

PASIENTINFORMASJON OM ARTROSE (SLITASJEGIKT)

DIAGNOSTISERT HOS FASTLEGE

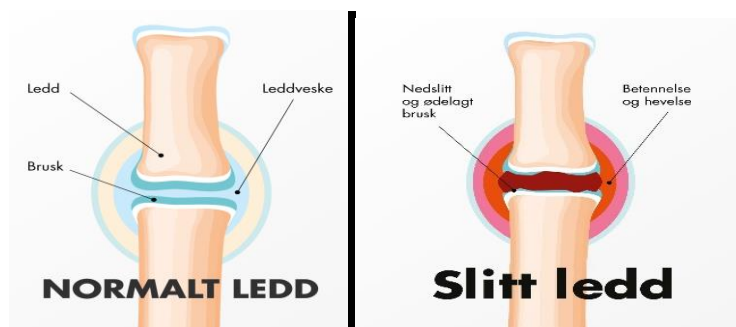
Gudleik Kalsnes Jørstad og Per Jarle Tungevåg (overleger ved Revmatologisk avdeling Moss)

Du har i dag fått påvist artrose. Vi har erfart at det ofte kan være vanskelig å ta til seg all informasjon gitt under én konsultasjon. Dette har vi sett et behov for å gjøre noe med, og har derfor ønsket å systematisere informasjonen. Alle med diagnostisert artrose får et eget informasjonsark om sykdommen. God kunnskap om sykdommen er viktig da det gir grunnlag for å mestre situasjonen bedre og ta gode valg for helsen.

Informasjonsarket er delt inn i fem punkter så det skal bli lettere å finne frem.

1. HVA ER ARTROSE OG HVEM FÅR DET
2. SYMPTOMER PÅ ARTROSE
3. DIAGNOSTISERING AV ARTROSE
4. BEHANDLINGSPRINSIPPER VED ARTROSE
 - a: grunnbehandling
 - b: supplerende behandling
 - c: kirurgi

1. HVA ER ARTROSE OG HVEM FÅR DET



Artrose kalles ofte for slitasjegikt.

Artrose er en kronisk leddsykdom der brusken i leddet gradvis blir slitt ned og kan forsvinne helt. Når brusken blir slitt vil beinvevet rundt leddet bli forandret, og det kan vokse frem påleiringer i ytterkanten av leddet. Slike forandringer kan føre til irritasjon av leddoverflaten, og derfor vil man ved artrose oftere kunne få væskeansamling i ledd.

Artrose er den vanligste leddsykdommen i den vestlige verden. Over halvparten av den norske befolkning viser tegn til sykdommen i løpet av livet. Alle ledd kan rammes, men oftest i hofter, knær, hender, føtter og rygg.

Mange har artrose i flere ledd, og det kalles polyartrose eller generalisert artrose

- Risikoen for å utvikle artrose øker med alderen.
- Kvinner er mer utsatt enn menn.
- Overvekt øker sannsynligheten for å utvikle artrose.
- Feilstillinger, tidligere skader, tungt fysisk arbeid og andre leddsykdommer gjør pasienter mer utsatt.
- Artrose har en familiær opphopning, og spesielt gjelder dette knær og hender.

Sykdommen har et svingende forløp, og mange kan ha lange stabile perioder med lite symptomer. Gradvis forverring over år er det vanligste, men hos enkelte kan symptomene bli mindre uttalt med tiden.

2. SYMPTOMER PÅ ARTROSE

Artrose fører til at leddfunksjonen svekkes. Symptomene påvirkes av alder og hvilke ledd som rammes. Stivhet og smerter er vanligste debutsymptom. Symptomene utvikler seg oftest gradvis.

Stivhet opptrer særlig om morgenen og ved oppstart av bevegelse etter å ha vært i ro. Morgenstivhet varer typisk kortere enn 30 minutter. Det kan føre til redusert leddbevegelse og funksjon, som kan gå ut over dagliglivets aktiviteter.

Smerter er det symptomet pasientene oftest klager over. Tidlig i sykdomsforløpet forverres smertene når man belaster det syke leddet, og lindres ved hvile. Mange opplever mer smerter på ettermiddag og kveld. Det er først ved uttalt artrose man opplever smerte i hvile eller om natten.

I perioder kan leddene føles ømme, hovne og varme. Slik hevelse går ofte tilbake av seg selv, og raskere ved bruk av betennelsesdempende medisin.

