

Ewa Roos, dr med, leg sjukgymnast, avdelningen för ortopedi, institutionen för rörelseorganens sjukdomar, Universitetssjukhuset, Lund (ewa.roos@ort.lu.se)

Kliniska kriterier bästa stöd för diagnosen lätt till måttlig artros

Symtomen, inte röntgenundersökningen, styr valet av behandling

■ Det finns ingen enkel och generellt accepterad artrosdefinition. I stället tillämpas olika definitioner för olika ändamål. I kliniken ställs traditionellt diagnosen artros med hjälp av röntgenundersökning. Med tiden har det dock blivit klarlagt att förekomsten eller graden av röntgenologiska förändringar inte stämmer överens med den enskilda patientens smärta eller funktionsproblem. Denna diskrepans kan ha flera orsaker: 1) artrossjukdomen har givit symtom i ett tidigt skede, då ännu inga röntgenologiska förändringar har utvecklats, 2) patienten har röntgenundersökts med felaktig teknik, varvid artrosförändringar inte har kunnat registreras, 3) patientens besvär har annan orsak än brosk- eller benförändringar.

Från klinisk synpunkt kan man därför diskutera om röntgenologiska kriterier ensamma ska utgöra grunden för behandling. Initialt inriktas behandlingen på symtomlindring och funktionsförbättring eftersom det inte finns någon kausal behandling av artros. Avancerad artros kan behandlas med ledartroplastik, men endast en bråkdel av patienterna blir aktuella för operativa åtgärder.

I denna artikel ligger fokus på diagnostik av den stora majoriteten artrospatienter, dvs patienter med lätt eller måttlig artros, som inte är aktuella för operativa åtgärder.

Definition

American College of Rheumatology har tagit fram den vanligast förekommande definitionen av artros (Fakta 1). Denna definition innehåller både röntgenologiska och kliniska kriterier. Definitionen har kritiserats, bl a av epidemiologer, eftersom ett annat urval av befolkningen definieras som artrossjuka jämfört med om traditionella röntgenologiska kriterier används. Observera dock att man med god sensitivitet och specificitet kan diagnostisera knäartros med enbart kliniska kriterier som smärta, krepitationer, stelhet, benpålagringar och ålder (Fakta 1).

Varierande genes för knäartrossmärta

De två vanligaste typerna av smärta vid knäartros är generaliserad knäsmärta (medial och lateral smärta ovan och/eller nedom ledspringan) och medial knäsmärta (vanligast över tibia) [1]. Patienter med generaliserad knäsmärta rapporterar sämre funktion, framför allt vid knäböjning, mer morgonstelhet och mer nattlig smärta. Patienter med medial smärta har

SAMMANFATTAT

Sambandet mellan artrossymtom och röntgenologisk artros är svagt.

Muskelstyrka och psykosociala aspekter förklarar symtom och funktionsnedsättning i högre grad än vad röntgenfynd gör.

Vid lätta och måttliga artrossymtom kan diagnosen ställas med hjälp av kliniska kriterier eftersom det är symtomen och inte resultatet av en röntgenundersökning som styr valet av behandling.

Röntgenundersökning bör främst utföras om annan allvarlig orsak till symtomen misstänks eller då operativa åtgärder diskuteras.

Serie: Artros

mer ont vid gående. Smärtan karakteriseras också olika av patienter med generell respektive medial smärta.

Dessa fynd stödjer antagandet att knäartros är en heterogen sjukdom, där smärtan har olika genes hos olika individer och förmodligen också vid olika skeden hos samma individ. Skillnaderna i smärtlokalisation kan inte förklaras av röntgenfynden.

Många faktorer bakom smärtan

Både strukturella och psykosociala faktorer har föreslagits bidra till artrossmärta. De strukturella faktorerna inkluderar periostit, synovial inflammation, subkondrala mikrofrakturer, kondromalaci och ligament- och meniskskador.

