

Hofteimpingement: operasjon eller ikke?

En relativt ny diagnose som har vekket stor interesse er femoroacetabulært impingement (FAI). Statistikken viser enorm stigning i operasjoner relatert til FAI, men inntil nå har evidensgrunnlaget for dette vært begrenset til ukontrollerte studier, case-serier og case-rapporter. Nå er den første randomiserte, kontrollerte studien klar med to år lang oppfølging.



AV JØRGEN JEVNE
KIROPRAKTOR OG
FYSIOTERAPEUT

For forskningsinteresserte klinikere har det nærmest blitt en etablert sannhet: sammenligner man trening og kirurgi, kommer man ut noen lunde likt. Dette har vi sett på knær [1-3] og skuldre [4-6]. Ikke minst har man etter hvert fått dokumentert en tydelig placeboeffekt i kirurgien gjennom randomiserte, kliniske studier [7,8]. På bakgrunn av denne kunnskapen er det nok også mange

fysioterapeuter som ikke lar seg overraske over at disse funnene reproduseres i 2018, når man sammenligner trening med kirurgi for FAI. Men det er ikke konklusjonen man lærer mest av når man leser sammendraget i PubMed, men tvert i mot metode- og resultatdelen som gir grunnlag for refleksjon og undring.

Den første i sitt slag

Studien fra Nancy Mansell og kolleger er den første i sitt slag [9]. På tross av at man har sett en enorm vekst i antall operasjoner for FAI [10] har dette i stor grad vært basert

på studier av dårlig kvalitet [11]. Mansell og kolleger randomiserte 80 pasienter med FAI til enten kirurgi eller trening. Pasientene var alle mellom 18-60, hadde klinikk og billeddiagnostikk forenlig med FAI. Kirurgigruppen ble operert av én enkelt kirurg, og det ble utført acetabulærplastikk, labrumdebridement og/eller femurplastikk, fortløpende vurdert av den involverte kirurgen. Alle pasientene fikk postoperativ fysioterapi. Pasientene som ble randomisert til konservativ behandling, fikk 12 konsultasjoner hos fysioterapeut, to ganger per uke. Pasientene fikk progressiv treningsterapi etter

protokoll som beskrevet [12]. Pasientene ble fulgt opp i to år, og man hentet inn data ved 6 måneder, 12 måneder og 2 år. Primært resultatmål var Hip Outcome Score (HOS) ved to år. Sekundære resultatmål var International Hip Outcome Tool (iHOT) og Global Rating of Change (GRC).

I studier som sammenligner konservativ behandling med kirurgi, forventer man at en andel av pasientene krysser over til kirurgigruppen – dette har man sett i knær [2], korsrygg [13] og skulder [6] – dette fenomenet kan man kalle 'overkryssing' (fra engelsk: crossover). Graden av overkryssing er derimot svært forskjellig i de ulike studiene, og man kan ikke si noe sikkert om hvor stor prosentandel av pasientene som velger en annen behandling enn den som de var randomisert til. I den aktuelle FAI studien var det enorm overkryssing. I utgangspunktet hadde man en randomisering på 40/40, men totalt ender 66 pasienter med operasjon. Det vil si at 70% av pasientene som opprinnelig randomiseres til trening, ender opp med kirurgi!

Resultater

Den store overkryssingen gjør at man må lese resultatene i konteksten av skjevfordelingen av pasi-

entene. Grunnet loss to follow-up, så ender man opp med analyse av totalt 74 pasienter etter to år. Av disse er det kun 11 som ikke er operert. Ved to år finner man ingen forskjeller i HOS eller iHOT mellom de to gruppene. Man finner statistisk signifikant forskjell i kirurgigruppen alene sammenlignet fra base-line til to års oppfølging, og denne forskjellen er også klinisk relevant. Allikevel må man anerkjenne at analysen mellom gruppene forblir svært usikker, grunnet den store overkryssingen.