Noen opplever svakere muskulatur rundt leddet som er rammet. Enkelte beskriver en knirkende opplevelse i leddet ved bevegelse, og dette gjelder spesielt ved artrose i knær.

Ved artrose i hofter opplever mange smerter i lysken, og at smertene kan stråle nedover til kneet. Ved undersøkelse vil man kunne finne redusert bevegelighet i hoften.

Ved artrose i knær sitter smertene som regel rundt kneet. Det kan være vondt å gå, særlig ved gange nedover. Man kan oppleve at kneet svikter eller låser seg. Mange merker nedsatt bevegelighet i kneet. I perioder kan man få hevelse i kneet som kan gi en væskefylt utposning baktil i knehasen – dette kaller vi Bakers cyste.

Ved artrose i hender kan gripestyrken bli redusert. Det kan bli problematisk å vri kluter, skru korker eller knytte skolisser. Mange opplever at leddene blir fortykket. Hos noen kan det dannes harde knuter, og oftest i de ytterste fingerleddene – dette kaller vi Heberdenske knuter.

3. DIAGNOSTISERING AV ARTROSE

Diagnostisering av artrose baserer seg alltid på samtale og klinisk undersøkelse. Artrose er forskjellig fra pasient til pasient, og lege vil ta stilling til hvilke undersøkelser som er relevante for deg.

1. Legeundersøkelse: Legen kartlegger symptomer og foretar funksjonsundersøkelse.

2. Vanlig røntgen er førstevalg: Ofte starter man med vanlig røntgenundersøkelse.

Undersøkelsen vil kunne vurdere grad av artrose, samt utelukke andre sykdommer som kan gi stivhet og smerter i ledd. Man kan ha artrose selv om det er lite funn på røntgen. Det er heller ikke alltid samsvar mellom røntgenfunn og symptomer. Man kan ha lite røntgenfunn og mye plager/symptomer, og visa versa.

3. Ultralyd kan vurderes hos enkelte: Man trenger ikke utføre ultralyd for å bekrefte diagnosen. Revmatolog gjør ultralyd av ledd for å se etter tegn til artrose, men også andre revmatologiske sykdommer. Ultralyd vil kunne påvise artrose før det synes på røntgen. Ved væske i ledd kan det være behov for å tappe leddet og sette inn kortison, og dette gjøres ved revmatologisk avdeling.

4. Andre radiologiske undersøkelser: Det kan være aktuelt med CT og/eller MR.

5. Generelle blodprøver: Blodprøver er ikke nødvendig for å stille diagnosen, men tas for å utelukke andre tilstander. Altså kan blodprøver være aktuelt for å avkrefte andre revmatologiske diagnoser. Blodprøver har også betydning for valg av medikasjon.

6. Revmatologiske blodprøver hos enkelte: Lege vil vurdere behov for spesifikke revmatologiske blodprøver. Dette gjelder spesielt ved

- hevelser i ledd
- artrose i ung alder

4. BEHANDLINGSPRINSIPPER VED ARTROSE

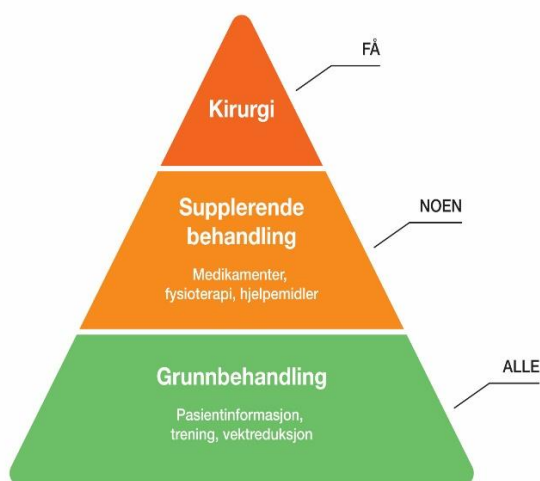
Behandlingsvalg er alltid en felles beslutning mellom deg som pasient og behandler. Det er viktig med klare behandlingsmål. Det må blant annet tas hensyn til

- alder
- kjønn
- andre sykdommer
- medikamentbruk.

De fleste pasienter med artrose vil ikke ha behov for oppfølging av revmatolog. Behov for kontroll vil vurderes individuelt. Effekt av behandling vurderes primært hos fastlege, og denne bør ha hovedansvaret for videre oppfølging.

