



FAI – forskjellen mellom å bli bedre og bli bra

Femoroacetabulært impingement (FAI) beskriver hoftesymptomer etter avklemming av bløtvevsstrukturer ved spesifikke hoftebevegelser. Operativ behandling av dette har blitt populært, men økningen har også vært kontroversiell. Nå belyser flere nye studier problematikken fra andre vinkler.



AV JØRGEN JEVNE
KIROPRAKTOR OG
FYSIOTERAPEUT

Pasienter med FAI er gjerne unge og idrettsaktive og får i mange tilfeller problemer med å vedlikeholde ønsket aktivitetsnivå grunnet hoftesmertene. Dette er også en svært utfordrende pasientgruppe som ofte er utålmodige etter å komme tilbake til idrett, som sannsynligvis gjør at mange vurderer operasjon tidligere enn andre pasienter. Tidligere var

man ikke sikker på hva denne problemstillingen representerte, men med konsensusen rundt FAI [1] og forbedringen av kirurgiske teknikker åpnet man opp for en økning i kirurgisk intervensjon på disse unge pasientene (se infografikk fra BJSM). Flere forfattere har pekt på at den drastiske økningen av disse inngrepene har vært prematur [2-4]. I Fysioterapi i Privat Praksis nr. 2 (2018) skrev jeg om den første randomiserte kontrollerte studien fra Mansell [5] som viste liten forskjell mellom pasienter som fikk trening, og de som fikk kirurgi, ved to års

oppfølging. Denne studien bar dessverre preg av en rekke metodiske utfordringer, ikke minst at majoriteten av pasienter som var randomisert til trening, endte opp med kirurgi (70%). Det var i tillegg en liten (n=80) og spesifikk studiepopulasjon (alle involverte var militært personell) som gjorde at resultatene ikke nødvendigvis var relevante for den generelle populasjonen man gjerne ser i klinisk praksis.

I kjølvannet av undersøkelsen til Mansell ble UK FASHIoN publisert. Dette er en svært omfattende studie

publisert i The Lancet [6]. Griffin og kolleger utførte et massivt stykke arbeid som innebar 27 kirurger og over 47 fysioterapeuter. Studien er den første høykvalitetsstudien som peker i retning av at hofteartroskopi er et effektivt behandlingsalternativ for pasienter med FAI [7].

Studiedetaljer

Studien var en pragmatisk, multi-senter studie, randomisert studie som involverte 23 offentlige sykehus i Storbritannia. Pasienter ble inkludert basert på forhåndsbestemte kriterier under rutineundersøkelser på hofteavdelingene på de forskjellige sykehusene. En ortopedkirurg var ansvarlig for inkluderingen av pasientene.

Mellom Juli 2012 og Juli 2016 ble totalt 648 pasienter vurdert til å

være aktuelle for studien, som skulle sammenligne supervisert trening med kirurgisk intervensjon for FAI. Av disse ble 348 randomisert til de to gruppene; 171 til hofteartroskopi og 177 til personalisert hofteaterapi (personalized hip therapy) – se flow chart.

Primære utfallsmål var iHOT33 (international hip outcome tool) ved 12 mnd. etter randomisering. Dette er et pasientrapportert spørreskjema som undersøker funksjon og smerte hos unge voksne med hoftesmarter. Spørreskjemaet består av fire domener: symptomer og funksjonelle begrensninger; idrett og fysisk aktivitet; arbeidsrelaterte problemer og sosiale/livstilingsbetingede problemer. iHOT33 er en 100 punkt skala, hvor 100 poeng indikerer ingen smerte og full funksjon.

Lavere poengsum indikerer mer smerte og dårligere funksjon. En klinisk meningsfull forskjell (minimal clinical important difference) er i denne studien vurdert til å være 6.1 poeng.

Resultater

Ved et års oppfølging var det 319 (92%) av de 348 involverte pasientene som utfylte iHOT33. Poengsummen i iHOT økte i begge gruppene fra baseline, og forskjellen ble funnet til å være 6.8 på en 100 punkt skala i favør hofteartroskopi. Dette gjør at forskerne konkluderer med at hofteartroskopi er marginalt, men statistisk signifikant og klinisk relevant, bedre enn konservativ behandling for FAI. Det var ingen forskjell mellom gruppene i sekundære utfallsmål.

