

Laterale hoftesmerter

Den mest vanlige årsaken til smerter ved trochanter major er lateral gluteal tendinopati. Historisk sett har disse smertene ofte blitt tilskrevet en inflammasjon eller trofiske forandringer i bursa trochanterica, men forskningen de senere årene peker på tendinopati i gluteus medius og minimus som den hyppigste årsaken til disse smertene. Klinisk er det vanskelig å skille mellom de ulike vevene som kan være årsak til smertene, så derfor benyttes heller laterale hoftesmerter, greater trochanteric pain syndrome GTPS, som diagnose.



AV LARS MARTIN FISCHER
OSTEOPAT

Presentasjon og forekomst

Pasientene kan oppleve uttalte smerter både ved hvile og aktivitet. De kommer gjerne på et tidspunkt der de har hatt plagene i 3 måneder eller lengre og det vanligste er et at pasienten angir området over trochanter major som det smertefulle området. Smerten kan også spre seg nedover utsiden av låret lateralt (og helt ned i leggen) eller opp i setet. Smertene provoseres ofte av å ligge på siden (både på symptomatisk side og kontralaterale side), og dette forstyrrer ofte søvn. Gå i trapper både opp og ned og sitte i dype

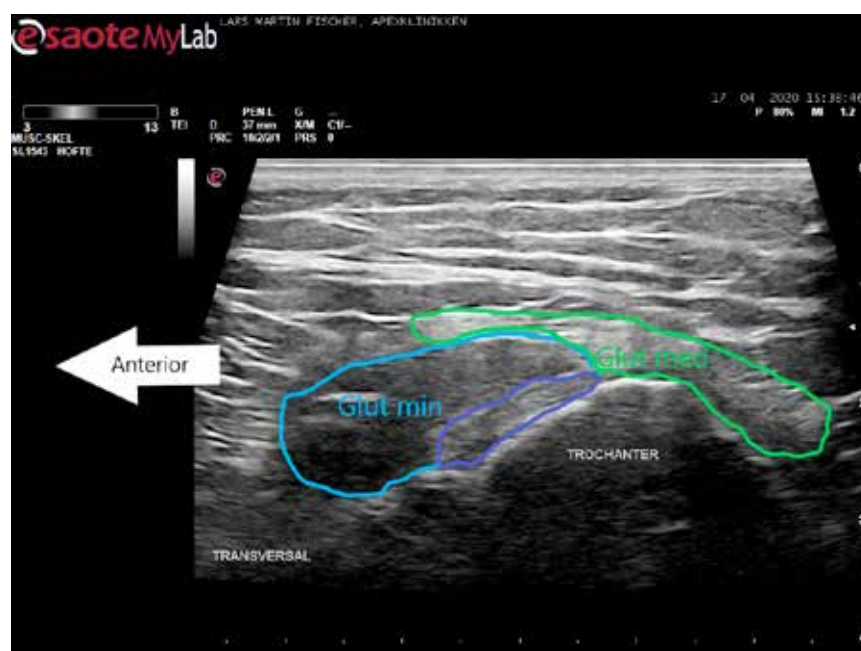
stoler nevnes også ofte som symptomprovoserende. Pasienten kan ofte ha en tendens til å overdrive adduksjon i hoften. Det kan være et smalt løpesteg, en tendens til å henge på hoften når man står oppreist eller sitte med kryssede ben. Smertene oppleves ofte som verre ved fysisk aktivitet, så GTPS kan lett føre til redusert fysisk aktivitet, noe vi vet ikke er hensiktsmessig på lang sikt for tendinopatier. Smerten kan gjerne være utløst av et traume eller en enkeltstående hendelse, men vær også oppmerksom på historikk med økende belastning over kort tid. Et typisk scenario vil være en kvinne over 50 år som har opplevd vekttoppgang. Grunnet dette har hun økt treningsmengdene over de siste månedene for å gå ned i vekt, og en for rask økning av belastning ut over

senenes kapasitet, fører til overbelastningen.