Ved behandling snakker vi om en behandlingspyramide.

1. De fleste trenger bare grunnbehandling med pasientinformasjon, trening- og kostholdsrad.
2. Noen har behov for medisiner, fysioterapi og hjelpemidler.
3. De færreste, og kun de med uttalte symptomer og svært redusert funksjon, behøver kirurgiske inngrep.



a: GRUNNBEHANDLING

Pasientinformasjon, trening og vektreduksjon

Fysisk aktivitet er kroppsbevegelse som gir økt puls. Leddsmerter kan begrense fysisk aktivitet og kan føre til nedsatt muskelstyrke og svakere ledd.

Leddbrusken trenger vekselvis belastning og avlastning. Fysisk aktivitet bedrer både leddfunksjon og bevegelighet. Muskulaturen blir sterkere, og gir et mer stabilt ledd. Gevinsten er mindre smerte og økt livskvalitet, som igjen gjør det lettere å leve med artrose. Du får ikke mer artrose av å være aktiv!

Begynn med aktiviteter som du mestrer og liker. Etter hvert vil du erfare hvilke hensyn du må ta i ulike faser av sykdommen. Husk å starte rolig, slik at kroppen varmes opp. Etter hvert kan du øke intensiteten slik at du kjenner at du blir andpusten.

Finn en treningsarena hvor du trives og tilgjengeligheten er god. Et sentralt prinsipp er regelmessighet. Aktiviteten må være gjennomførbar, og helst to ganger per uke i løpet av året. Variasjon kan bidra til å vedlikeholde treningsgleden. Aktivitet i en gruppe kan være ekstra motiverende.

Velg aktiviteter som krever bruk av flest mulig muskelgrupper - f.eks. rask gange med og uten staver, lett jogging, sykling, bassengtrening, svømming eller skigåing. Finn det som fungerer for deg!

Overvekt gir økt belastning på ledd og øker risiko for utvikling av artrose, selv ved håndartrose. Vektreduksjon er vesentlig for å redusere plager. Ha fokus både på fysisk aktivitet og kosthold. Fastlege kan henvise både til frisklivssentralen og kostholdskurs.

b: SUPPLERENDE BEHANDLING Fysioterapi, legemidler og hjelpemidler

1. Fysioterapi for trening

Trening er fysisk aktivitet med spesifikk hensikt å bedre funksjon og er individuelt tilpasset. Du kan snakke med fastlege om ev. henvisning til fysioterapeut. Trening under veiledning er spesielt viktig ved hofteartrose og kneartrose. Mange pasienter fortsetter etter dette på egenhånd, enten alene, i gruppe eller på treningssenter.

Forskning har vist at individuelt tilpasset trening gir klar bedring av både funksjon og smerter. De fleste som får veiledning bruker ukentlig det de har lært.

Treningsoppstart kan medføre mer smerter hos noen, men dette vil reduseres med tilpasset trening. Noen vil derfor i oppstartsfasen ha behov for bruk av smertestillende legemidler.

Ta ansvar for egentrening! Den beste treningen er den som blir gjort!

2. Legemidler som kan brukes

I dag mangler vi legemidler som bremser utviklingen. Ved valg av legemidler er målet å finne medisiner som gir deg symptomlindring, og utsetter deg for minst mulig bivirkninger.

Primært er det tre hovedgrupper legemidler som benyttes

1. NSAIDs (= betennelsesdempende medisin)
2. Paracetamol (= smertestillende medisin)
3. Kortison i ledd, og i enkelte tilfelle som Prednisolonkur

Andre legemidler kan vurderes, men det blir for omfattende å nevne disse her.

1. NSAIDs (ikke-steroide antiinflammatoriske midler)

Eks. Voltaren ® 50 mg x 3

 Ibux ® 400 mg x 3

 Naproxen ® 250 mg x 2

 Vimovo ® 1 tbl x 2

NSAIDs er betennelsesdempende medisiner som motvirker smerter, stivhet og hevelse.

NSAIDs kan gis både som lokalbehandling (gel) eller tabletter.

Lokalbehandling er førstevalg ved kneartrose og håndartrose. Man påfører gel på smertefullt område. Gel skal ikke brukes på skadet hud. Lokalbehandling gir lite bivirkninger, men kan gi lett hudirritasjon.

Ved manglende effekt av lokalbehandling og/eller ved hofteartrose, forsøker man tabletter.

