

Artros allt vanligare folksjukdom

Cirka var fjärde person över 45 år i Sverige har artros, och i takt med en stadigt åldrande och alltmer överviktig befolkning förväntas sjukdomen bli vanligare. Trycket på sjukvården kommer att öka.

MARTIN ENGLUND, docent, leg läkare, epidemiolog
martin.englund@med.lu.se
ALEKSANDRA TURKIEWICZ, doktorand i epidemiologi, bio-

statistiker; båda avdelningen för ortopedi, institutionen för kliniska vetenskaper, Lund, Lunds universitet

Vid artros kan leden inte längre hantera den belastning den utsätts för och de reaktioner och den nedbrytning som uppstår på grund av obalans i de nedbrytande och uppbyggande processerna. Flera faktorer har betydelse för uppkomsten av artros, tex ärftlighet och systemiska och lokala riskfaktorer (övervikt, kvinnligt kön, yrkesbelastning och ledskada). I perioder är artros ofta förenad med smärta, stelhet och nedsatt rörlighet. Sjukdomen involverar inte bara ledbrosk, vars nedbrytning är det klassiska kännetecknet, utan också ligament, ledhinnor, muskler, skelett och menisk. Symtomgivande artros drabbar oftast knä, fingrar, höft, rygg och stortå men kan också drabba leder som axel, akromioklavikularled och fotled.

Vem som helst kan drabbas

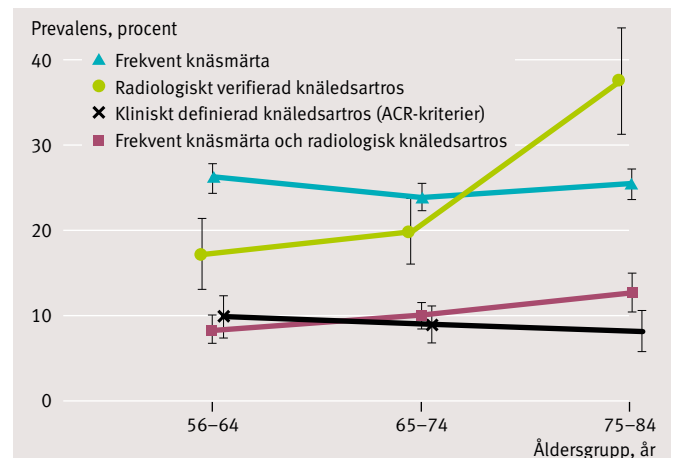
Vilken vuxen individ som helst kan drabbas av artros, precis som vem som helst kan drabbas av andra folksjukdomar, som diabetes och hjärt-kärlsjukdom. Artros debuterar oftast i medelåldern eller senare, men speciellt efter ledskada i unga år kan sjukdomen debutera redan i 20-årsåldern och vara långtgående i 30-40-årsåldern. I yngre åldrar är incidensen av knäledsartros högre hos män än hos kvinnor, troligen på grund av menisk- och korsbandsskada vid idrott. Efter menopaus ökar incidensen kraftigt hos kvinnor [1, 2]. Vad det beror på vet vi inte, men hormonella faktorer kan ha betydelse [3]. Vanligen är artros en långsamt progredierande sjukdom, över flera årtionden, men den kan också förlöpa snabbare när väl en biomekaniskt ogynnsam situation uppstått. De flesta med artros lever och dör med sin sjukdom, utan behov av ledplastik.

Huruvida artros är associerad med ökad dödlighet är inte fastställt. Sannolikt innebär ledsmärta nedsatt rörlighet, som leder till stillasittande, ökad risk för följsjukdomar som övervikt, diabetes och hjärt-kärlsjukdom (se artikel av Turkiewicz et al i detta temanummer), vilka i sin tur är associerade med ökad dödlighet [4]. En kanadensisk observationsstudie antyder att ledplastik kan minska den totala mortaliteten hos patienter med knäleds- eller höftledartros [5]. Mortaliteten hos svenska artrospatienter bör studeras bättre eftersom det kan finna skillnader mellan länder.

Diagnostik i klinik och forskning

I kliniken avgör symtom, anamnes, förekomst av riskfaktorer och undersökningsfynd om en patient har artros eller inte. Symtomen kan dock variera kraftigt över tid, vilket gör att det kan vara svårt att avgöra om artros föreligger eller inte.

Röntgenundersökning är inte nödvändig för att ställa diagnos utan används för att utesluta andra mer ovanliga diagnoser, som bennekros eller tumör. Ofta finns en diskrepans mellan patientens symtom och de strukturella artrosfynden [6]. Röntgen är ett trubbigt diagnostiskt redskap då metoden



Figur 1. Prevalens av knäledsartros i Malmöregionen 2007 enligt olika definitioner [egna opubl data; 2013]. Kriterierna för kliniskt definierad knäledsartros har beskrivits av American College of Rheumatology (ACR) och består av symtom och/eller undersökningsfynd som vid artros.

endast kan detektera relativt sena förändringar i sjukdomsförloppet, dvs då osteofyter och minskad ledspringa på grund av broskförlust och meniskpatologi har etablerats. Förekomst av icke-symtomgivande artros, dvs strukturella förändringar som vid artros utan symtom, bör i kliniken ses som en riskfaktor för att utveckla klinisk artros på sikt snarare än som en sjukdom.