Tolkning og relevanse for klinisk praksis

På tross av at denne studien viser lovende resultater for FAI operasjon, er det viktig å holde tungen rett i munnen når det gjelder tolkningen av resultatene. Ved bruken av det primære utfallsmålet iHOT-33 har forskerne bedømt at 6.1 poeng er klinisk relevant. I den endelige analysen finner man en forskjell mellom gruppene på 6.8 poeng. På tross av at dette er klinisk relevant, må man kunne stille store spørsmålstegn til hvor mye denne endringen, 6 poeng på en 100 punkts skala, faktisk betyr for pasienten. I tillegg er det verdt å kommentere at presentasjonen omkring funnene i artikkelen er meget misvisende (se bilde). Her har man valgt å presentere grafen med utfallsmål på en skala fra 0-70 og ikke fra 0-100 slik skalaen egentlig er. Dette gjør at forskjellen fremstår større enn den rent faktisk er. Samtidig er det viktig å huske at begge gruppene hadde relativt betydelig bedring gjennom studieperioden, og at forskjellen på 6.8 poeng som bør vurderes i konteksten av en total forbedring både hos de som opereres og de som ikke opereres. Videre mangler studien en viktig gruppe: nemlig en kontrollgruppe. De som ikke får behandling – eksempelvis ventelistepasienter. Igjen og igjen har forskningen vist at mange pasienter oppnår adekvat bedring

Femoroacetabular Impingement Syndrome
 Reference: The 2016 Warwick Agreement by DR Griffin et al. BJSM 2016
 Designed by @YLMsportScience

DEFINITION
 FAI syndrome is a motion-related clinical disorder of the hip with a triad of symptoms, clinical signs, and imaging findings. It represents a symptomatic premature contact between the proximal femur and the acetabulum.

DIAGNOSIS

FAI SYNDROME = SYMPTOMS + CLINICAL SIGNS + DIAGNOSTIC IMAGING

SYMPTOMS

- 1 Motion or position related hip or groin pain
- 2 Sometimes back, buttock or thigh pain
- 3 Sometimes clicking, catching, locking, stiffness, restricted range of motion or giving way

CLINICAL SIGNS

- 1 Hip impingement tests should reproduce the patients symptoms
- 2 Often there is limited range of motion

DIAGNOSTIC IMAGING

- 1 Antero-posterior radiograph of the pelvis and a lateral femoral neck view of the symptomatic hip to identify cam or pincer morphologies, and identify other causes of hip pain
- 2 Where further assessment of hip morphology and associated cartilage and labral lesions is desired, cross sectional imaging is appropriate

