

BESLUTNINGSSTØTTE VED BILDEDIAGNOSTIKK HOS PASIENTER FRA 50 ÅR MED SMERTER I KNE OG/ELLER HOFTE – BÅDE FOR HENVISER OG FOR BILDEDIAGNOSTISK ENHET

Bakgrunn:

[Norsk ortopedisk forening](#) sin Gjør kloke valg anbefaling fra 10.05.24:

Unngå å henvise middelaldrende og eldre pasienter med kne- og hoftesmerter til MR som første billediagnostiske utredning

Begrunnelse: Degenerative forandringer i kne- og hofteledd er et vanlig funn på MR hos asymptomatiske middelaldrende og eldre pasienter. Behandlingen av ikke-traumatiske kne- og hoftesmerter er i første rekke konservativ med aktiv fysioterapiveiledet trening. Hos pasienter som ikke blir bedre av konservativ tilnærming og operativ behandling vurderes, er stående (vektbærende) røntgen førstevalg som billediagnostiske utredning. Ved etablert røntgenologisk artrose endrer funn på MR ikke behandlingen.

Nedre aldersgrense for pasienter som omfattes av håndteringen er satt til 50 år:

Definisjonen på middelaldrende varierer, men er en alder mellom ungdom og alderdom. Alderen flytter seg oppover i tråd med forbedret helse og økende gjennomsnittlig levealder (2) Ifølge Den danske ordbog (3) er middelaldrende mellom cirka 45-60.

Nedre aldersgrense for håndteringen per 2025 er satt til 50 år.

Avgjørende for valg av aldersgrense:

Ved hvilken alder er det mer sannsynlig at smertene skyldes artrose? Hos middelaldrende anses sannsynligheten for artrose å være større enn andre mulige årsaker til smertene.

Gjelder:

Alle henvisninger av pasienter fra 50 år og oppover med smerter i kne og/eller hofte uten informasjon om forutgående betydelig traume, og uten «røde flagg» (se utfyllende informasjon i flytskjemaet under). Små vridninger i kne og direkte støtskade mot kne eller hofte etc. klassifiseres ikke som betydelig traume.

OBS:

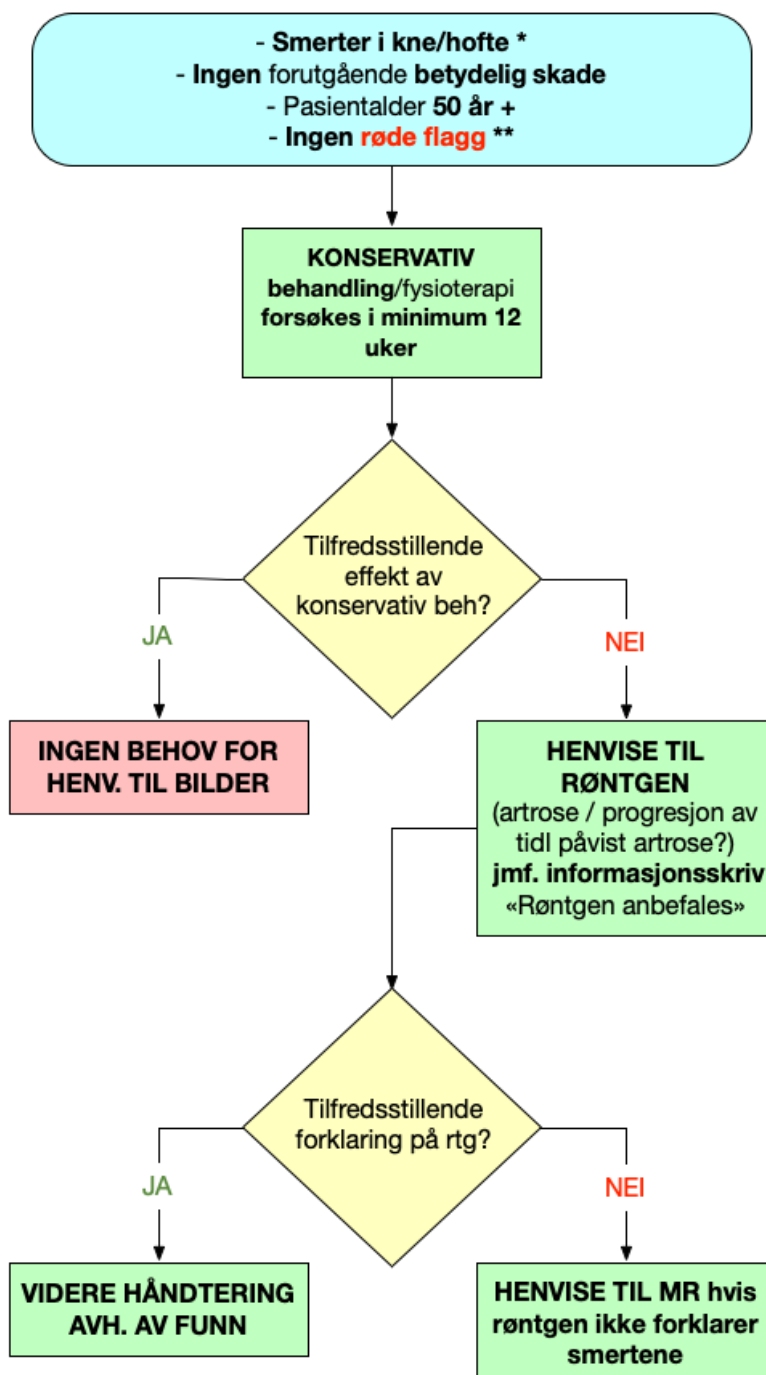
Fremre knesmerter har oftest patellofemorale årsaker, og ved fremre knesmerter bør avansert billediagnostikk unngås dersom pasienten ikke har hydrops, låsning eller har forsøkt fysikalsk behandling uten bedring (5).