Enkelte pasientgrupper bør være forsiktig med bruk av NSAIDs, og gjelder spesielt

- eldre
- ved redusert nyrefunksjon
- tidligere magesår
- hjertesvikt
- bruk av blodfortynnende
- bruk av blodtrykksmedisiner.

Diskuter derfor alltid bruk, dosering og varighet av NSAIDs med fastlege.

Ved bruk av NSAIDs i tablettform vil fastlege følge opp dette. Målet er lavest mulig dose over kortest mulig tid.

2. Paracetamol

Paracetamol er et smerte- og febernedsettende legemiddel som kan redusere smerter og ømhet. Paracetamol har vist lite effekt ved artrose, og er mindre effektivt enn NSAIDs. Mange foretrekker likevel Paracetamol da bivirkningene er færre.

Maksimumdosen er 3-4 gram per døgn. Paracetamol kan gi leverskade ved bruk av høyere dose enn anbefalt. Langtidsbruk kan påvirke leveren. Det kan gi hodepine dersom det tas annenhver dag eller oftere over en periode på tre måneder.

Diskuter derfor alltid bruk, dosering og varighet av Paracetamol med fastlege.

3. Kortison i ledd, og i enkelte tilfelle som Prednisolonkur

Ved hevelse i ledd kan kortisoninjeksjon i leddet gi symptomlindring. Dette gjelder primært ved hevelse i håndledd, fingerledd og kneledd. Denne effekten er ikke varig, og den smertestillende effekten er kortvarig. Enkelte fastleger setter kortison lokalt i ledd, men de fleste fastleger henviser til revmatologisk avdeling i Moss for dette.

Man setter ikke kortison i ledd med mindre de må, og ikke for ofte.

Vi kan ikke sette kortison i samme ledd oftere enn hver tredje måned, eller ved planlagt kirurgisk inngrep i aktuelle ledd i nær fremtid.

Man kan forsøke en kortvarig tablettkur med Prednisolon før man vurderer kortisoninjeksjon i ledd. Dette vil lege avgjøre i hvert enkelt tilfelle.

3. Hjelpemidler og henvisning til ergoterapeut

Ved smerter og besvær med daglige funksjoner kan man ha nytte av hjelpemidler. Dette vil bidra til å tilrettelegge aktivitet for å oppnå mestring i hverdagslivet.

Ulike hjelpemidler som kan forsøkes er:

- ortose (støtteskinne) til aktuelle ledd
- små hjelpemidler
 - hjelp ved matlaging, renhold, hagearbeid, fritidsinteresser og arbeid
 - hjelp til å skru av/på ulike korker, åpne syltetøyglass etc.
- avlastende bandasje
- støtabsorberende innlegg
- bruk av stokk eller krykke
- toalettforhøyer, strømpepåtaker, rullator e.l.

Noen pasienter med artrose, og særlig de med håndartrose, vil kunne ha nytte av å få henvisning til ergoterapeut. Ved håndartrose vil en ergoterapeut gi råd om håndtreningsøvelser for å bedre funksjon, muskelstyrke og smerte.

Målet med ergoterapi er at enhver skal kunne opprettholde et mest mulig aktivt liv på egne premisser. Tiltakene tar sikte på å fremme aktivitet og deltagelse i hjem, skole, arbeid og fritid. Dette kan bidra til mestring og selvstendighet hjemme og i arbeid.

Ergoterapeuter arbeider opp mot den enkelte person, tilpasning av ulike aktiviteter og tilrettelegging av miljøet knyttet til bruken av energibesparende arbeidsmetoder.

c: KIRURGI

Kirurgi hos noen få

De pasientene som primært vil vurderes for operasjon er:

- pasienter med svært redusert funksjon.

- pasienter med betydelige smerter, og spesielt ved hvilesmerter eller smerter om natten.
- pasienter som har fått påvist uttalt artrose på radiologiske undersøkelser.
- der ikke-kirurgisk behandling er forsøkt, og pasienten selv ønsker operasjon.

Ved kirurgi vil ortoped vurdere ulike inngrep, men i de fleste tilfeller ender man med proteseoperasjon av hofter og/eller knær. En proteseoperasjon er et omfattende inngrep som ikke passer seg for alle. Etter en proteseoperasjon vil det kreves opptrening i lang tid med bistand fra fysioterapeut. Hvis proteseoperasjon er aktuelt for deg, vil ortoped informere om hvilken protese som egner seg best.