TREATMENTS

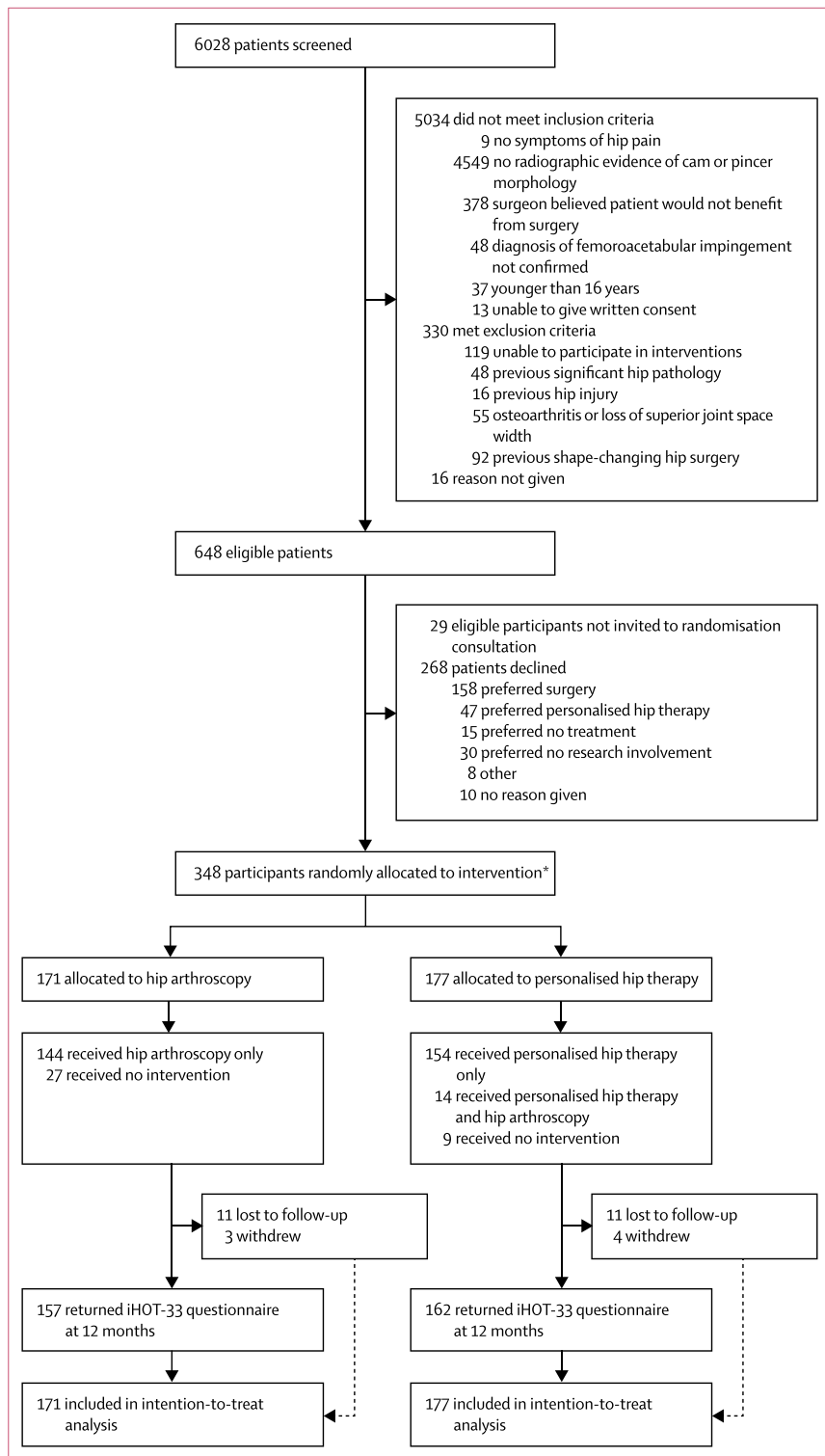
TREATMENT CHOICE SHOULD BE PERSONALIZED FOR EACH PATIENT

REHABILITATION
 To improve hip stability, neuromuscular control, strength, range of motion and movement patterns

SURGERY
 (Open or arthroscopic) to improve the hip morphology and repair damaged tissue

CONSERVATIVE CARE
 Education, watchful waiting, lifestyle and activity modification

Infografikk fra British Journal of Sports Medicine



Flowchart med fordeling av pasientene i de to gruppene

også uten noen form for behandling [8] – senest ble dette sett på skulder hvor ventelistepasienter opplevde betydelig bedring gjennom en studieperiode på 1 år [9].

I kjølvannet av artikkelen i The Lancet har ytterligere publikasjoner kastet lys over denne diagnosegruppen. Thorborg og kolleger har undersøkt spørreskjemaet HAGOS

(Hip and Groin Outcome Score) og sammenlignet dette med mHHS (modified Harris Hip Score) som tradisjonelt har blitt brukt for FAI studier [10]. I denne studien finner de at de fleste pasienter opplever relativt rask bedring av funksjon og reduksjon i smerte etter tre måneder, men en markant andel av pasienter opplever fortsatt betyde-

lige symptomer ved idrett og fysisk aktivitet etter 1 år. Dette står derfor i sterk kontrast med hvordan FAI-problemet løses i dag, hvor kirurgi fremstilles som en «rask billett tilbake til idrett» [11]. Dette belyses videre av en rykende fersk artikkel fra Danmark publisert av Lasse Ishøi [12]. Her peker forfatterne på at systematiske gjennomganger har rapportert overraskende høy rate av tilbakevendelse til idrett hos pasienter som gjennomgår hofteartroskopi for FAI [13-16]. Spørsmålet de danske forskerne stiller seg er ikke om pasientene tilbakevender til idrett, men kan vi dokumentere at pasientene faktisk kommer seg tilbake til nivået de var før operasjonen? Dette krever en annen studiedesign med strengere kriterier, og ikke overraskende forteller nå resultatene en annen historie enn hva vi først antok.

