

Höftartroplastik, planerad operation - behandlingsriktlinje arbetsterapi och fysioterapi, ortopedkliniken

MEDICINSK INDIKATION

Syftet är att skapa gemensamma riktlinjer för pre- och postoperativa arbetsterapeutiska och fysioterapeutiska insatser vid höftartroplastik.

BAKGRUND

Artros är en vanligt förekommande sjukdom. De vanligaste symtomen är smärta, stelhet och nedsatt fysisk funktionsförmåga. Artros kan definieras som ett slutstadium vid sviktande ledbroskfunktion det vill säga en obalans mellan uppbyggnad och nedbrytning av brosksubstans, där de nedbrytande faktorerna är större än de uppbyggande. Det är inte bara ledbrosket som drabbas utan även ben, ligament, ledkapsel och ledvätska. Riskfaktorer för artros är hög ålder, ärftlighet, ledbelastande arbete, övervikt, tidigare ledskada och muskelsvaghet. (Roos, 2008)

Cirka 10 procent av patienterna med höftartros behöver behandling med proteskirurgi (Lindgren, 2006, Lohmander 2002).

Luxation är en av de vanligaste komplikationerna efter total höftprotesoperation (Soong et al, 2004, Suh et al, 2004). Antalet rapporterade luxationer ligger mellan 1 och 10 procent. Ett flertal faktorer som typ av protes, operationstekniska faktorer och patientens fysiska förutsättningar påverkar risken för luxation. (Masonis & Bourne, 2002.)

De tre första månaderna efter en höftprotesoperation är det störst risk för luxationer. (Ververeli et al, 2009, Phillips et al, 2003). Ververeli et al (2009) kom fram till att patienter utan restriktioner tidigare gick med en kryckkäpp, utan kryckor och utan hálta samt att de körde bil tidigare. Slutsatsen blev att patienter utan restriktioner blev bra snabbare än de med restriktioner.

Peak et al (2005) genomförde en randomiserad prospektiv studie som visade att antalet luxationer inte ökade bland patienter utan restriktioner, dessutom var patienterna mer nöjda under rehabiliteringstiden utan restriktioner.

Inga restriktioner efter höftprotesoperation styrks av ett flertal studier men alla dessa är utförda med antero lateralt snitt. Det finns enligt Sharma et al (2009) inga studier gjorda på bakre snitt med denna frågeställning. Dock finns det studier som visar att det inte är någon skillnad i risk för luxation av höftprotesen gällande antero lateralt och bakre snitt. (Jolles & Bogoch, 2009) I en studie av Hyung-Min et al (2012) visade det sig att det var mindre luxationsrisk vid användande av bakre snitt jämfört med antero lateralt snitt.

Restriktioner efter total höftprotes

- Inga extrema ytterlägen i höftleden. Det rekommenderas inte att patienten hoppar eller springer.

Höftartroplastik, planerad operation - behandlingsriktlinje arbetsterapi och fysioterapi, ortopedkliniken

- Patienten ska inte utföra rörelser från utsidan av benet, till exempel sätta på strumpor och klippa tånaglar. Dessa moment ska utföras från insidan av benet.
- Angående hjälpmedel får patienten själv avgöra vad han/hon tror sig behöva postoperativt.
- Kryckkäppar, rollator eller stavar ska användas i sex veckor postoperativt.

Tillvägagångssätt

Preoperativt

Vid kallelse till operation får patienten en [informationsskrift](#) och även kallelse för preoperativ information i grupp på ortopedklinikens rehabenhet i Västerås. Patienten träffar då fysioterapeut och arbetsterapeut som [informerar om den postoperativa rehabiliteringen](#). Utprovning och förskrivning av lämpligt gånghjälpmedel och ADL-hjälpmedel.

[Höftprotes, preoperativ information – arbetsbeskrivning för arbetsterapeut och fysioterapeut på ortopedklinikens rehabenhet](#)

Postoperativt

Operationsdagen

Efter operationen får patienten komma upp och sitta på sängkanten, målet är även att komma upp och stå med gåbord. Patienten får belasta fullt efter att bedövningen släppt och patienten har återfått full kraft i benet. Patienten börjar med fottramp och djupandning.