Hos höftartrospatienter har synovit med åtföljande högt intrakapsulärt tryck i leden visats korrelera med såväl nattlig smärta som igångsättningssvårigheter och smärta vid gång

II Fakta 1

American College of Rheumatologys diagnoskriterier för knäartros [2]

Kliniska kriterier

- 1 Knäsmärta de flesta dagar under föregående månad
- 2 Krepitationer vid aktiv led rörelse
- 3 Morgonstelhet mindre än 30 minuter
- 4 Ålder över 38 år
- 5 Benpålagringar runt knäleden upptäckta vid undersökning

Knäartros föreligger vid förekomst av kriterierna 1, 2, 3 och 4 eller kriterierna 1, 2 och 5 eller kriterierna 1 och 5. Sensitivitet: 89 procent, specificitet: 88 procent

Kliniska, laboratorie- och röntgenologiska kriterier

- 1 Knäsmärta de flesta dagar under föregående månad
- 2 Osteofyter vid ledspringan
- 3 Ledvätska, typisk för artros
- 4 Ålder över 40 år
- 5 Morgonstelhet mindre än 30 minuter
- 6 Krepitationer vid aktiv led rörelse

Knäartros föreligger vid förekomst av kriterierna 1 och 2 eller kriterierna 1, 3, 5 och 6 eller kriterierna 1, 4, 5 och 6. Sensitivitet: 94 procent, specificitet: 88 procent



Figur 1. På frågan »Hur mår du?« ställd vid ett mottagningsbesök svarade en 40-årig höftartrospatient med lätt smärta och rörelseinskränkning: »Mina röntgenbilder är så dåliga.« Patienten visade tecken på depression, hade påbörjat omskolning och slutat med alla fritidsaktiviteter för att undvika att förvärra »förslitningen«.

[3]. Det har också föreslagits att synovit med högt intrakapsulärt tryck är en förklaring till höftartros smärta. Synovit i höftleden kan diagnostiseras med ultraljud. Patienter med knä-, menisk- eller korsbandsskada rapporterar mer smärta än matchade kontrollpersoner oavsett om de har utvecklat röntgenologisk artros eller inte [4].

Som ett alternativ till den gängse uppfattningen att artros uppkommer efter en meniskskada har meniskskada föreslagits vara ett tidigt tecken på artros [5]. Artros drabbar ju inte bara led brosket utan också övriga ledstrukturer. Detta faktum kan vara en bidragande orsak till att det är svårt att skilja mellan smärta som härrör från artros och smärta som härrör från annan leddskada. Jämförelser mellan patienter med primär artros och patienter med knäskada och artros, posttraumatisk artros, försväras också av att knäskadade patienter får artros kanske 20–30 år tidigare i livet än patienter med primär artros. Flera studier har visat att både quadricespssvaghet och psykosociala faktorer har ett avsevärt starkare samband med smärta än vad röntgenförändringar har [6, 7]. Även funktionsnedsättning förefaller förklaras till större del av andra faktorer än röntgenfynd. McAlindon [8] fann att funktionsnedsättning vid knäartros förklaras till större del av quadricespssvaghet, knäsmärta och ålder än av grad av röntgenologisk knäartros.

Svagt samband mellan smärta och röntgenfynd

Traditionellt betraktar vi smärta som ett symtom på en underliggande patoanatomisk förändring. Vid artros är detta samband svagt. Möjliga orsaker kan vara att röntgenfynden visar resultatet av en process och inte speglar själva processen, att röntgenundersökningen utförts på ett sådant vis att faktiska förändringar inte har kunnat registreras respektive att de röntgenfynd som vi tror utgör artros inte representerar hela sjukdomen eller inte är orsaken till symtomen.

Även om det bland grupper av individer finns ett samband

mellan röntgenologiska ledförändringar och ökande smärta är sambandet mellan röntgenfynd och smärta svagt för den enskilde. I populationsbaserade studier rapporteras knäsmärta av knappt hälften av individerna med röntgenologisk knäartros [9–11]. I en av dessa studier, baserad på Framinghamkohorten, hade endast 15 procent av dem som rapporterade knäsmärta röntgenfynd som överensstämde med knäartros [9]. Eftersom artrosförekomsten ökar med ökande ålder kan man förvänta sig ett starkare samband vid högre åldrar. Det var dock inte mer än 21 procent av individer mellan 51 och 74 år med knäsmärta som hade knäartros på röntgen [9].