Av 189 idrettsutøvere forskerne fulgte opp (gjennomsnittlig oppfølging 33 mnd.), var det 108 (57.1%) som gjenopptok idrett på nivået de var før FAI symptomene. Av disse 108 så fordelte man disse inn i tre forskjellige grupper: (1) optimal funksjon og full deltagelse (2) redusert funksjon men full deltagelse (3) redusert funksjon og begrenset deltagelse. Kun 30% av de 108 deltagerne rapporterte full deltagelse og full funksjon, noe som korresponderer med 17% av den totale kohorten på 189 idrettsutøvere (se bilder).

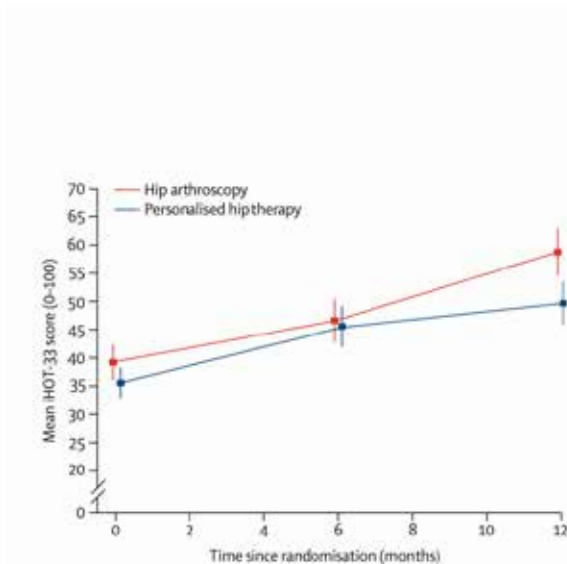
Ærlighetsbasert praksis

Det er åpenbart at vi må fortsette å tolke funnene med forsiktighet og med en akademisk klype salt. Vi bør applaudere forskningen som er med å belyse en vanskelig problematikk. Så må vi sørge for at pasientene mottar edruelig helseinformasjon basert på den informasjonen vi allerede har, og så må vi kunne være ærlige på de hullene forskningen ennå ikke har belyst. Pasientene fortjener å inkorporeres i beslutningstakingen hvor vi belyser problematikken fra flere vinkler [17], og hvor de også eksponeres for områder vi rett og slett ikke kan så mye om. Dette er ikke bare evidensbasert, det er ærlighetsbasert.

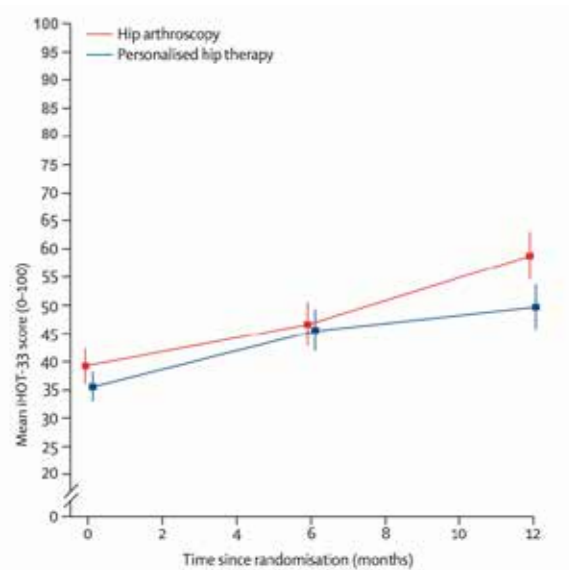
I tilfellet med FAI vil foreløpig rådgivningen se slik ut:

«Hvis vi velger å operere deg

Hvordan det er presentert



Hvordan det egentlig ser ut



Grafen som ble presentert i Lancet artikkelen gikk fra 0-70, mens den faktiske grafen går fra 0-100. Dette medfører et inntrykk av større effektforskjell enn det som er faktisk.

