

## Hofteleddsartrose

Hofteleddsartrose er en slitasjesykdom i hofteleddet som på grunn av smerter i betydelig grad kan redusere livskvaliteten. Muligheten for å bevege seg smertefritt er vesentlig redusert og dette påvirker i sin tur mulighetene for et aktivt liv i arbeid og fritid. Tilstanden er relativt vanlig og vil affisere cirka 5 % av den norske befolkning.

Behandlingen retter seg mot tilpasning av aktivitet, fysioterapi og bruk av betennelsesdempende og smertestillende midler. Enkelte ganger kan bruk av stokk eller krykker være nyttig. Ved avanserte tilstander vil det være aktuelt med kirurgisk intervensjon i form av innsettelse av kunstig ledd, såkalt totalprotese.

### Anatomi

Hofteleddet er et kuleledd som består av en kule og en skål. Skålen kalles acetabulum og er en del av bekkenbenet. Kula kalles lårbenshodet og er lokalisert på den øverste del av lårbenet over lårhalsen. Leddet er på grunn av sin konstruksjon svært stabilt og er i tillegg stabilisert av leddkapsel som er forsterket med sterke leddbånd. Selve leddflaten er dekket av bruske som sikrer en smertefri og velsmurt bevegelse i leddet. I tillegg virker brusken som en støtdemper og gir næring til leddet. En rekke muskler rundt leddet stabiliserer leddfunksjonen ytterligere og er avgjørende for en normal gangfunksjon. Ved normal bruk overføres cirka tre ganger kroppsvekten over hofteleddet. Forandringer i leddet så som slitasje vil kunne endre leddets biomekanikk og medføre haltende gange, benlengdeforskjell og invaliditet.

Hofteartrose er sluttresultatet av en rekke tilstander som bryter ned brusken i hofteleddet. Den vanligste formen er den slitasjepreget formen som oppstår uten kjent utløsende faktor. Andre årsaker kan være revmatisk lidelse, nedbrytning av leddet på grunn av sirkulasjonsforstyrrelser (avaskulær nekrose) samt medfødte forandringer i leddet så som dysplasi (grunn hofteskål). Brudd i og rundt hofteleddet kan også medføre artrose. Alle tilstander vil over tid medføre en nedbrytning og etter hvert totalt tap av bruske. Over tid kan også det underliggende ben affiseres og det kan komme påleiringer i randsonen av leddet. Resultatet er en utvisking av leddspalten, en kronisk betennelsesreaksjon i leddet med smerter, innskrenket bevegelse og invaliditet. I siste instans kan hele leddet destrueres og benet kollapse.

### Symptomer

Hovedsymptomet ved artrose er smerter i lyskere regionen som kan stråle ned på forsiden av låret. Til å begynne med er smerten relatert til aktivitet, men over tid også til stede i hvile og etter hvert kan smertene forstyrre nattesøvn. Over tid vil hofteleddet miste bevegelse og etter hvert tilstivne i lett fleksjon (bøy) i hoften. Rotasjonsbevegelse kan også bli svært begrenset eller borte. Dette vil i sin tur medføre en benlengdeforskjell med karakteristisk haltende gange som resultat. Hverdagslige gjøremål som å kunne knytte skolisser kan bli svært vanskelig.

### Diagnose

Diagnosen baseres mye på sykehistorien i henhold til det som er beskrevet under kapitlet om symptomer. Det er viktig å skille hofteartrose fra andre tilstander som også kan gi lyskesmerter så som brokk, underlivsbesvær, ryggglidelser inklusiv ischias samt problemer med blodsirkulasjonen.

En klinisk undersøkelse vil fokusere på gangmønster, bevegelse i hofte, smerter ved manipulasjon av leddet samt benlengdeforskjeller.

Røntgenundersøkelser vil alltid bli foretatt og vil ventelig vise utvisking av leddspalten samt påleiringer rundt leddet. Røntgenbilder vil også kunne gi informasjon om medfødte forandringer i leddet samt forandringer i knokkelstrukturen. Enkelte ganger kan det være nødvendig å supplere med en MR undersøkelse for å kartlegge forandringer i knoklene så som avaskulær nekrose.