Sambandet mellan smärta och olika röntgenfynd (minskad ledspringa och osteofyter) är oklart. Flera undersökningar antyder ett starkare samband mellan förekomst av osteofyter och smärta än mellan minskad ledspringa och smärta, medan andra inte har funnit detta samband [4, 11, 12].

I en jämförelse av röntgenfyndens lokalisering och typ fann man att osteofyter oftast var associerade med smärta, oavsett om osteofyterna var lokaliserade patellofemoralt eller tibiofemoralt. Minskad ledspringa, oavsett lokalisering, var inte associerad med smärta. Det fanns dock en tendens till att en gravare minskning av ledspringan var associerad med mer smärta [12]. Även sambandet mellan kliniska fynd, som svullnad, ömhet och krepitationer, och röntgenfynd var svagt [13, 14].

Man har diskuterat om röntgenteknikens relativa okänslighet vad gäller att upptäcka broskförändringar – möjligen beroende på bristfällig teknik (se artikel på sidan 4358) – och ett onyanserat smärtskattningsformulär skulle kunna förklara det svaga sambandet mellan röntgenfynd och smärta.

I populationsbaserade studier har smärta oftast definierats som »smärta de flesta dagar under minst en månad« [8, 9, 11, 12]. I studier av artrospatienter [1, 7] har oftast ett självadministrerat frågeformulär använts för att utvärdera smärta i oli-

ka situationer under en vecka [15]. Även om det visat sig att olika frågor har olika känslighet vad gäller att upptäcka röntgenologisk artros [16] är skillnaderna relativt sett små och förklarar troligen inte det svaga sambandet mellan de patoanatomiska fynden och symtomen.

Röntgenundersökning bara när operation planeras

Kliniska kriterier kan således användas för att ställa diagnosen artros, men det finns en diskrepans mellan den patoanatomiska diagnosen och patientens upplevda symtom. Hur ställer vi då artrosdiagnosen, och bör alla patienter röntgas?

I en engelsk studie av primärvårdspatienter med lumbalsmärta visade sig röntgenundersökning av ryggen förstärka patienternas sjukdomsupplevelse [17]. Det ansågs osannolikt att röntgenundersökningen i sig hade påverkat patienterna, och författarnas konklusion var att sådan undersökning inte ska rekommenderas i behandlingprogram inom primärvården. I stället bör patientutbildning ingå, i vilken man bör förklara röntgenundersökningens begränsade värde beträffande diagnostik, val av behandling och prognos.

Studien har nyligen beskrivits i en kort rapport i *Läkartidningen* [18], där författarna menade att man även i Sverige kan avstå från att rekommendera röntgenundersökning som rutinåtgärd vid handläggning av ryggont. Som exempel beskrev författarna patienter som sagt »innan trodde jag att det bara var muskelbesvär, men nu har jag slutat mitt arbete eftersom det visade sig på röntgen att det var förslitningar som orsakade besvären«.

