

*Fysioterapi virker*

# Fysioterapi til behandlingen af hofteartrose



*Træning og manuel behandling kan mindske smerter og forbedre funktion hos mennesker med hofteartrose. Træningen bør være superviseret og gerne suppleres med hjemmetræning.*

# Fysioterapi til behandlingen af hofteartrose

Der er i Danmark cirka 820.000 personer med artrose og fremover forventes en større andel af befolkningen at få artrose på grund af den demografiske udvikling, og den større andel af overvægtige og fysisk inaktive personer i befolkningen (1). Artrose er den mest udbredte årsag til, at ældre har svært ved at bevæge sig og er karakteriseret ved smerter og stivhed i de/t afficerede led (2). Definitionen af artrose kan være baseret på de kliniske symptomer, radiologiske tegn på degenerative forandringer eller begge dele (3). Der er dog ofte uoverensstemmelse mellem radiologiske fund og symptomerne i form af smerteniveauet, hvor nogle patienter oplever symptomer på artrose uden at have radiologiske forandringer, mens andre har tydelige radiologiske artroseforandringer uden at have symptomer (2). 1-5 % af befolkningen lider af hofteartrose, og forekomsten stiger med alderen med lidt hyppigere forekomst blandt kvinder end mænd (3). Risikofaktorerne for at udvikle artrose er bl.a. overvægt, fysisk inaktivitet, tidligere skader i knogler/led, muskelsvaghed, kraftig og vedvarende belastning samt arvelige faktorer (1). Artrose i hoften er en kronisk lidelse, som har et progredierende forløb, der for nogle af patienterne ender med kirurgisk intervention i form af en hoftealloplastik. Ikke-kirurgiske behandlingstiltag rettes mod symptombehandling og en eventuel forhaling af sygdomsprogressionen, hvis det er muligt (4). Der er international konsensus om, at basisbehandlingen ved artrose bør bestå af træning, patientuddannelse og vægttab (ved overvægt), og at operation kun overvejes, når ikke-kirurgiske behandlingsformer er afprøvet og fundet utilstrækkelige (5). Der er dog en del udfordringer med at udbrede og implementere anbefalingerne, hvilket fører til uoverensstemmelse mellem anbefalingerne og den praksis, der udøves (5,6). Det kan føre til ineffektive behandlingsforløb, hvor patienterne ikke får den mest effektive behandling og eventuelt tilbydes operation inden relevant ikke-kirurgisk behandling er tilstrækkeligt afprøvet. De internationale anbefalinger er primært baseret på evidens fra forskning i knæartrose, derfor mangler der fokus på de specifikke effekter af ikke-kirurgisk behandling af hofteartrose.

Reduceret muskelstyrke og ledbevægelighed samt nedsat funktionsevne i form af for eksempel reduceret ganghastighed og problemer med at rejse og sætte sig på en stol



*Artrose i hofte og knæ håndteres bedst ved hjælp af patientuddannelse, træning og vægttab suppleret med farmakologisk og kirurgisk intervention ved behov. Alle patienter bør tilbydes første linje behandling (nederst i pyramiden), nogle vil have behov for anden linje behandling, og få vil have behov for tredje linje behandling (Kilde: Roos EM, Juhl CB. Osteoarthritis 2012 year in review: rehabilitation and outcomes. Osteo-arthritis Cartilage. 2012 Dec;20(12):1477-83).*

---

eller gå på trapper er almindelige følger af hofteartrose (7). Ligeledes oplever patienterne aktivitetsbegrænsninger såsom problemer med at komme omkring udendørs, foretage indkøb og gøre rent (8). Med de beskrevne symptomer og funktionsbegrænsninger er træning en oplagt behandlingsmulighed til patienter med hofteartrose.