## Behandling

Behandlingen retter seg i sin helhet mot graden av symptomer. I de fleste tilfeller vil man innrette seg på en

**Konservativ behandling** som blant annet vil innebære;

- pasient informasjon, såkalt hofteskole
- fysioterapi
- vektreduksjon
- medikamentell behandling
- bruk av krykker eller stokk
- andre spesifikke medikamenter for bruskslitasje

Dersom man ikke oppnår tilfredsstillende symptomlindring med denne tilnærming, vil det være aktuelt med

**Kirurgisk behandling** som alltid vil innebære et kunstig hoftelodd – protesekirurgi. Indikasjonen for kirurgisk behandling er alltid smerter. Protosekirurgi har gode resultater med tanke på smertelindring. Inngrepet innebærer at det nedslitte lårbenshodet fjernes og erstattes av et nytt i metall. Samtidig blir skålen erstattet av en ny i plast. Dette kan reetablere riktig benlengde samt god funksjon og smertefrihet. Komponentene som erstatter den slitte hoften kan enten forankres med bensement eller de kan feste seg ved at de har et belegg som gror fast til benet. Begge metoder har gode resultater. Oppholdet på sykehus kan vare fra 3 til 7 dager. Det tar noe tid før hoften blir funksjonell og smertefri og full nytte av den nye hoften oppnår man etter 3 – 6 måneder. Rehabiliteringen innebærer bruk av krykker de første 6 – 8 uker og innebærer en del fysioterapi og trening. Fokuset for fysioterapi er å gjenvinne styrke og bevegelse og derigjennom funksjon.

Ved alle kirurgiske inngrep kan det inntreffe komplikasjoner. De vanligste komplikasjoner i tilslutning til operasjon er:

- infeksjon. En infeksjon kan være overflatisk, det vil si begrenset til hud og underhudsstrukturer, eller dyp som betyr at den strekker seg helt inn til det nye leddet. Behandlingen vil være antibiotika eller reoperasjon avhengig av alvorlighetsgrad. Infeksjoner forekommer i cirka 1 % av alle hoftoperasjoner.
- Hofteluksasjon. Et nytt hoftelodd kan gå ut av ledd ettersom det ikke er så stabilt som det opprinnelige hofteloddet. Dette er hyppigst i den tidlige fase etter operasjon før bløtdelene har tilhelet. Dette gjelder de to til tre første månedene, og det vil i denne fase være noen restriksjoner vedrørende bruk av hoften.
- Blødning. Dette er en påregnelig komplikasjon som i noen tilfeller krever en blodoverføring.
- Nerveskade. I sjeldne tilfeller oppstår nerveskader som i noen tilfeller gir nummenhet i operasjonsområdet og i andre tilfeller lammelser eller nummenhet lenger ned i benet. Disse komplikasjoner er svært sjeldne.
- I noen tilfelle er det ikke mulig å korrigere benlengden eksakt, eller operasjonen kan medføre at det tilkommer en benlengdeforskjell. Dette kan i de fleste tilfeller korrigeres med oppbygging av skotøy.

Den samlede komplikasjonsraten etter hofteprotese kirurgi er cirka 5 %.

I tillegg vil det i et lengre perspektiv være fare for at protesen kan løsne. Dette vil i mange tilfeller kreve at man utfører en reoperasjon. En reoperasjon er mer krevende enn en primæroperasjon og krever lengre rehabilitering. I tillegg er resultatene ikke like gode som ved en primæroperasjon. En vellykket hoftoperasjon vil kunne vare mellom 10 og 20 år, og de fleste hofteproteser har mer enn 85 % overlevelse etter 15 år.

## Rehabilitering

I det postoperative forløp er det viktig å holde såret tørt til stingene fjernes. Noen forholdsregler bør også taes for å unngå at hoften går av ledd. Dette innebærer blant annet:

- unngå å bøye hoften lenger enn til 90 grader
- vis aktsomhet ved stillingsendring fra sittende til stående stilling.
- forsiktighet bør også utvises inn og ut av bil.
- man bør også unngå å krysse bena.
- tunge løft bør unngå initialt.

Rehabilitering innebærer bruk av krykker de første ukene. Det er viktig å følge et strukturert treningsprogram. Full rehabilitering kan ta opp mot 6 – 9 uker. Smertelindringen etter protesekirurgi kommer raskt og er som regel varig. Oppfølging etter protesekirurgi innebærer kliniske undersøkelser samt røntgenbilder ved regelmessige intervaller.