Precis som vid ryggbesvär är sambandet mellan röntgenfynd och symtom svagt vid knä- och höftbesvär, och man bör även för dessa leda fråga sig när röntgenundersökning används bäst (Figur 1). När ingen operativ åtgärd planeras krävs troligen ingen röntgenundersökning för att ställa diagnos och påbörja behandling. Innan röntgenundersökning utförs måste patienten informeras om att röntgenfynden inte alltid kan förklara symtomen vid artrossjukdom och att det är symtomen som styr valet av behandling. För patienter med lätta eller måttliga symtom och där operativa åtgärder inte är aktuella kan artrosdiagnosen ställas med hjälp av kliniska kriterier. Röntgen bör användas om annan orsak till symtomen behöver uteslutas och när operation diskuteras.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Creamer P, Lethbridge-Cejku M, Hochberg MC. Where does it hurt? Pain localization in osteoarthritis of the knee. *Osteoarthr Cartil* 1998;6:318-23.
2. Flores RH, Hochberg MC. Definitions and classification of osteoarthritis. In: Brandt KD, Doherty M, Lohmander LS, editors. *Osteoarthritis*. Oxford: Oxford Medical Publications; 1998. p. 10.
3. Robertsson O, Wingstrand H, Önerfelt R. Intracapsular pressure and pain in coxarthrosis. *J Arthroplasty* 1995;10(5):632-5.
4. Roos EM, Östenberg A, Roos H, Ekdahl C, Lohmander LS. Long-term results of meniscectomy: symptoms, function and performance tests in patients with or without radiographic osteoarthritis compared to matched controls. *Osteoarthr Cartil* 2001;9:316-24.
5. Englund M, Roos EM, Roos HP, Lohmander LS. Patient-relevant outcomes fourteen years after meniscectomy: influence of type of tear and size of resection. *Rheumatology* 2001;40:631-9.
6. Hadler NM. Why does the patient with osteoarthritis hurt? In: Brandt KD, Doherty M, Lohmander LS, editors. *Osteoarthritis*. Oxford: Oxford University Press; 1998. p. 255-61.
7. O'Reilly S, Jones A, Muir KR, Doherty M. Quadriceps weakness in knee osteoarthritis: the effect on pain and disability. *Ann Rheum Dis* 1998;57:588-94.
8. McAlindon T, Cooper C, Kirwan J, Dieppe P. Determinants of disability in osteoarthritis of the knee. *Ann Rheum Dis* 1993;52:258-62.
9. Hannan MT, Felson DT, Pincus T. Analysis of the discordance between radiographic changes and knee pain in osteoarthritis of the knee. *J Rheumatol* 2000;27(6):1513-7.
10. Felson D, Naimark A, Anderson J, Kazis L, Castelli W, Meenan R. The prevalence of knee osteoarthritis in the elderly: The Framingham Osteoarthritis Study. *Arthritis Rheum* 1987;30:914-8.
11. Lethbridge-Cejku M, Scott WW, Reichle R, Ettinger WH, Zonderman A, Costa P, et al. Association of radiographic features of osteoarthritis of the knee with knee pain: Data from the Baltimore longitudinal study of aging. *Arthritis Care Res* 1995;8(3):182-9.
12. Cicuttini FM, Baker J, Hart DJ, Spector TD. Association of pain with radiological changes in different compartments and views of the knee joint. *Osteoarthr Cartil* 1996;4:143-7.
13. Hart DJ, Spector TD, Brown P, Wilson P, Doyle DV, Silman AJ. Clinical signs of early osteoarthritis: reproducibility and relation to X ray changes in 541 women in the general population. *Ann Rheum Dis* 1991;50:467-70.
14. Classens AAMC, Schouten JSAG, van den Ouweland FA, Valkenburg HA. Do clinical findings associate with radiographic osteoarthritis of the knee? *Ann Rheum Dis* 1990;49:771-4.
15. Roos E, Klässbo M, Lohmander LS. WOMAC Osteoarthritis index – reliability, validity, and responsiveness in patients with arthroscopically assessed osteoarthritis. *Scand J Rheumatol* 1999;28:210-5.
16. O'Reilly SC, Muir K, Doherty M. Screening for pain in knee osteoarthritis: which question? *Ann Rheum Dis* 1996;55:931-3.
17. Kendrick D, Fielding K, Bentley E, Kerslake R, Miller P, Pringle M. Radiography of the lumbar spine in primary care patients with low back pain: randomised controlled trial. *BMJ* 2001;322:400-5.
18. Udén A. Röntgen av ryggen kan förstärka patientens sjukdomsupplevelse. *Läkartidningen* 2001;98(26-27):3136.

SUMMARY

Clinical criteria best foundation for diagnosis of mild to moderate osteoarthritis. Symptoms, not radiological results, dictate choice of treatment

Ewa Roos

Läkartidningen 2002;99:4362-4

No generally accepted definition of osteoarthritis exists. Traditionally, the diagnosis is obtained by radiographic examination but different definitions are used for different purposes. Since no causal treatment exists, treatment is aiming at reducing symptoms and improving function. The correlation between radiographic features of osteoarthritis and symptoms is poor. Thus, it is recommended that in the early and moderate stages the diagnosis osteoarthritis be obtained through clinical examination. Radiographs should be obtained when other serious pathologies are suspected or when operative procedures are being discussed.

Correspondence: Ewa Roos, Dept of orthopedics, Universitetssjukhuset, SE-221 85 Lund, Sweden (ewa.roos@ort.lu.se)