

Kliniska riktlinjer - Höftartros

Innehåll:

Bakgrund
Undersökning
Differentialdiagnostik
Medicinsk behandling
Kirurgisk behandling
Indikation och prioritering
Dokumentinformation

Mer information finns i

State of the Art – Höftartros

Bakgrund

Höftartros förekommer i en primär form där orsaken är okänd och även sekundär till tidigare ledsjukdomar eller skador. Systempåverkan föreligger aldrig. De kliniska symtomen är smärta, rörelseinskränkning och funktionsförlust.

Undersökning

Vid **klinisk undersökning** noteras ett avvikande gångmönster. Rörelseomfånget i höftleden inskränks.

Röntgenundersökningen bör genomföras på ett standardiserat sätt. Kombinationen av asymmetrisk reduktion av ledspalten, scleros av det subchondrala benet och cystbildning är förändringar specifika för artros.

Laboratorieundersökningar är i allmänhet inte av värde.

Differentialdiagnostik

Den vanligaste och svåraste differentialdiagnosen till höftartros är lumbal spondylos med inslag av spinal stenos. Intermittent hälta på basen av kärlockklusion kan ge besvär som vid lindrig höftartros och uppfattas vara en bild i denna sjukdom.

Medicinsk behandling

Det är väsentligt att patienterna stegvis prövar olika enklare behandlingar.

Patienter med enbart igångsättningsmärta och lätt stelhet är som regel tillräckligt hjälpta av information om diagnos och sjukdomens natur.

Patienter med belastningssmärta bör informeras om vikten av avlastning. Arbetsituationen bör penetreras för att utvärdera om arbetsbyte kan bli aktuellt.

NSAID-terapi provas och om dessa tolereras kan medicineringen fortsätta länge. Är preparaten utan effekt, eller om det uppstår biverkningar, bör kirurgisk terapi övervägas.

Kirurgisk behandling

Ledbevarande operation.

Denna behandling bör alltid övervägas hos unga patienter.

Operation med totalprotes.

För de allra flesta patienter som opereras med höftplastik rekommenderas, att en cementerad protesfixation används.

Andelen reoperationer har drastiskt kunnat sänkas, vilket Nationalregistret för höftledsplastiker har dokumenterat. Behovet av kontinuerlig information och utbildning för att höja kvaliteten på landets höftplastikverksamhet motiverar en fortsatt registrering av verksamheten. Det krävs en fortsatt basal och klinisk forskning innan cementfri protesfixation bör användas i rutinsjukvården. Det rekommenderas att helt ocementerad höftproteskirurgi under ytterligare några år studeras vid speciella enheter i landet med kompetens för noggrann klinisk utvärdering av framför allt protesstabiliteten.

Indikation och prioritering

Indikationer för höftplastik är oacceptabel smärta/värk och allvarlig funktionsinskränkning hos patienter med primär och sekundär artros samt artritiskjukdom. Indikationen grundas även på röntgenbilden och en ledspringesänkning med mer än 50 procent bör krävas.

Behovet under de närmaste åren kan skattas utifrån genomsnittet av ledplastiker under åren 1990-1992. Det framtida behovet blir sålunda 12 000 primära höftplastiker och cirka 1 000 utbytesoperationer.

Patienterna delas in i tre prioriteringsgrupper, vilka redovisas i Socialstyrelsens allmänna råd 1991:11.

Grupp 1 omfattar cirka 15 procent.

- Reumatoid artrit med svår smärta och/eller snabbt progredierande leddestruktion. Ofta föreligger risk för sekundära effekter på andra sjuka leder och risk för försämring till annan funktionsklass. Röntgenförändringar motsvarande Larsen typ III och IV.

- Utbytesoperation av tidigare insatt protes med snabbt progredierande bendestruktion, frakturisk eller infektion.
- Patienter med svår och invalidiserande smärta/värk och kraftigt nedsatt rörlighet vid artros och nekroser. Förlängd väntetid medför starkt ökat hjälpbehov och försvårad rehabilitering.
- Invalidiserande smärta på grund av komplikation till höftfraktur.

Grupp 2 omfattar cirka 65 procent.

- Primär eller sekundär artros, reumatoid artrit, följdillstånd till höftfraktur och andra höftsjukdomar där patienten upplever besvären som oacceptabla och livskvaliteten som starkt försämrade med påverkan på arbetsförmåga eller förmåga till självständigt liv.

Grupp 3 omfattar cirka 20 procent.

- Samma sjukdomstillstånd som vid grupp 2, men där patienten kan fördrå smärtorna med analgetika, där funktionen är i varierande grad acceptabel och där arbetsförmåga och ADL-funktion inte är nämnvärt påverkade. En indikation kan vara progredierande deformitet med dålig långtidsprognos i knäleden. Ofta betingas operationsindikationen av patientens önskan att utföra speciella aktiviteter.

Patienter som åtgärdas med total ledplastik skall vara medvetna om att rekonstruktionen skapar en smärfri höftled med bra rörlighet, men ingen normal led. Protesleden tillåter begränsade dagliga aktiviteter, som normalt gående, sittande, trappgång, bilkörning, cykling samt motionsaktivitet som golf och simning. Kraftfull fysisk aktivitet och motion bör inte tillåtas och inte heller rekommenderas tungt fysiskt arbete med framför allt upprepade höga känningar på leden. Den stora risken med dessa ingrepp är att de insatta komponenterna lossnar eller förslits till den grad att förnyad operation krävs.

Följande krav kan formuleras innan nya proteser introduceras på marknaden i Sverige:

- Nya proteskoncept skall först utvärderas på enstaka kliniker med tillgång till speciell utvärderingsteknik, som t ex röntgenstereofotogrammetri.
- Randomiserade och prospektiva studier bör därefter genomföras på samma centra. Den nya teknologin utvärderas då mot accepterade standardmetoder med hjälp av högt specialiserad röntgenologisk teknik. Implantatets stabilitet kan då vara utvärderad inom 2 år.
- Därefter kan multicenter studier genomföras, men då krävs ett kompetent centrum som försöksledare. Uppföljningen måste genomföras i 5-10 år med noggrann upprepade röntgenkontroll.
- Först därefter kan produkten introduceras för allmänt bruk och kontrolleras förlöpande i Nationalregistret för Höftledsplastiker för att bedöma metodens säkerhet i den vardagliga ortopediska verksamheten.

Om oväntade komplikationer med nya implantat identifieras möjliggör registret att dessa kan identifieras, statistiskt säkerställas och utsorteras inom relativt kort tid.

Dokumentinformation

Titel: Höftartros
Dokumentdatum: 961126
Version: 2.0
**Personlig huvudman /
Huvudexpert:** Herberts, Peter
Professor
Ortopediska kliniken
Sahlgrenska sjukhuset
413 45 GÖTEBORG

Malchau, Henrik
Avdelningsläkare
Ortopediska kliniken
Sahlgrenska sjukhuset
413 45 GÖTEBORG

Dokumenttyp: Kliniska riktlinjer