## **EFFEKT AF FYSIOTERAPI**

### ***Effekt af træning som behandling***

Forskningen har vist, at træning kan mindske symptomerne ved hofteartrose. Derfor bør træning som behandling tilbydes patienter med symptomatisk hofteartrose, idet forskning har dokumenteret, at træning kan mindske symptomerne ved hofteartrose (4,9). Flere typer træning er fundet gavnlige ved hofteartrose. Et Cochrane review fra 2014 konkluderer, at landbaseret træning, som for eksempel styrketræning og funktionel træning, kan reducere smerteniveauet og forbedre selvrapporteret funktion for patienter med hofteartrose (9). Der kan forekomme smerte under træning. I praksis anbefales det at træne på trods af smerte under forudsætning af, at smerten er acceptabel og aftager igen efter træningen. En gængs måde at definere acceptabel smerte under træning på er, at smerteintensiteten højst må ligge på 5 på en skala fra 0-10 (10).

---

## SMERTEMONITORERING



*Smertemonitoreringsmodel efter Thomeé, 1997. Visuel analog skala til at vurdere smerter fra 0 (ingen smerter) til 10 (værst mulige smerter) med angivelse af den sikre, acceptable og højrisiko zone for smerte.*

---

Ved neuromuskulær træning forstås træning med fokus på bevægelsens kvalitet, sensorisk kontrol og funktionel stabilitet med det formål at optimere belastningsforholdene i det artroseramte led. Ved funktionel træning forstås træning af daglige funktioner som for eksempel gang, trappegang og rejse/sætte sig fra en stol. Når funktionel træning udføres med kvalificeret supervision vil der i høj grad være fokus på bevægekvalitet, derfor vurderes det, at der er et vist overlap mellem neuromuskulær og funktionel træning. Flere studier har vist, at landbaseret træning med fokus på neuromuskulær og/eller funktionel træning med 7-16 superviserede sessioner over en periode på 6-12 uger har en lille, men konsistent effekt på patientrapporteret funktion på både kort og lang sigt (11). Ligeledes ses der en lille smertelindrende effekt på kort sigt, men det kan diskuteres, om det er af en klinisk relevant effektstørrelse. Flere af disse træningsmetoder indeholder også elementer af styrketræning.

Der er også gennemført studier af progressiv styrketræning med en kontrolleret og superviseret høj belastning (ca. 70 % af maksimal belastning) (12-14). I disse studier har patienterne trænet 2-3 gange ugentligt i 6-16 uger. Studierne påviser en moderat effekt af styrketræningen på smerte og funktion efter endt behandling, men langtidseffekterne er ikke undersøgt. Med den moderate effekt på smerte (sammenlignet med en lille effekt af neuromuskulær/funktionel træning) synes styrketræning at have større smertelindrende effekt end neuromuskulær/funktionel træning, men eftersom der ikke er gennemført sammenlignende studier, er det uvist, om forskellene i effekten skyldes typen af træning eller andre forskelle (træningsdosis, hyppighed, varighed, populationen eller andet).

Vandbaseret træning udføres oftest i varmt vand (32-36°C) med det formål at lindre smerte, mindske stivhed i det muskuloskeletale system og afspænde muskulaturen (4). Et nyt Cochrane review konkluderer, at der er en lille, men klinisk relevant, korttidseffekt på smerte, funktion og livskvalitet af træning i vand for patienter med artrose i hofte eller knæ (4). Kun to ud af 13 studier har inkluderet udelukkende patienter med hofteartrose, i de resterende 11 studier er der inkluderet patienter med knæartrose enten udelukkende eller i kombination med patienter med hofteartrose.

## ARTROSEGRADER

De ovennævnte træningsmetoder ser ud til at have effekt uanset graden af artrose. Nogle af de omtalte studier er udført på patienter fra almen praksis, som formodes at have en relativ mild grad af artrose (13,15,16), mens andre studier har inkluderet patienter, der var indstillet til at få en hoftealloplastik og dermed må formodes at have hofteartrose i svær grad (12,17,18).