Så mange som hver fjerde kvinne i postmenopause vil få denne plagen, mens for menn mellom 50 og 79 år er det kun hver tiende som rammes. Det er også vist en sammenheng mellom høy BMI og økt midjemål, men her er funnene noe sprikende. Selv om tendinopati primært sees som en overbelastningsskade, spekuleres det i om hormonelle faktorer (som redusert østrogen) kan være en faktor som øker risiko for laterale hoftesmerter. Disse plagene er også hyppige (20-35 %) hos pasienter med ryggsmarter, så det kan være viktig å utelukke radikulopati og refererte smerter fra lenderygg for denne gruppen. En hypotese er at langvarige ryggsmarter fører til endret bevegelsesmønster og belastningsstrategier som slår uheldig ut for senefestene på trochanter. 20 % av pasienter med hoftedeaddartrose vil få partiell ruptur i medius eller minimus senene. Artrose er også en viktig differensialdiagnose vi må utelukke (se tabell, fra Speers og Bhogal). Vi skal også være oppmerksomme på at dette kan ramme yngre, særlig løpere med mye belastning i kupert terreng eller trapp, men også hos de som gjør mye step aerobic trening.

Skademekanisme

Det har lenge vært en oppfatning at repetitive drag i senen eller stram muskulatur er hovedårsakene til tendinopati. Festene til gluteus medius og minimus er enteser, det vi si at tendinopati er entesopatier (inser-





Testposisjoner for pasient

tional tendinopathy). Almekinders og kolleger beskrev at mange av de mest vanlige entesopatiene opptrer i områder der senen er mer utsatt for kompresjon enn av drag og dette er i dag den ledende hypotesen som årsak til gluteal tendinopati. Denne kompresjonen kan forårsakes av økt tensjon i de mer overflatiske musklene (gluteus maksimus, tensor fascia latae, vastus lateralis) og det iliotibiale båndet. Dette kan forekomme ved overdreven adduksjon av hoften eller lateralisering av bekkenet. Strekk av senen er derimot den viktigste faktoren for å stimulere vekst og regenerering, derfor bør rehabilitering søke mot å belaste på en måte som minimerer kompresjonen. Bursa vil også bli komprimert, og det er sannsynlig at denne også bidrar til smertene ved

økt sensitivisering, men i hvor stor grad denne får trofiske forandringer eller blir betent er uklart.

Klinisk undersøkelse

For pasienter som kommer med laterale hoftesmerter må vi som nevnt være klar over noen vanlige differensialdiagnoser. Hyp-pigst sees radikulopati fra rygg og hofteleddsartrose, men ved mistanke om disse tilstandene kan ofte gluteal tendinopati opptre samtidig. En isolert tendinopati fører normalt sett ikke til redusert bevegelsesutslag passivt, så som ved enhver klinisk test, er det viktig å utføre aktive og passive utslag og isometriske tester før vi går videre med de mer spesielle testene. Merk at de spesielle testene ofte har dårlig spesifisitet, så vi kan aldri

stole på en enkelt klinisk test alene. Rutinemessig bør det gjøres en neurologisk screening av underekstremitetene for nerverotskompresjon og ortopediske provokasjonstester for hofteledd. Som alltid sammenlign med motsatt side.

Grimaldi og kolleger så i sin studie på kliniske tester ment for å teste for lateral tendinopati. De fant at ingen av testene var gode sammen, men de fant frem til 7 tester, der de anbefaler at 2 eller flere er positive (reproduksjon av symptomer). Direkte palpasjon er den testen med høyest negativ likelihood ratio (LR-) og som scoret best som enkeltstående test. Det vil si at hvis en pasient ikke får smerter ved direkte palpasjon over senefestene, er det mindre risiko for at man har gluteal tendinopati. De resterende testene hadde større andel av falske negative svar. De andre 6 testene benytter seg av strekk eller kompresjon av senefestene (eller en kombinasjon) og regnes som positive ved smerter over 2 på en NRS skala (numeric rating scale, 0-10, 0 er smertefritt, 10 verst tenkelige).

