

2.1.7 Konsekvenser av leddrelaterte plager

Kasuistikk: Stive hofter

29-årig, veltilpasset og idrettsaktiv mann i kombinert kontor- og fysisk arbeid. Ryggplager i varierende grad fra 25-års alder, ellers tidligere frisk. Siste 2 år periodevis høyre hoftesmerter og siste 6 måneder sterke smerter inne i hofta. Vondt å sitte og særlig ved bilkjøring. Føler regionen anspent og med utstråling lateralt i låret og leggen til under foten. Ikke tap av kraft eller hudfølsomhet.

Ved undersøkelse er han generelt stiv og særlig i høyre hofte som er vanskelig å undersøke pga. anspenhet. Passiv leddbevegelighet er nokså symmetrisk, 100 grader fleksjon bilateralt med h. lyskesmerte og 15 grader samlet rotasjon høyre mot 65 venstre. God kraft unntatt i h. iliopsoas (4+, testen gir noe smerter), normal nevrologisk undersøkelse for øvrig. Klarer ikke FADIR/andre labrumtester pga. smerte.

Tentative diagnoser? Andre kliniske undersøkelser? Supplerende undersøkelser? Vil du starte behandling?

Klinisk resonnering

Mindre sannsynlig systemsykdom (alder, funksjonsnivå, lite komorbiditet). Mulig lumbal radikulopati (tidligere rygg sykdom, utstrålende smerter, iliopsoaskraft, patellar refleks (L4?)). Mulig hoftelddsrelatert (smerter dypt i hoften, uttalt stivhet). Muskulær smerte (svak iliopsoas, øm medius og lett redusert funksjon).

Han er ung, har en krevende fysisk jobb og er svært fysisk aktiv. Adekvat emosjonell respons på plagene. For å kunne stille diagnose og velge adekvat behandling bør han utredes bildediagnostisk mtp. mulig nerveaffeksjon og mulig hoftelddsykdom.

Supplerende undersøkelser. Røntgenoversikt bekken (hofteldd), MR lumbalkolumna (radikulopati). UL kan vise væske i hoftelddet.

Initial tentativ diagnose

- Stivhets- og aktivitetsrelatert hoftelddsmerte med mulig synovitt, ev. hoftelddsartrose
- L4 radikulopati

- Impingementtilstand h. hofte
- Muskulære smerter (mest sannsynlig sekundære)

Behandlingsforslag 1. Behandling kan starte umiddelbart uten å vente på bildediagnostikk da han har lokale fenomen som uansett kan profitte på behandling.

1. Informasjon. Sannsynligvis ingen farlig tilstand. Diagnoser som kan ha betydning for funksjon på kort og lang sikt. Avklares mer etter utredning og behandling.
2. Smertebehandling for å gjøre aktiv behandling mulig (relativ avlastning mtp. trening og sitting, NSAID 1 uke)
3. Leddmobiliserende øvelser og tøyninger (kan starte selv, men trenger sannsynligvis hjelp av fysioterapeut)
4. Substitusjonstrening ved behov (sykkel, svømme)

Oppfølging. Etter radiologi (6 uker egenbehandling, siste 4 uker hjelp av terapeut).

- Røntgen bekken/hofter: bilateralt lett asfæriske caput og bilaterale påleiringer på caput (1-4 mm), mindre cam-lesjon h.s., uregelmessig leddspalte beskrevet som begynnende artrose.
- MR lumbal: normale forhold.

Klinisk noe bedre, bedre kraft i h. iliopsoas og medius og mindre myalgi i medius. Fortsatt nesten uendret redusert bevegelighet i høyre hofteldd som er smertefullt ved testing. Fortsatt sitteproblemer. Han ønsker å øke treningsbelastningen.

Tentativ diagnose

1. Begynnende hoftelddsartrose
2. Impingementtilstand h. hofte
3. Stivhets- og aktivitetsrelatert myalgisk hoftelddsmerte

Behandlingsforslag 2

1. Informasjon. Informere om sannsynlig tidlig hoftelddsartrose som årsak til smertene. Betydningen av leddvern mtp. valg av fysisk aktivitet. Starte en kognitiv prosess rundt dette, da han er svært fysisk aktiv i jobb og fritid.



2. Medikamentell behandling. Fortsette NSAID 1 måned og så gå over til korte, egenstyrte kurer.
3. Øvelser og trening. Stimulere til avlastning og tilpasset trening med gradvis progresjon i samarbeid med fysioterapeut ytterligere 2-3 måneder. Gradvis overgang til egenstyrt aktivitet og avslutte behandling.
4. Henvise til ortoped for informasjon om kirurgiske muligheter for å sikre at han har tilgjengelig informasjon om sin varige tilstand.

Prognose. Over år er det betydelig økt sannsynlighet for utvikling av hoftleddsartrose bilateralt. Radiologisk er det imidlertid mild artrose, og plagene hans er sannsynligvis mest forårsaket av stor belastning av ledd med redusert bevegelse, mulig synovitt i leddet siste halvår. Kognitivt bør han forberedes på fortsatte, varierende plager, men at han selv for en stor del kan påvirke dette gjennom belastningstilpasning og trening, samt riktig bruk av betennelses- og smertereduserende medikamenter.

Vedvarende, økende eller residiverende plager kan gi indikasjon for innsetting av totalprotese. Operativ behandling for inneklemming er lite relevant da han har påvist artrose.