## TRÆNINGSDOSIS

Der er forskelle på træningsdosis i de studier, der har påvist gavnlige effekter af træning, og der kan således ikke gives en præcis anbefaling for den ideelle træningsdosis. Der er dog det fællestræk i studierne, at der er givet superviserede træningssessioner 1-3 gange ugentligt eventuelt suppleret med hjemmetræning over en periode på mere end 6 uger, i de fleste studier omkring 8-12 uger. Dette stemmer godt overens med resultaterne fra forskning vedrørende træning til patienter med knæartrose, hvor en metaanalyse viser, at 12 ugers superviserede træningssessioner fører til sammenlignelig smertestillende effekt som medicinsk smertebehandling (NSAID og paracetamol) samt at denne effekt er uafhængig af træningstype og artrosegrad (19-21).

## Manuel behandling

Ved manuel behandling menes både ledmobilisering og ledmanipulation. Der er fundet en lille, men klinisk relevant effekt af manuel behandling på smerte, men ikke funktion hos patienter med hofteartrose (11). Der blev udført 5-12 behandlingssessioner i studierne, og de studier med flest behandlingssessioner og brug af ledmanipulation fremfor

### **Antal patienter**

1-5 % af den danske befolkning lider af hofteartrose og forekomsten stiger med alderen. Man skønner, at der er 820.000 danskere med artrose.

### **Artrosens sværhedsgrad**

Hofteartrose er en kronisk, fremadskridende ledsygdom med smerter, funktionsbegrænsninger og nedsat livskvalitet til følge. Livsstilsfaktorer som overvægt og fysisk inaktivitet øger risikoen for at udvikle artrose.

ledmobilisering fandt de største effekter (11,22,23). Dette kan tyde på, at der er en vis dosis-respons effekt i forhold til behandlingsmængde samt intensitet, men dette er ikke undersøgt og er rent hypotetisk.

### **HVORFOR SKAL FYSIOTERAPEUTER TRÆNE/BEHANDLE HOFTEARTROSE?**

Fysioterapeuter er uddannede til at supervisere træningsforløb, udføre manuel behandling samt evaluere muskelstyrke, ledbevægelighed og funktionsevne. Det er væsentligt, at træningen tilrettelægges og superviseres af en fysioterapeut med specialkompetencer inden for artrose (19). Fysioterapeuter har kompetencerne til at sikre den nødvendige kvalitet og individuel tilpasning af intensitet og progression i træningen. I litteraturen indgår superviserede sessioner i alle studierne i varierende grad, minimum 1 gang ugentligt, eventuelt suppleret med hjemmetræning. Der er ikke forskning, der har vist, hvor meget supervision der er nødvendigt for at opnå effekt specifikt for patienter med hofteartrose, men ved knæartrose er det dokumenteret, at et forløb med minimum 12 superviserede træningssessioner fører til større effekter end ved færre superviserede sessioner (21).

### **SOCIOØKONOMISKE EFFEKTER**

Hvert år koster artrose mere end 2 mio. kr. i behandlingsudgifter samt mere end 2 mio. kr. på grund af tabt produktion (1). Artrose er ligeledes en hyppig årsag til sygemelding og tilkendelse af førtidspension, og patienter med artrose udgør 17 % af alle besøg hos kiropraktorer og praktiserende fysioterapeuter (1).

Ud over de samfundsmæssige omkostninger er der naturligvis omkostninger for den enkelte, både økonomisk i form af for eksempel medicinudgifter og eventuelt tabt arbejdsfortjeneste, og i særdeleshed i form af begrænsninger i livsførelsen og deraf nedsat livskvalitet. I Danmark gennemfører en del patienter med hofte- eller knæartrose et spe-

### ***Effekt af træning***

Træning har en lille men klar effekt på patientrapporteret funktionsevne for personer med hofteartrose. Flere træningstyper har effekt, men man ved endnu ikke, hvilken type træning, der er den bedste og heller ikke hvor meget træning, der skal til. Cirka 12 ugers træning ledet af en fysioterapeut eventuelt i kombination med hjemmetræning ser ud til at være tilstrækkeligt til at opnå en klinisk relevant effekt. De positive effekter er primært dokumenteret på kort sigt, men der er enkelte studier, der tyder på, at træningen har positiv effekt på funktionsevnen også på lang sigt (6-12 måneder).

cifikt uddannelses- og træningstilbud i regi af GLAid-konceptet (Godt Liv med Artrose i Danmark, se [www.glaid.dk](http://www.glaid.dk)). Her viser den seneste årsrapport, at ca. 1469 patienter med hofteartrose har opnået betydelig smertereduktion efter at have deltaget i træningsforløbet (24).

