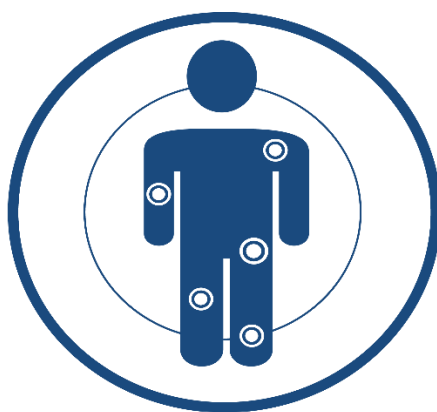


# Anbefalinger for behandling af knæartrose

Udarbejdet af



## ROAD

Research in OsteoArthritis Denmark  
*Prevention and treatment through the lifespan of patients*

August 2023

Anbefalingerne støttes af:



## Generelle betragtninger:

Den ikke-kirurgiske behandling af knæartrose foregår ofte i primærsektoren. Det vil typisk være hos den praktiserende læge eller hos fysioterapeuten, men kan f.eks. også være hos en diætist eller kiropraktor. Det er vigtigt at tage udgangspunkt i den enkelte patient, når patienter skal udredes og behandles for knæartrose, både i primær- og sekundærsektoren. Beslutningen om udredning og behandling foregår ved, at den sundhedsprofessionelle hører om patientens funktionsbegrænsning, smertetilstand, arbejdstilknytning, m.m. og efter relevante undersøgelser planlægger videre udredning og behandling på baggrund af patientens behov, forudsætninger, præferencer og konteksten. Alle patienter kan og skal derfor ikke tilbydes samme udredning og behandling, men alle bør modtage en individualiseret tilgang, som forklares i det følgende. En individualiseret tilgang indebærer også, at selvom langt størstedelen af patienterne skal gennemgå ikke-kirurgisk behandling først, kan en mindre gruppe patienter efter fagligt skøn umiddelbart henvises til vurdering af behov for alloplastik operation (f.eks. ved svær fejlstilling).

- Baseret på den foreliggende evidens, anbefales behandling af knæartrose generelt at følge en "stepped care" tilgang, hvilket betyder, at patienterne først bør tilbydes basisbehandling bestående af superviseret træning, patientuddannelse og rådgivning omkring væggtab (ved overvægt). Er dette ikke tilstrækkeligt til at reducere symptomer og forbedre funktionen, eller har patienten behov for ekstra behandling i tillæg til basisbehandling, tilbydes supplerende behandling (smertestillende medicin og (gang)hjælpemidler). Denne del af behandlingen bør ske i primærsektoren.
- Ved uafklaret knæsygdom, f.eks. inflammatorisk prægede symptomer, bør anden gigtlidelse udelukkes ved reumatologisk vurdering før henvisning til kirurg.
- Hvis diagnosen, artrose, er sikker, og patienten stadig ikke har opnået tilstrækkelige forbedringer, kan denne henvises til vurdering af behovet for alloplastik hos ortopædkirurg. Før henvisning til ortopædkirurg bør det dog afklares, om patienten er indstillet på at gennemføre et operationsforløb, og om patientens livssituation samt helbredstilstand i øvrigt gør et operationsforløb aktuelt og muligt at gennemføre.
- Internationale organisationer som EULAR og NICE fremhæver, at diagnosen artrose kan stilles klinisk uden brug af røntgenbillede, og at røntgenbilleder derfor kun er relevante ved atypiske præsentationer af artrose eller ved henvisning til vurdering af behovet for alloplastik hos ortopædkirurg. Patienter uden radiologisk artrose kan godt få diagnosen artrose. Dette skal bl.a. sikre, at patienter med smerte og funktionsbegrænsning pga. artrose kan modtage en tidlig indsats, selvom sygdommen ikke har manifesteret sig radiologisk. De diagnostiske kriterier for artrose varierer, men involverer ofte alder (+40 år), smerte ved aktivitet og ingen eller kortvarig ledstivhed om morgenen (30 minutter eller kortere). Ift. alder er det dog værd at bemærke, at man f.eks. efter en alvorlig knæskade godt kan have artrose i en yngre alder (sekundær artrose).

For uddybning se følgende links:

- <https://www.nice.org.uk/guidance/ng226/chapter/Recommendations#diagnosis>
- <https://ard.bmj.com/content/76/9/1484>
- <https://ard.bmj.com/content/69/3/483>
- <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2012/Publ2012/K%C3%A6nartrose---nationale-kliniske-retningslinjer-og-faglige-visitationsretningslinjer.ashx>