Kanskje det mest urovekkende er det sekundære resultatmålet Global Rating of Change. Dette er en 15-punkt skala som går fra -7 til +7, og pasientene rapporterer hvordan de generelt opplever sin livskvalitet. -7 er betydelig mye verre og +7 er betydelig mye bedre. Man har gradert at -2 til +2 indikerer ingen endring, og at +3 eller høyere er tegn på en klinisk signifikant forbedring.

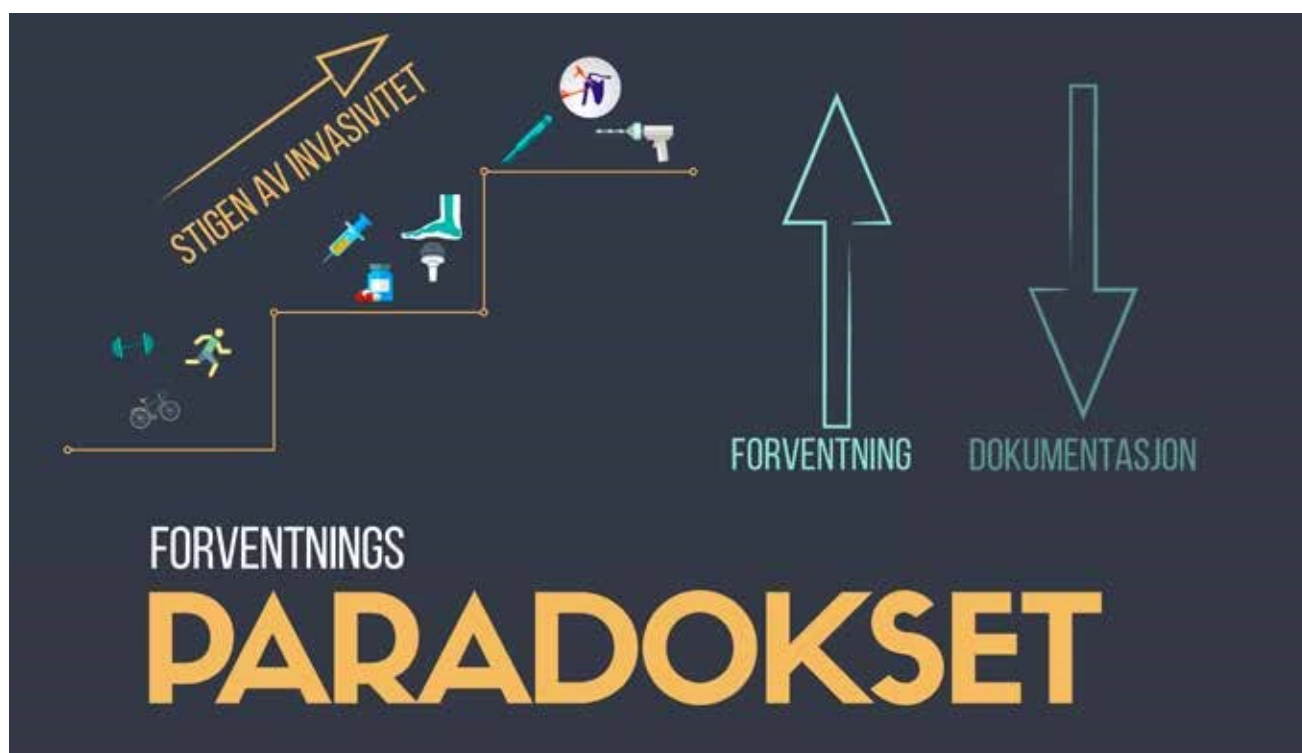
I den totale kohorten av pasienter (n=74) rapporterer 43 (58.1%) at de enten er verre eller at de har ingen forbedring ved to år. På gruppenivå rapporterer 9/12 (75%) i treningsgruppen og 34/62 (54%) i kirurgigruppen seg enten «verre»

eller «omtrent som før». En betydelig høyere andel i kirurgigruppen opplever seg markant bedre (45%) enn i treningsgruppen (25%). Igjen, disse tallene må tolkes i konteksten av gruppefordelingen.