Dag 1

Patienten tränar på att gå i och ur sängen åt den sida som de brukar göra hemma. Fysioterapeuten instruerar i trombosprofylax, andningsgymnastik och träning enligt övningarna i träningsprogrammet. Fysioterapeut går igenom gång med två kryckkäppar eller rollator samt eventuellt trappgång. Arbetsterapeut besöker patienten för att följa upp eventuella hjälpmedel. Vårdtid två dagar (operationsdag + dag 1).

För halvproteser och totalproteser efter höftfraktur gäller samma postoperativa regim och träning som efter planerade protesoperationer om inte operatören skriver något annat i operationsberättelsen.

Individuell regim vid revision. Operatören bestämmer grad av belastning.

Efter utskrivning

Patienter som är elektivt opererade erbjuds [träning i grupp](#) sex veckor postoperativt. Ansvarig fysioterapeut på avdelningen skriver remiss eller bokningsunderlag. Gruppträningen är en gång per vecka och patienten erbjuds individuell träning en gång i vecka, i sex veckor. Gruppträningen finns i Fagersta, Köping, Sala och Västerås.

Höftartroplastik, planerad operation - behandlingsriktlinje arbetsterapi och fysioterapi, ortopedkliniken

REFERENSER

1. Hyung-Min, J., Ki-Choul, K., Young-Kyun, L., Yong-Chan, H. & Kyung-Hoi, K. (2012) Dislocation after total hip arthroplasty: A randomized clinical trial of a posterior approach and a modified lateral approach. The journal of Arthroplasty, Vol, 28 No. 3: 378-385.
2. Jolles, BM. & Bogoch, ER. (2009) Posterior versus lateral surgical approach for total hip arthroplasty in adults with osteoarthritis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3.
3. Lindgren U, Svensson O. Ortopedi. Almqvist Wicksell. Medicin/Liber1996.
4. Lohmander S. [Osteoarthritis is frequent, very frequent. What can we do?]. Lakartidningen. 2002 Oct 31;99(44):4342-4.
5. Lohmander S. [Research, progress and controversies around osteoarthritis]. Lakartidningen. 2002 Nov 21;99(47):4720-2
6. Masonis, JL. & Bourne, RB. (2002) Surgical approach, abductor function, and total hip arthroplasty dislocation. Clin Orthop Relat Res 2002; 405:46.
7. Peak EL, Parvizi J, Ciminiello M et al. (2005) The role of patient restrictions in reducing the prevalence of early dislocation following total hip arthroplasty. A randomized prospective study. Journal of Bone Surgery Am. 87(2):247-253.
8. Phillips, CB., Barrett, JA., Losina, E., Mahomed, NN., Lingard, EA., Guadagnoli, E., Baron, JA., Harris, WH., Poss, R. & Katz, JN. (2003) Incidence rates of dislocation, pulmonary embolism, and deep infection during the first six months after elective total hip replacement. Journal of bone and joint surgery. Jan. 01;85(1)20-26.
9. Roos EM. FYSS 2008. Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Kapitel 16. Artros. 2008.
10. Sharma, V., Morgan, PM. & Cheng, EY. (2009) Factors influencing early rehabilitation after THA: A systematic review. Clin Orthop Relat Res 2009 June; 467(6): 1400-1411.
11. Song, M., Rubash, HE. & Macaulay, W. (2004) Dislocation after total hip arthroplasty. J Am Acad Orthop Surg 2004;5:314.
12. Suh, KT., Park, BG., Choi, YJ. (2004) A posterior approach to primary total hip arthroplasty with soft tissue repair. Clin Orthop Relat Res 2004;162.
13. Ververeli, PA., Leebby, EB., Tyler, C. & Fouad, C. (2009) Evaluation of reducing postoperative hip precautions in total hip replacement: a randomized prospective study. Orthopedics, volume 32, issue 12.