

Stefan Lohmander, professor, överläkare, avdelningen för ortopedi, institutionen för rörelseorganens sjukdomar, Universitets- sjukhuset, Lund (*stefan.lohmander@ort.lu.se*)

Artros är vanligt, mycket vanligt

Vad kan vi göra åt det?

Artros (i engelskt språkbruk ofta benämnt »osteoarthritis«, ibland »osteoarthrosis«) är en sjukdom med långsamt förlopp och ibland gradvis försämring, som kan leda till total förstöring av leden och behov av operation och ersättning av leden med konstgjort material. För de flesta patienter med artros blir operativ behandling dock aldrig nödvändig – besvären kan behandlas på annat sätt.

Ingen enhetlig sjukdom

Artros är inte en enhetlig sjukdom utan snarare ett gemensamt slutstadium – som också skulle kunna kallas ledsvikt – av olika patogena processer, som kan starta av olika orsaker. De viktigaste symtomen är ledsmärta, stelhet och inskränkt rörlighet, som leder till nedsatt funktion och handikapp. Vid långt framskriden sjukdom visar röntgenundersökning typiska tecken i form av bl a minskad ledspringa och osteofyter. Dessa förändringar i ledens struktur – synliga vid röntgenundersökning – orsakas av förstöring av ledbrosket och utväxt av benpålagringar vid ledens kanter.

Idag finns ingen behandling som kan bromsa artrosens fortskridande. Däremot finns det en rad behandlingar som kan minska smärtan och bidra till att bibehålla eller förbättra patientens funktion [1-6].

Omöjligt förutsäga sjukdomsutvecklingen

Artrosens utveckling är långsam. Från det att tidiga förändringar på cell- och molekylnivå först kan påvisas och tills ett symptomgivande slutstadium av klinisk artros med typiska röntgenförändringar konstateras går det flera år. I de fall där en säker utlösande orsak till artrosen kan påvisas i form av exempelvis en ledskada kan det gå 10–15 år innan sjukdomen diagnostiseras med röntgenfynd och påtagliga symtom.

Flera undersökningar visar att hos många patienter går artrosutvecklingen mycket långsamt eller avstannar helt, och sjukdomen når hos dem aldrig ett slutstadium som kräver behandling med exempelvis artroplastik. Detta är ett viktigt budskap till såväl patienter som behandlande läkare. Vid val av behandling bör denna kunskap vägas in i bedömningen av kostnad–nytta–risk.

Hastigheten med vilken ledförändringarna och symtomen utvecklas varierar kraftigt från patient till patient, och vi kan idag inte säkert förutsäga vilka som kommer att nå exempelvis ett kirurgiskt behandlingskrävande slutstadium (Figur 1). Detta utgör ett stort problem. Om ambitionen finns att försöka förebygga utveckling av artros eller en fortskridande artros

SAMMANFATTAT

Fyra av tio pensionärer besväras av ledvärk varje dag, men bara hälften har sökt hjälp för besvären under de senaste tre åren.

Artros är mer än tio gånger vanligare än reumatoid artrit.

Artros drabbar alla leder, men artros i knäleden är orsak till de största problemen för såväl patienterna som sjukvården och samhället.

I Sverige utförs varje år totalt cirka 15 000 operationer med konstgjord led på grund av artros

Artros i knät är vanligare än artros i höften och orsakar större problem, ändå utförs dubbelt så många artroplastikoperationer i höften som i knät.

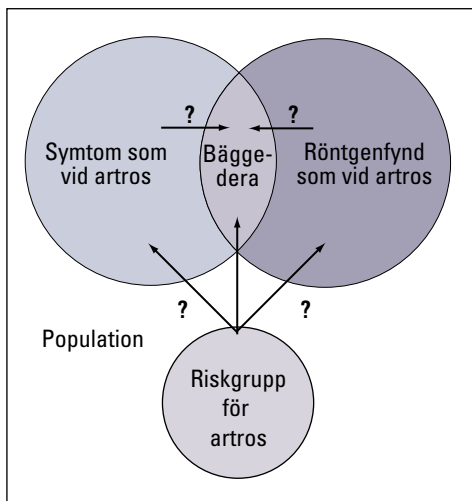
Förekomsten av artros ökar kraftigt med ålder över 50 år, och andelen äldre i befolkningen fortsätter att öka.

Serie: Artros

– på vilka patienter skall den förebyggande behandlingen fokuseras?