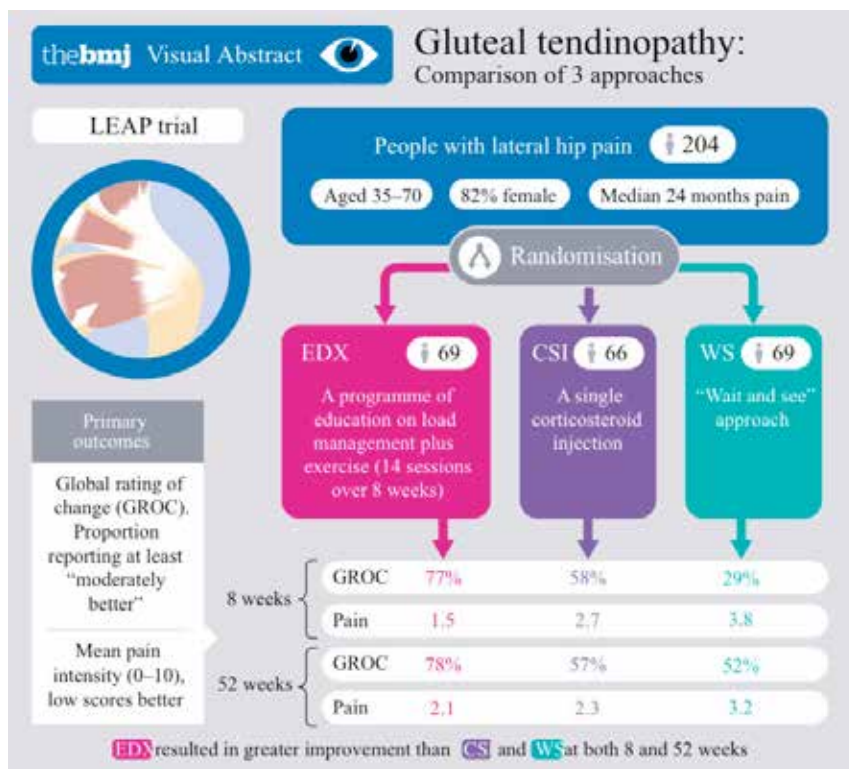
- 1- FADER test: Denne testen består i å flektre til 90°, addusere og eksternt rotere til ytterstilling i hofteleddet. Denne testen er tenkt å strekke senene samtidig mens de komprimeres under det iliotibiale båndet (se bilde).
- 2- FADER-R: Denne testen er den samme som FADER, men i tillegg skal pasienten utføre en isometrisk kontraksjon i intern rotasjon
- 3- FABER test: Mange vil kjenne igjen denne testen som en vanlig provokasjonstest for hofte- og iliosacralledd, men i denne sammenhengen er vi ute etter å provosere symptomer lateralt ved trochanter. Hofteleddet flekteres til 90°, ankelen legges ovenfor motsatt patella på motsatt ben. Bekkenet stabiliseres ved motsatt sides SIAS og kneet førstes passivt ned mot benken, dette skaper en abduksjon og ekstern rotasjon i hofteleddet (Se bilde).
- 4- ADD test: Denne testen er en passiv adduksjon i sideleie. Pasienten ligger på skrå på benken, og det kan være behov for



å posisjonere pasienten slik at det øvre benet kan henge utenfor benken. Benet mot benken flekteres til ca. 80-90°, det øvre benet støttes av behandler med ekstensjon i kneet. Terapeuten stabiliserer bekkenet og passivt adduserer benet ned mot benken og gir et overpress i ytterstilling (Se bilde).

- 5- ADD-R: Testen er lik som sistnevnte test i utførelse, men det utføres i tillegg en isometrisk kontraksjon ved at pasienten abdukerer, det vil si at hen forsøker å løfte benet opp mot taket.
- 6- SLS test: Single leg test utføres ved at pasienten står med siden mot en vegg på affisert ben og dette skal være lengst fra veggen. Benet nærmest veggen løftes ved å ha hofteleddet i nøytral og kneet flektert til 90°, støtte mot veggen med en finger. Posisjonen holdes i 30 sekunder og vurderes som positiv hvis den reproducerer pasientens smerter lateralt på trochanter.

Av bildediagnostiske undersøkelser er det det MR og ultralyd som er foretrukket modalitet. Funn vi gjør her bør kun benyttes for å støtte opp under den kliniske undersøkelsen. Chi og kollegaer rapporterte i 2015 om økende funn av tendinopatiske forandringer og bursitt ved trochanter major ved økende alder. De undersøkte 185 individer over 50 år. De fant også medfølgende muskelatrofi og mener dette kan være en økt risikofaktor for hoftefrakturer etter fall.