Mer avancerade undersökningstekniker som MR har en begränsad plats i diagnostiken. Tidiga artrosförändringar, tex broskskador och trasiga menisker, kan visserligen detekteras innan de klassiska artrosförändringarna är synliga på röntgen, men det är även vanligt med tex menisk- och broskskador i knä utan symtom [7, 8]. Utmaningen ligger därmed i att avgöra om de strukturella förändringarna är relaterade till de aktuella symtomen eller inte, speciellt i fallet med trasiga menisker [7, 9]. Smärtan kan komma från andra processer relaterade till artros, tex kroniska benmärgsödeme, eller som en reaktion på belastningen på leden [10, 11].

I forskningssammanhang är MR ett viktigt redskap för att öka kunskapen om artros och dess orsaker. Över världen pågår observationella studier där försökspersonerna över ett antal år genomgår upprepade undersökningar med röntgen, MR, frågeformulär och klinisk undersökning för att studera just naturalförloppet av artros och dess riskfaktorer, tex den amerikanska studien Osteoarthritis initiative med nästan 5 000 deltagare.

Förekomsten av artros

På grund av svårigheten att definiera artros är det också svårt att säga hur vanlig sjukdomen är. Data från Region Skåne vi-

SAMMANFATTAT

Artros är den vanligaste ledsjukdomen och drabbar oftast leder i knä, höft, fingrar, rygg och stortå.

Artros är en klinisk diagnos, speciellt då strukturella fynd som vid artros ofta inte överensstämmer med symtomen.

Förekomsten av artros ökar med

ökande ålder och övervikt, men artros kan debutera redan i 20-30-årsåldern, speciellt efter tidigare ledtrauma.

I Sverige har cirka var fjärde person 45 år och äldre diagnostiserad artros. Förekomsten av artros förväntas öka.

sar att andelen i befolkningen 45 år och äldre som sökt vård för artros de senaste 13 åren i knä är 12 procent, i höft 5 procent och i hand 3 procent. Motsvarande andel för personer 65 år eller äldre är 21, 10 och 4 procent. Dessa tal omfattar bara dem som sökt läkarvård och fått sin artros diagnostiserad. Det döljer sig sannolikt ett mörkertal i befolkningen av personer med symtomgivande artros som inte sökt vård.

Figur 1 visar förekomsten av artros baserad på data från en befolkningsstudie i Malmö [egna opubl data; 2013]. Studien visar också att förekomsten av knäsmärta de senaste tolv månaderna med en duration på minst fyra veckor i åldersgruppen 56–84 år var 25 procent (28 procent kvinnor, 21 procent män). Ungefär lika stora andelar hade radiologiskt säkerställd artros, men dessa två grupper överlappade bara till ungefär hälften (Figur 2). Av dem med både knäsmärta och radiologisk artros var det också bara cirka hälften som sökt vård och fått diagnosen knäledsartros under en femårsperiod.

Eftersom artros är vanligt i yrkesför ålder är sjukdomens samhällsekonomiska konsekvenserna stora. Vid knäledsartros är risken för sjukskrivning nästan dubblad och risken för sjuk- och aktivitetsersättning ökad med 40–50 procent. Av alla sjukskrivningsdagar i Sverige står knäledsartros för ca 2 procent [12].

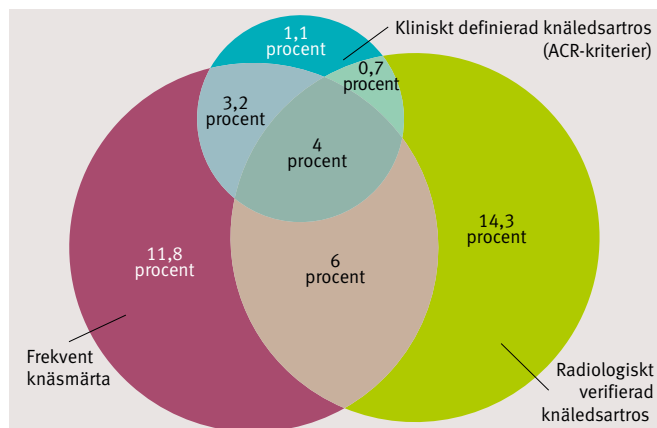
Framtiden

De senaste 20 åren har prevalensen av övervikt och fetma ökat med 8 respektive 6 procent, enligt Statistiska centralbyrån [13]. I dag är nästan hälften av alla vuxna överviktiga eller feta. Detta väntas påverka incidensen av artros då övervikt är en stark riskfaktor [14]. Eftersom artros är en kronisk sjukdom utan bot i biologisk mening och eftersom vi lever allt längre antas också prevalensen av artros öka. Många med artrossymtom kan dock få adekvat smärtlindring.