Det blir särskilt angeläget att välja »rätt« patient om behandlingen är förenad med hög kostnad och risk för biverkningar. Mot bakgrund av det intensiva arbete som idag pågår inom forskningslaboratorier och läkemedelsindustri för att utveckla bromsmediciner är vår bristande förmåga att förutsäga sjukdomsutvecklingen hos individen med tidig artros ett stort problem.

Bedömningen kompliceras ytterligare av att sambandet mellan graden av röntgenförändringar och symtom är svagt (Figur 1). Med vilken sannolikhet förutsäger röntgenförändringar i leden en framtida behandlingskrävande artros? Hur många av dem som har ledbesvär, som vid artros, kommer att



Figur 1. Vår kunskap om vilka faktorer som driver sjukdomsutvecklingen vid artros är ofullständig. Definitionen av vad som är artros eller inte kan variera med omständigheterna. Sambandet mellan grad av symtom och röntgenfynd vid artros är svagt. Hur stor andel av personer med enbart röntgenfynd som vid artros kommer att också få kliniska symtom? Hur stor andel av personer med symtom på artros men utan röntgenfynd kommer att utveckla sådana? Den »klassiska« diagnosen artros kräver både symtom och röntgenfynd typiska för artros och begränsas i figuren till gruppen »bäggedera«. Denna definition kan ifrågasättas med vår ökande kunskap om sjukdomen och dess utveckling.

också utveckla röntgenförändringar och därmed få den kliniska diagnosen artros? För närvarande kan vi inte svara på dessa frågor. Vi kan dock konstatera att vid kliniskt konstaterad artros utgör andra faktorer än graden av röntgenförändringar (t ex smärta, funktionsnedsättning, annan sjukdom) ett bättre underlag för behandlingsbeslutet.

Artros uppfattas som »normalt«

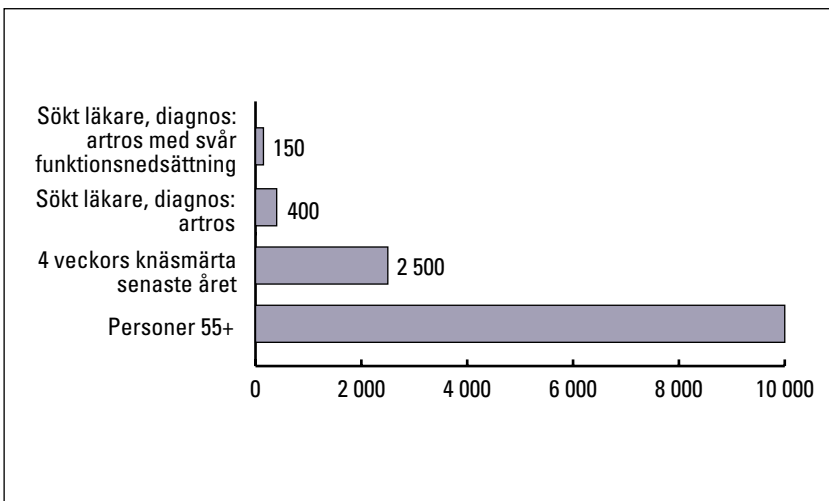
Artros är vanligt, så vanligt att många äldre, och även yngre, uppfattar tillståndet som »normalt«, dvs att artros tillhör ett normalt åldrande. Så är det inte, även om de förändringar som med högre ålder inträder i celler och vävnader kan vara bidragande faktorer till risken att utveckla artros.

Ledsjukdom och reumatism är den vanligaste orsaken till funktionshinder hos den vuxna befolkningen över 18 år [7]. Artros är mer än tio gånger vanligare än reumatoid artrit. Artros beräknas i en nära framtid ligga på den globala tio i topp-listan över orsaker till »år levda med funktionshinder« (YLD, Years Lived with Disability) [8]. Detta innebär att artros som sjukdom är ett problem inte bara för de utvecklade länderna utan också för utvecklingsländerna [9].

För individer över 50 år är artros den vanligaste orsaken till ledsmärta. Den totala belastningen på samhället är mångfalt större för artros än för reumatoid artrit och har i USA beräknats motsvara ungefär 2 procent av bruttonationalprodukten. Då prevalensen av artros ökar närmast exponentiellt med åldern – och befolkningen fortsätter att åldras i snabb takt – kommer behovet av behandling att öka ytterligare i framtiden. Under tiden 1990–2020 kommer antalet människor äldre än 50 år i världen att fördubblas enligt WHO [8].