Refleksjoner

Som nevnt innledningsvis er det ikke resultatene av studien som gjør at man sperrer opp øynene. Det er ikke her de dypere refleksjonene ligger. Vi har sett det før og man har etter hvert vendt seg til at nullhypotesen vinner: i en randomisert, kontrollert studie med to års oppfølging finner man altså ikke klinisk relevante eller statistisk signifikante forskjeller mellom pasienter som får kirurgi eller de som blir randomisert til treningsterapi.

Det er overraskende liten bedring i gruppen av pasienter over tid. Selv i kirurgigruppen oppnår man en klinisk bedring over tid, men denne er ikke særlig stor. I tillegg rapporterer 60% av den totale kohorten av pasienter at de er enten verre eller omtrent som før ved to års oppfølging. Når man sammenligner to intervensjoner, er det typisk bedring i begge gruppene [14], og selv når man sammenligner en intervensjon med ingen behandling er det

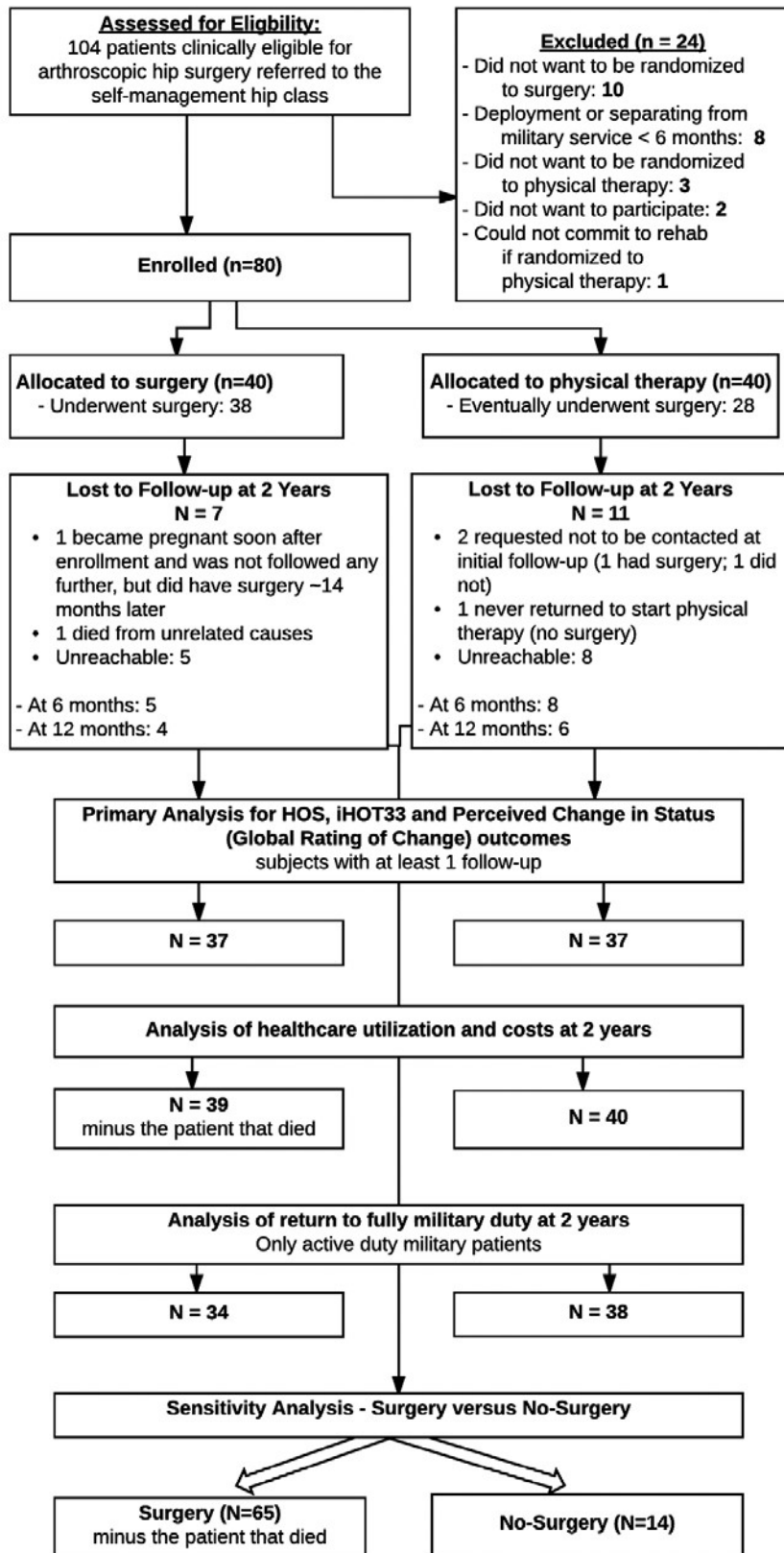


Forventningsparadokset: pasientens forventninger er direkte proporsjonale med graden av invasivitet i tiltaket

også normalt å finne forbedringer i gruppen som ikke mottar noen behandling [15]. I denne studien er det en stor andel av pasientene som ikke får forbedring gjennom to år. Man får ingen klare svar på hvorfor mange av pasientene ikke har noen bedring gjennom studieperioden.

Man finner en urovekkende høy overkryssing til kirurgi, som er blant de høyeste observert i studier av denne typen. Hvorfor er det slik? Dette svaret har nok flere fasetter. I denne studien var det den samme ortopedene som var tilknyttet alle pasientene. Spørreundersøkelser blant ortopeder viser overraskende god selvillit knyttet til inngrep av denne typen [16-18], og man kan naturligvis spørre seg om dette er med på å katalysere denne overkryssingen. Det er dokumentert at pasientenes