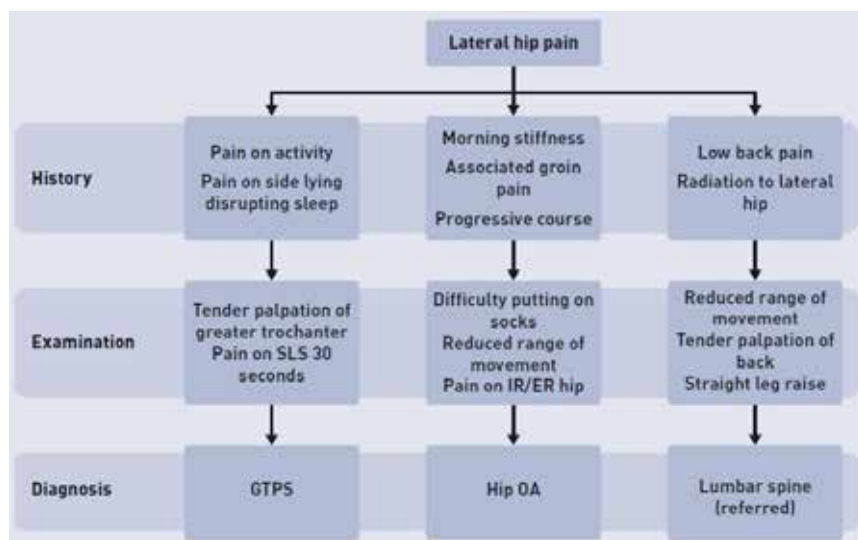


Behandling

Historisk sett har som nevnt disse plagene ofte blitt tilskrevet bursa og bruk av kortisoninjeksjon er en mye benyttet metode og mer relativt gode resultater på kort sikt i forhold til smerte. Injeksjon i bursa, som er svært senenære strukturer bør utføres med ultralydveiledning. Kortison er et syntetisk hormon som har en katabolsk effekt. Det vil si at det vil svekke bindevevet i området rundt bursa i en periode etter injeksjon og det bør tas hensyn til ved valg av tidspunkt for oppstart av fysisk aktivitet. Det som er viktig å være

klar over, er at dette er en symptomlindrende behandling, noe som ikke adresserer den vanligste årsaken til gluteal tendinopati, nemlig kompresjon. De senere årene har plate-rik plasma (PRP) dukket opp som et behandlingsalternativ. Det finnes nå en del studier som blant annet viser bedre effekt enn kortison etter 12 uker, men dette er inntil videre enkeltstående studier og ingen metaanalyser eller systematiske oversikter omhandler dette spesielt. En annen injeksjonsmetode som kan være aktuell er fenestrering av senefestene, det vil si gjennomhulling av senen med en injeksjonsnål. Nevnte prosedyrer anbefales utført under ultralydveiledning.

Det finnes også noe evidens på bruk av radiell trykkbølge (rESWT), men vi må også se dette tiltaket som supplerende behandling til opptrening. Pasienter som ikke lykkes i et konservativt forløp kan ende opp med operasjon, og da utføres som regel en tenotomi. Hvor mange som ender opp med dette av pasienter med GTPS er ikke klart, men for oss som har et spesielt fokus på funksjon, så ville jeg vært skeptisk til å kutte senen til viktige stabilisatorer i hofteleddet. Riktignok rapporterer





Bilde 1 og 3 viser posisjonering som skaper økt kompresjon over trochanter, bilde 2 og 4 viser mer hensiktsmessig posisjonering for pasienter med gluteal tendinopati

ofte disse operasjonspasientene om bedring når det gjelder smerter.