Stort, otillfredsställt behandlingsbehov

Beräkningar av artrosens prevalens och incidens är starkt beroende av vilka diagnostiska metoder som används. En skattning baserad på publicerade data från England kan sammanfattas i en prevalenstrappa med en bas om 10 000 personer 55



Figur 2. Prevalenstrappa för knäsmärta och knäartros. Baserad på siffror från England [10].

år eller äldre (Figur 2) [10]. Av dessa 10 000 har 2 500 haft knäsmärta i åtminstone fyra veckor under det senaste året, och mellan 750 och 200 har haft så avsevärda besvär att behandling med knäartroplastik övervägts. Det beräknade vårdbehovet för kvinnor i denna grupp är ungefär dubbelt så stort som för män.

Även om beräkningar av denna typ är mycket ungefärliga pekar resultaten på att behovet av effektiv behandling dels är stort, dels inte är tillfredsställt. En övervägande del av behandlingen av artros sker i primärvården [11].

I en serie artiklar i Läkartidningen kommer artros att belysas i perspektiven:

- att den synbarligen enkla diagnosen inte alltid är självklar
- att vår kunskap om riskfaktorer och sjukdomsmekanismer nu snabbt ökar och visar att artros absolut inte förtjänar beteckningen »degenerativ ledsjukdom« utan, tvärtom, karakteriseras av dynamiska förändringar av både nybildning och nedbrytning av ledvävnader under olika sjukdomsfaser
- att läkemedel är till hjälp, men att mycket återstår att göra för att utveckla bättre mediciner med färre biverkningar
- att kirurgi kan vara en mycket effektiv behandling vid svåra besvär av artros.

Avslutningsvis kommer även aktuell forskning, framsteg och kontroverser kring artros att belysas.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Brandt KD, Doherty M, Lohmander LS, editors. Osteoarthritis. Oxford: Oxford University Press; 1998.
2. Pendleton A, Arden N, Dougados M, Doherty M, Bannwarth B, Bijlsma J, et al. EULAR recommendations for the management of knee osteoarthritis. Report of a task force of the Standing Committee of clinical trials and epidemiological studies. Ann Rheum Dis 2000; 59:936-44.
3. Walker-Bone K, Javaid K, Arden N, Cooper C. Medical management of osteoarthritis. BMJ 2000;321:936-40.
4. Recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip or knee, 2000 update. Arthritis Rheum 2000;43:1905-15.
5. Knäartros. Medicinsk faktabas, MARS. Socialstyrelsen. Ett svenskt program för resultatuppföljning. URL: <http://www.sos.se/mars>
6. Dieppe P, Chard J, Faulkner A, Lohmander S. Osteoarthritis. In: Godlee F, editor. Clinical Evidence. A compendium of the best evi-

- dence for effective health care. London: BMJ Publishing Group; 2001. Issue 6:902-7. URL: <http://www.clinicalevidence.org>
7. Prevalence of disabilities and associated health conditions among adults – United States, 1999. MMWR Weekly 2001 February 23;50 (07):120-5. URL: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5007a3.htm>
 8. Murray CJL, Lopez AD, editors. The global burden of disease. Boston: Harvard University Press; 1996.
 9. Rörelseorganens årtionde (Bone and Joint Decade). URL:<http://www.bonejointdecade.org>
 10. Peat G, McCarney R, Croft P. Knee pain and osteoarthritis in older adults: a review of community burden and current use of primary health care. Ann Rheum Dis 2001;60:91-7.
 11. Hosie G, Dickson J. Managing osteoarthritis in primary care. Oxford: Blackwell Science; 2000.

Särtryck Läkartidningen

När konsensus saknas om hur läkaren bör behandla, spelar den beprövade erfarenheten stor roll. Det 48-sidiga häftet innehåller 32 korta, praktiskt inriktade artiklar med anknytning till vårdens vardag och vänder sig till alla kliniskt verksamma läkare. Förutom diagnostik med terapi speglas goda exempel på prevention, ledningsfrågor och administration.

Priset är 45 kronor

Enligt min erfarenhet



Beställer härmed.....ex
av "Enligt min erfarenhet"

.....
namn

.....
adress

.....
postnummer

.....
postadress

**Insändes till Läkartidningen
Box 5603
114 86 Stockholm**

Faxnummer: 08-20 74 35

**www.lakartidningen.se
under särtryck, böcker**