningar. Ofta kan patienter själva söka fysioterapi, och det behöver sällan föregås av remiss. Om fysioterapeut däremot önskar remiss är rätt diagnos till nytta. Fokus bör ligga på bål- och bäckenstyrka samt att uppnå god styrka i höftmuskulatur. Vid stora besvär bör aktivitetsanpassning ske, såsom att minska aktiviteter som ökar smärta; till exempel kan löpning och hopp ge stor belastning på höftleden och därför rekommenderas i stället mindre triggande aktiviteter såsom cykling och simning. Aktiviteter som kräver stora höftrörelser och utsätter höften för kraftiga påfrestningar bör minskas.

Viktigt är att ge patienten information för att skapa rätt förväntningar. Rehabiliteringen bör genomföras av fysioterapeut med intresse för höftsmärta. Vid behandlingsrefraktär höftsmärta kan remiss till ortoped vara indicerad för bedömning avseende operativ åtgärd. En sådan remiss bör alltid föregås av aktuell slätröntgen; däremot behöver inte MRT genomföras, utan ställningstagande till detta görs av ortoped. Vid en eventuell operation bör postoperativ rehabilitering påbörjas omgående med fokus på att förbättra rörlighet, styrka, uthållighet och neuromuskulär funktion kring bål, höft och nedre extremitet. I senare skede av rehabiliteringen blir även idrottsspecifik träning viktig. Intensiteten i rehabiliteringen ökas gradvis, och rehabiliteringen tar cirka 9–12 månader.

KONSENSUS

De flesta är ense om att

- höftartros behandlas primärt icke-kirurgiskt genom patientutbildning, fysioterapi, aktivitetsmodifiering och smärtlindring där majoriteten kan behandlas inom primärvården
- höftartros är en vanlig orsak till höftsmärta hos medelålders och äldre
- höftdysplasi är en underskattad orsak till höftledsrelaterad smärta hos yngre.

Åsikterna går isär vad gäller

- den patofysiologiska betydelsen av labrumskador
- optimal kirurgisk teknik för behandling av femoroacetabulärt inklämningssyndrom
- optimal behandling för olika smärttillstånd kring höft och bäcken.

SUMMARY

Hip pain

Hip pain is difficult to assess and structured diagnostics is important. To facilitate the evaluation of hip pain, we recommend dividing hip pain between intra- and extra-articular pain, where the latter further can be divided into different entities. Plain radiographics are warranted before referral to orthopaedic specialist. Furthermore, the need of a magnetic resonance imaging (MRI) should be decided by the orthopaedic surgeon.

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2022;119:22088

REFERENSER

1. Nationellt kliniskt kunskapsstöd. Höftledsartros. 14 apr 2019. https://nationelltkliniskt kunskapsstod.se/dokument/aa16a73e-26bb-4a04-b128-5cfe390ccdc2
2. Ackerman IN, Kemp JL, Crossley KM, et al. Hip and knee osteoarthritis affects younger people, too. J Orthop Sports Phys Ther. 2017;47(2):67-79.
3. Murphy NJ, Eyles JP, Hunter DJ. Hip osteoarthritis: etiopathogenesis and implications for management. Adv Ther. 2016;33(11):1921-46.
4. Ahuja V, Thapa D, Patial S, et al. Chronic hip pain in adults: current knowledge and future prospective. J Anaesthesiol Clin Pharmacol. 2020;36(4):450-7.
5. Hunter DJ, Bierma-Zeinstra S. Osteoarthritis. Lancet. 2019;393(10182):1745-59.
6. Leide R, Bohman A, Wenger D, et al. Hip dysplasia is not uncommon but frequently overlooked: a cross-sectional study based on radiographic examination of 1,870 adults. Acta Orthop. 2021;92(5):575-80.
7. Freiman SM, Schwabe MT, Fowler L, et al. Prevalence of borderline acetabular dysplasia in symptomatic and asymptomatic populations: a systematic review and meta-analysis. Orthop J Sports Med. 2022;10(2): 23259671211040455.
8. Wyles CC, Heidenreich MJ, Jeng J, et al. The John Charnley award: redefining the natural history of osteoarthritis in patients with hip dysplasia and impingement. Clin Orthop Relat Res. 2017;475(2):336-50.
9. Gala L, Clohisy JC, Beaule PE. Hip dysplasia in the young adult. J Bone Joint Surg Am. 2016;98(1):63-73.
10. Griffin DR, Dickenson EJ, O'Donnell J, et al. The Warwick agreement on femoroacetabular impingement syndrome (FAI syndrome): an international consensus statement. Br J Sports Med. 2016;50(19):1169-76.
11. Lindman I, Öhlin A, Desai N, et al. Five-year outcomes after arthroscopic surgery for femoroacetabular impingement syndrome in elite athletes. Am J Sports Med. 2020;48(6):1416-22.
12. Öhlin A, Ahldén M, Lindman I, et al. Good 5-year outcomes after arthroscopic treatment for femoroacetabular impingement syndrome. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2020;28(4):1311-6.
13. de SA D, Cargnelli S, Catapano M, et al. Efficacy of hip arthroscopy for the management of septic arthritis: a systematic review. Arthroscopy. 2015;31(7):1358-70.
14. Öhlin A, Senorski EH, Sansone M, et al. Protocol for a multicenter prospective cohort study evaluating arthroscopic and non-surgical treatment for microinstability of the hip joint. BMC Musculoskelet Disord. 2022;23(1):309.
15. Kalisvaart MM, Safran MR. Microinstability of the HIP – it does exist: etiology, diagnosis and treatment. J Hip Preserv Surg. 2015;2(2):123-35.
16. Petek D, Hannouche D, Suva D. Osteonecrosis of the femoral head: pathophysiology and current concepts of treatment. EFORT Open Rev. 2019;4(3):85-97.
17. 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.
18. Sansone M, Ahldén M, Jonasson P, et al. Can hip impingement be mistaken for tendon pain in the groin? A long-term follow-up of tenotomy for groin pain in athletes. Knee Surg Sports Traumatol. Arthrosc. 2014;22(4):786-92.
19. Lifshitz L, Bar Sela S, Gal N, et al. Iliopsoas the hidden muscle: anatomy, diagnosis, and treatment. Curr Sports Med Rep. 2020;19(6):235-43.
20. Reid D. The management of greater trochanteric pain syndrome: a systematic literature review. J Orthop. 2016;13(1):15-28.
21. Mellor R, Bennell K, Grimaldi A, et al. Education plus exercise versus corticosteroid injection use versus a wait and see approach on global outcome and pain from gluteal tendinopathy: prospective, single blinded, randomised clinical trial. Br J Sports Med. 2018;52(22):1464-72.
22. Tibor LM, Sekiya JK. Differential diagnosis of pain around the hip joint. Arthroscopy. 2008;24(12):1407-21.
23. Randelli F, Mazzoleni MG, Fioruzzi A, et al. Surgical interventions for external snapping hip syndrome. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2021;29(8):2386-93.
24. 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.