## KONKLUSION

Der er effekt af træning på funktion og eventuelt smerte for patienter med hofteartrose, uanset træningstype og artrosegrad. Det anbefales, at træningen superviseres af fysioterapeuter eventuelt suppleret med hjemmetræning for at sikre korrekt udførelse og individuel tilpasning. Ligeledes er der påvist en lille smertelindrende effekt ved manuel behandling.

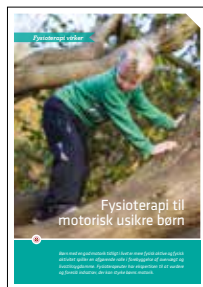
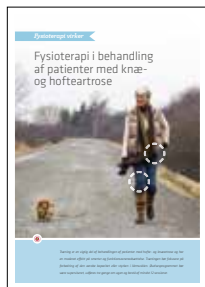
## Referenceliste

- (1) *Flachs E, Eriksen L, Koch M Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme. Sundhedsstyrelsen. 2015.*
- (2) *Cross M, Smith E, Hoy D, Nolte S, Ackerman I, Fransen M, et al. The global burden of hip and knee osteoarthritis: estimates from the global burden of disease 2010 study. Ann Rheum Dis 2014 Jul;73(7):1323-1330.*
- (4) *Bartels EM, Juhl CB, Christensen R, Hagen KB, Danneskiold-Samsoe B, Dagfinrud H, et al. Aquatic exercise for the treatment of knee and hip osteoarthritis. Cochrane Database Syst Rev 2016 Mar 23;3:CD005523.*
- (5) *Nelson AE, Allen KD, Golightly YM, Goode AP, Jordan JM. A systematic review of recommendations and guidelines for the management of osteoarthritis: The chronic osteoarthritis management initiative of the U.S. bone and joint initiative. Semin Arthritis Rheum 2014 Jun;43(6):701-712.*
- (6) *Brand CA, Ackerman IN, Bohensky MA, Bennell KL. Chronic disease management: a review of current performance across quality of care domains and opportunities for improving osteoarthritis care. Rheum Dis Clin North Am 2013 Feb;39(1):123-143.*
- (8) *Fautrel B, Hilliquin P, Rozenberg S, Allaert FA, Coste P, Leclerc A, et al. Impact of osteoarthritis: results of a nationwide survey of 10,000 patients consulting for OA. Joint Bone Spine 2005 May;72(3):235-240.*
- (11) *Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for hofteartrose. Ikke-kirurgisk behandling og genoptræning efter total hoftealloplastik 2016.*
- (24) *Skou ST, Roos EM. GLA:D® Annual Report 2015. 2016.*

**En komplet referenceliste kan ses på [fysio.dk/fagligstatus](http://fysio.dk/fagligstatus)**

## FAGLIG STATUS

Danske Fysioterapeuter har publiceret en række faglige statusser inden for blandt andet artrose, smerter, børn, skizofreni og type-2 diabetes. Dem finder du på [fysio.dk/fagligstatus](http://fysio.dk/fagligstatus)



Danske Fysioterapeuter har bedt en række eksperter udarbejde en kort opsummering af den nyeste viden inden for et specifikt område af fysioterapi. Opsummeringen kan bruges som et redskab til at synliggøre og markedsføre fysioterapi. Denne opsummering af fysioterapi til behandling af hofteartrose er udarbejdet i 2016 af fysioterapeut, ph.d. Lone Ramer Mikkelsen.