### Patientuddannelse, træning, vægttab og smertestillende medicin:

- Patientuddannelse bør tilbydes som en integreret del af behandlingen og tilpasses den enkelte. Det har til formål at informere patienten om sygdommens fluktuerende forløb og understøtte den enkelte i at mestre sin sygdom og integrere sunde vaner, såsom fysisk aktivitet, i hverdagslivet. Cognitive behavioural therapy kan anvendes.
- Træning bør tilbydes som en del af basisbehandlingen og bør som minimum bestå af 12 superviserede træninger af 45-60 min. varighed fordelt over 6 uger (2 træninger per uge) tilpasset den enkeltes behov, forudsætninger og præferencer, men kan med fordel forlænges op til 24 superviserede træninger fordelt over 12 uger for at forbedre effekten. Én type træning kan ikke fremhæves som mere effektiv end en anden. Træning i vand kan særligt i starten være et alternativ til træning på land, hvis patienten ikke er i stand til at træne på land pga. smerter eller foretrækker træning i vand.
- For patienter med BMI på 25 eller højere, og særligt for patienter med BMI på 30 eller højere, bør der tilbydes rådgivning omkring vægttab, og, hvis tilgængeligt, henvisning til kommunale tilbud ift. at understøtte dette med henblik på at reducere vægten med 5-10%.
- For at fastholde effekten af træning og vægttab, er det vigtigt at det fastholdes og fortsættes efter det strukturerede og superviserede forløb og integreres i den enkeltes hverdag.
- Som en supplerende behandling kan smertestillende medicin i form af Non-Steroidale Anti-inflammatoriske Drogen (NSAID) som creme/gel eller tabletter tilbydes, særligt hvis smerterne hindrer patienten i at træne og sove, dog har NSAID præparater en række bivirkninger, der betyder, at man skal overveje risikoen ift. den muligt gavnlige effekt, og generelt anbefales NSAID som tabletter ikke, hvis patienten har samtidig hjertekarsygdom.
- Paracetamol anbefales som førstevalg i Sundhedsstyrelsens Nationale Kliniske Retningslinjer fra 2012, men pga. tvivlsom effekt i forhold til placebo, anbefales det ikke længere i internationale retningslinjer som fast behandling. Såfremt der pga. mulige bivirkninger ikke kan ordineres NSAID, kan paracetamol være et alternativ.
- Der anbefales imod at anvende opioider. Det anbefales ikke at anvende opioider pga. risiko for fysisk og psykisk afhængighed samt bivirkninger, som kan påvirke funktionsevnen.
- Steroidinjektion kan anvendes ved akutte smerter, men gentagne behandlinger anbefales ikke pga. bivirkninger, bl.a. tab af bruskvolumen. Der kan forventes en forbigående effekt. Det skal inddrages i beslutningen om at udføre en injektion, at infektionsrisikoen måske er forøget ved efterfølgende alloplastik operation inden for 6 måneder.

### Anbefalinger for brug af billeddiagnostik ved knæartrose:

- I de tidlige stadier af knæartrose, hvor symptomerne er milde og klassiske, og hvor behandlingen alene vil rette sig mod ikke-kirurgisk behandling, bør billeddiagnostik helt undlades. Henvisning til billeddiagnostik med røntgenoptagelse bør således afvente forløbet af ikke-operativ behandling hos patienten med klassiske knæartrose symptomer, og hvor patientens symptomniveau i øvrigt gør henvisning til ortopædkirurg relevant.
- Røntgenoptagelse kan diagnosticere graden af strukturel knæartrose og er således påkrævet i forhold til vurdering af, om der er operationsindikation hos patienten, der har gennemgået ikke-kirurgisk behandling. Det er således påkrævet at henvise til stående røntgenoptagelse af knæ i 2 projektioner inden henvisning til ortopædkirurgisk vurdering af patienten.
- Ultralydsskanning, CT-skanning og MR-skanning har ingen plads i den primære udredning af knæartrose.

### Anbefalinger for alloplastikbehandling af knæartrose:

- Hvis patienten med svær knæartrose efter afprøvning af ikke-kirurgisk behandling fortsat har væsentlige gener med smerte og funktionsbegrænsning, kan der henvises til en vurdering af behovet for alloplastikbehandling hos en ortopædkirurg.
- Beslutning om behovet for en operation, hos patienten med svær knæartrose, bør tage udgangspunkt i den enkelte patients situation, tidssvarende kommunikationsprincipper og basere sig på fælles beslutningstagning.
- Den lægefaglige vurdering af behandlingsbehovet skal basere sig på samtale med patienten om præferencer, sygehistorie (herunder komorbiditet), objektiv undersøgelse og billeddiagnostik (altid konventionel røntgenoptagelse). For en lille gruppe af yngre patienter med et særligt aktivitetsbehov i forbindelse med sport eller erhverv kan det være relevant at vurdere behovet for behandling med korrigerende osteotomi.
- Med baggrund i artrose mønstret, observeret på røntgenoptagelsen, skal det vurderes om patienten er kandidat til total knæalloplastik (TKA) eller unikompartmental knæalloplastik (UKA). Patienten skal modtage information om behandlingens forventede resultat samt fordele og ulemper.
- Ved behov for alloplastikbehandling bør patienter med anteromedial artrose tilbydes medial UKA\*.
- Optimalt praksismønster ved anvendelse af medial UKA er at udføre minimum 30 % af primære knæalloplastikker (antal UKA / antal UKA + TKA = UKA %) eller minimum 30 stk. pr. år for den enkelte kirurg. Det anbefales at undgå en praksis, hvor man som kirurgi og afdeling udfører mindre end 20 % UKA af primære alloplastikker og/eller mindre end 10 stk. pr. år.

---

\*) Kriterier for udvælgelse af kandidater til medial UKA: anteromedial artrose karakteriseret ved svær artrose i mediale kompartment, redresserbar varus deformitet, bevaret lateralt kompartment og funktionelt intakt ACL (fravær af postero-medial artrose på lateral røntgenoptagelse). Absolutte kontraindikationer er diagnosticeret inflammatorisk artrit, posttraumatisk tilstand med MCL-påvirkning, svær patello-femoral artrose i laterale facet med knogle-mod-knogle artrose og formændringer af overfladen.