på nåværende tidspunkt, ser vi at det er god sannsynlighet for at du vil oppleve betydelig lindring i smertene i løpet av de første tre månedene, og etter et år vil du føle deg vesentlig bedre. Det er allikevel viktig å være klar over at symptomene vil fortsette å variere, og du vil ha gode og dårlige dager uavhengig av om vi opererer deg eller ei. Det er også viktig at du vet at du vil kunne oppnå betydelig smertelindring ved hjelp av trening, og forskjellen mellom trening og operasjon vil være ca. 7 poeng på en 100 punkts skala etter ett år. Jeg synes også det er viktig at du forstår at omkring 40% av pasienter med denne

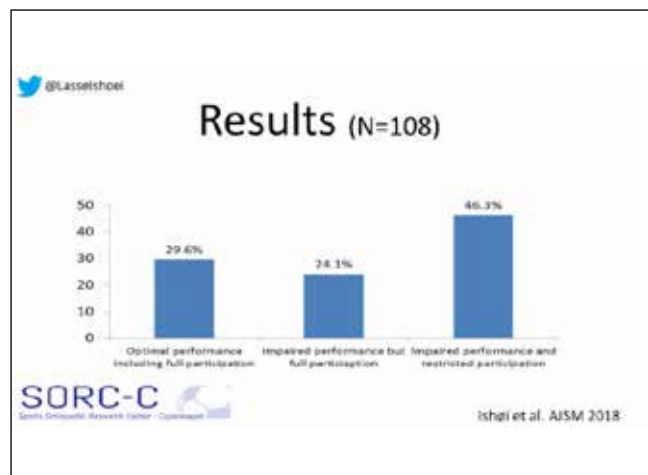
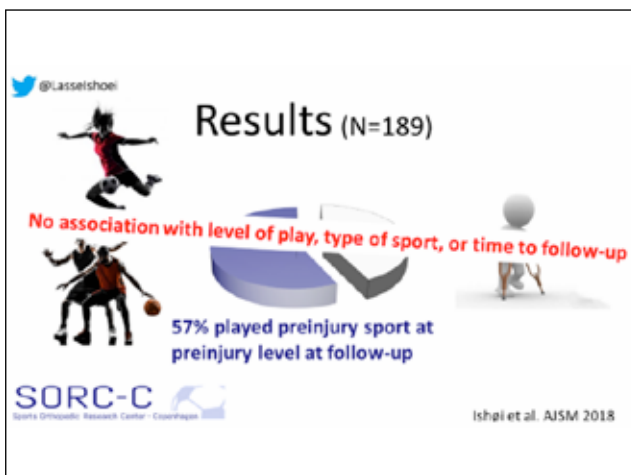
problematikken aldri returnerer til idretten sin etter operasjonen, og av de som gjør det, er det ca. 30% som opplever at hoften fungerer like bra som tidligere. Mange pasienter som kommer tilbake til sporten sin, vil fortsette å rapportere både smerter og funksjonsproblemer, selv ett år etter operasjonen, og vil etter alt å dømme aldri returnere til full funksjon. Avslutningsvis er det risiko for bivirkninger av operasjonen, omkring 5% opplever dette, og av disse er et fåtall alvorlige. Så – med denne informasjonen tilgjengelig: hva ønsker du at vi gjør?»

Historien bør kunne fungere som ydmyk rettesnor hvor vi har sett

begrepet «inneklekking» i skulderleddet få gjennomgå i akademiske studier i en årrekke. Med studiene som har belyst FAI problematikken i denne artikkelen, er det ikke utenkelig at vi vil bevege oss i samme retning med hoften. Min forsiktige tolkning er at vi vil i stadig større grad se at Hippocrates hadde rett for over to tusen år siden:

«Det er viktigere å finne ut hvilken person som har sykdommen, enn å finne ut hva slags sykdom personen har.»

Ta kontakt med redaksjonen dersom du ønsker kilder.



Bilder fra Lasse Ishoi som viser hvor mange pasienter som ikke returnerer til idrett og som fortsatt har funksjonsproblemer ett år etter operasjonen