Så hva med rehabilitering og trening? De overnevnte metodene kommer som regel som supplement til belastningsstyring. Jamfør Cook og Dockings prinsipp om å øke kapasitet i skadet senevev (se bilde), bør pasienten få et individuelt tilpasset treningsopplegg dere du som terapeut kan guide de trygt frem til en mindre smertefull og sterkere hofte. Kanskje lettere sagt enn gjort? Det er vanskelig å vurdere objektivt hva vevstoleransen til tendinopatiske sener er, derfor kan det være nyttig å etablere klare retningslinjer for pasienten hvordan de skal tolke smerterespons etter belastning. Denne responsen vil være individuell og farget av pasientens forståelse. En forskergruppe fra Australia (Mellor og kollegaer) har forsøkt å belyse dette mer i detalj ved å sammenligne tre strategier for GTPS hos kvinner mellom 35 og 70 år – 1. Trening og undervisning 2. en kortisoninjeksjon og 3. vente å se. Dette er den såkalte LEAP studien, som tok mål av seg å gjøre et byks fremover i å skape evidens for rehabilitering av disse tendinopatiene. Her kom begge intervensjonene ut bedre enn «vent å se», men gruppen med trening og undervisning hadde markant best resultat etter et år målt på «Global rating of change» (se grafikk). Protokollen som ble benyttet til opptrening og

undervisningen er godt dokumentert (og dette er jo noe som ofte har vært svært mangelfullt i tidligere studier – hva har blitt gjort når de har trent og belastet?) og inneholdt 14 konsultasjoner over 8 uker. Protokollen fra 2016 artikkelen til Mellor et al tar for seg oppsettet fra aktiveringsøvelser til mer progressiv belastning. Dette kan være et godt utgangspunkt med et utvalg av øvelser og varianter i å tilpasse til ulike pasienter, men det blir for omfattende å gå gjennom dette i denne artikkelen. For å sikre et godt resultat tilpasser du selvsagt til din pasient, det holder ikke å bytte ut treningsprogrammet du laget for 5 år siden med Mellor sitt skjema.

Så er det kanskje den siste, men viktigste delen – hva er det vi kommuniserer til pasienten. For mange vil det ikke være innlysende at løsningen på et overbelastningsproblem er mer (eller da helst riktigere) belastning. Vi tror nå at det dreier seg mer om kompresjon en repetitive drag på senene som årsak til disse plagene. Pasienten trenger derfor informasjon om posisjoner og belastning de bør redusere eller unngå. Dette kan være å øke stegbredde (se bilde 1 og 2), unngå å henge på hofte når man står stille (se bilde 3 og 4) eller unngå å krysse bena i sittende. Men vi skal være bevisste vår kommunikasjon – å formidle at noe blir komprimert eller kommer i klem, kan skape dårlige assosias-

joner og aversjon mot trening. Her kan vi forhåpentligvis ta lærdom av hvordan subacromiell impingement har vært omtalt og behandlet i mange år. Pasienter henger seg opp i hvordan vi omtaler kropp og plager og bordet fanger – å bruke ord som «degenerasjon» og «kompresjon» er litt som å klemme på en tannkremtube – du får ikke tatt det tilbake. Så på slutten av konsultasjonen kan det være lurt å gjennomføre en Sullivans test – be pasienten gi deg en oppsummering av det du har fortalt om deres plager. En ting er hva vi ønsker å formidle, en annen er hva pasientene våre tar med seg hjem.

Tom Goom, en fysioterapeut i Brighton, England driver nettsiden Running Physio. Han trekker frem fem vanlige feil vi behandlere gjør når vi håndterer pasienter med GTPS; 1- For mye tøyning. Dette kan for noen være behagelig, men overdreven tøyning både i forhold til intensitet og varighet vil irritere et sensitivisert område ytterligere i og med at det øker kompresjon. 2 – For ensidig fokus på manuell behandling. Kraftig manuell behandling på gluteal muskulatur og det iliotibiale båndet kan også forverre tilstanden. Manuell behandling kan likevel gi pasienten kortvarig symptomlette og være et godt tilskudd til opptreningen. 3- Ingen undervisning eller aktivitetsmodifisering. Dessverre kan vi ikke erstatte pasientens egenaktivitet med passive teknikker 4 – Ingen behandlingsplan. Det være seg om pasienten skal klare å løpe en maraton eller gå tur med hunden – tiltakene bør sette opp mot et relevant mål for den enkelte. Og til sist 5 – Ingen progressiv rehabilitering. En måte å kvalitetssikre rehabiliteringen på er en kontinuerlig monitorering gjennom bruk av spørreskjema. Spesifikt for hoftesmerter er spørreskjemaet VISA-G, som vil gi en score fra 0-100. Denne er per nå kun på engelsk, men ligger fritt tilgjengelig ved å søke opp arbeidet til Fearon og kollegaer.

Se kilder/referanser side 36.