Vi står således inför svåra utmaningar med en stadigt åld-

REFERENSER

1. Oliveria SA, Felson DT, Reed JI, et al. Incidence of symptomatic hand, hip, and knee osteoarthritis among patients in a health maintenance organization. *Arthritis Rheum*. 1995;38:1134–41.
2. Prieto-Alhambra D, Judge A, Javaid MK, et al. Incidence and risk factors for clinically diagnosed knee, hip and hand osteoarthritis: influences of age, gender and osteoarthritis affecting other joints. *Ann Rheum Dis*. Epub 6 juni 2013.
3. de Klerk BM, Schiphof D, Groeneweld FP, et al. No clear association between female hormonal aspects and osteoarthritis of the hand, hip and knee: a systematic review. *Rheumatology*. 2009;48:1160–5.
4. Nuesch E, Dieppe P, Reichenbach S, et al. All cause and disease specific mortality in patients with knee or hip osteoarthritis: population based cohort study. *BMJ*. 2011;342:d1165.
5. Ravi B, Croxford R, Austin PC, et al. The relation between total joint arthroplasty and risk for serious cardiovascular events in patients with moderate–severe osteoarthritis: propensity score matched landmark analysis. *BMJ*. 2013;347:f6187.
6. Bedson J, Croft PR. The discordance between clinical and radiographic knee osteoarthritis: a systematic search and summary of the literature. *BMC Musculoskeletal Disord*. 2008;9:116.
7. Englund M, Niu J, Guermazi A, et al. Effect of meniscal damage on the development of frequent knee pain, aching, or stiffness. *Arthritis Rheum*. 2007;56(12):4048–54.
8. Guermazi A, Niu J, Hayashi D, et al. Prevalence of abnormalities in knees detected by MRI in adults without knee osteoarthritis: population based observational study (Framingham Osteoarthritis Study). *BMJ*. 2012;345:e5339.
9. Englund M, Guermazi A, Roemer FW, et al. The effect of meniscal damage on incident radiographic knee osteoarthritis. *Arthritis Rheum*. 2007;56:S316.
10. Englund M, Guermazi A, Roemer FW, et al. Meniscal pathology on MRI increases the risk for both incident and enlarging subchondral bone marrow lesions of the knee: the MOST Study. *Ann Rheum Dis*. 2010;69:1796–802.
11. Felson DT, Chaisson CE, Hill CL, et al. The association of bone marrow lesions with pain in knee osteoarthritis. *Ann Intern Med*. 2001;134:541–9.
12. Hubertsson J, Petersson IF, Thorstenson CA, et al. Risk of sick leave and disability pension in working-age women and men with knee osteoarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2013;72:401–5.
13. Statistiska centralbyrån. www.scb.se
14. Oliveria SA, Felson DT, Cirillo PA, et al. Body weight, body mass index, and incident symptomatic osteoarthritis of the hand, hip, and knee. *Epidemiology*. 1999;10:161–6.



Figur 2. Prevalens och överlappning av knäledsartros i Malmöregionen 2007 enligt olika definitioner [egna opubl data; 2013].

rande och alltmer överviktig befolkning. Detta förväntas sätta press på sjukvården, och så länge det finns begränsat med effektiva behandlingsalternativ vid artros kommer trycket på primärvården och specialistmottagningarna att öka liksom efterfrågan på proteskirurgi.

Svårigheten att utveckla effektiva läkemedel, som skett mot ledgångsreumatism i form av biologisk behandling, beror sannolikt på den starka biomekaniska komponenten i artros, dvs det är svårt att med farmakologisk hjälp bryta den effekt som en ogynnsam biomekanik medför. Med detta framtidsscenario kommer artrosskolor att vara allt viktigare i det initiala omhändertagandet av artrospatienter i primärvården.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

■ SUMMARY

Osteoarthritis is a multifactorial disease commonly affecting knee, hip, hand, and spine but other joints also may be affected. Well-known risk factors for symptomatic osteoarthritis include age, overweight or obesity, female gender, and joint injury. Accumulating evidence support that osteoarthritis progression is often driven by biomechanical forces, and the pathological response of tissues to such forces leads to structural joint deterioration, symptoms and reduced function. Still, structural findings indicative of osteoarthritis in joints without symptoms are common, hence osteoarthritis is a clinical diagnosis and confirmation using radiography is normally not indicated. The incidence of osteoarthritis is rapidly increasing by age. In Sweden about every fourth person aged 45 years or older has doctor-diagnosed osteoarthritis in one or multiple joints, the knee being the most frequent location. As we have a steadily ageing and increasingly obese population in Sweden the prevalence of osteoarthritis is expected to increase, which is a growing public health concern.