forventninger øker proporsjonalt med graden av invasivitet i tiltaket [8]. Dette skaper et forventningsparadoks (se bilde), hvor forventningene ikke står i stil med den faktiske dokumentasjonen. Man kan derfor spekulere i at pasientene gjennom kontakten med denne ortopedene har blitt, både bevisst og ubevisst, insentivert for operativ tilnærming. Studiepopulasjonen var militært personell stasjonert på én enkelt base i USA. Én av de viktigste årsakene pasientene rapporterte for ikke å delta i studien var at de ikke ønsket kirurgi – og man kan derfor undre seg om studiepopulasjonen består av pasienter som i hovedsak ønsker kirurgi, og at dette representerer et seleksjonsbias. Når man da randomiseres til trening så 'trekker man det dårlige kortet', og man krysser over til kirurgi når sjansen byr seg.

Her blir man nødt til å påpeke ironien i at man har brukt impingementbegrepet i skulderen i snart femti år [19]. En myriade av publikasjoner stiller nå store spørsmålsteg til denne mekanistiske fremstillingen [20-22] og mange har tatt til orde for at denne måten å forklare problemet på har tvert imot bidratt til økt sykdomsbyrde [23]. Nå har vi altså sett 1800% økning i impingementoperasjoner i et tilsvarende kuleledd med håp om at dette skal forandre historien. Vi har altså



Flowchart av studien som viser fordelingen av pasientene

igjen benyttet en ren mekanisk fremstilling av et ledd som minner mistenkelig mye om skulderleddet. Historien ser derfor ut til å gjenta seg, og det blir spennende å se når studiene nå etter hvert drypper inn og gradvis former vår forståelse, om

vi vil se at hoftelrådet farer samme vei som skulderen. Blir vi nok en gang nødt til å stille oss det ubehagelige spørsmålet: bidrar våre ord og handlinger til at folk får det verre?

For kilder, ta kontakt med redaksjonen.