Henvisninger av bløtdels- og benvevstumores vurderes individuelt på lik linje med tilsvarende tumores i andre lokalisasjoner. NB! Tilnærmet alle palpable oppfylninger i knehasen representerer benigne Bakers cyster.

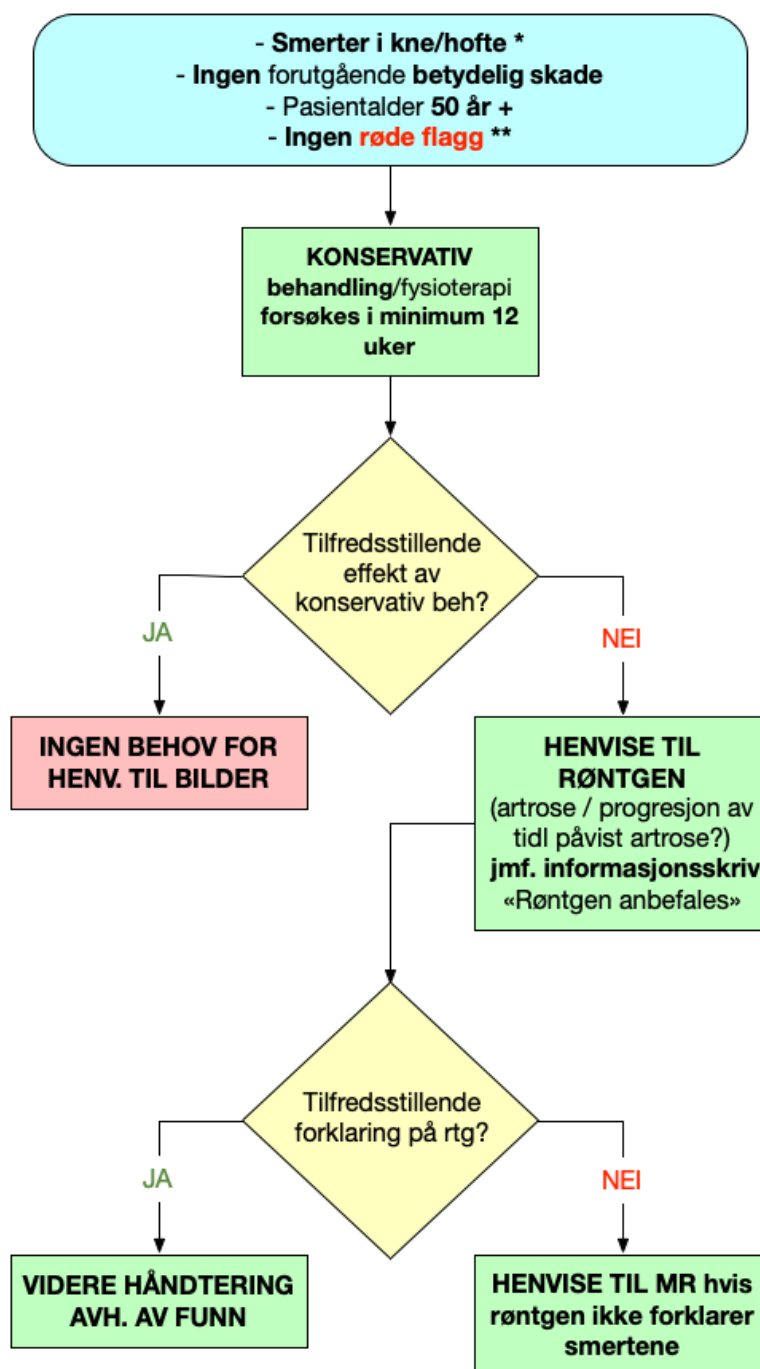
Arbeidsflyt for henviser:

Pasienter fra 50 år med smerter i kne og/eller hofte vurderes og håndteres i henhold til vedlagt «**FLYTSKJEMA FOR HENVISER**» nedenfor med tilhørende informasjonsskriv «Røntgen anbefales». For å sikre en mest mulig konsekvent håndtering anbefales det at flytskjemaet og informasjonsskrivet er lett tilgjengelig for den som henviser, og at informasjonen med fordel benyttes aktivt i dialogen med pasienten.

Forenklet flytskjema for henviser:



FLYTSKJEMA FOR HENVISER:



* Ved bilaterale smerter er det som regel **KUN RØNTGEN** som er indisert, men dersom likevel **MR** henvises det til MR av mest smertefulle side

** RØDE FLAGG:

Symptomer/tegn som tilsier økt risiko for alvorlig patologi:

- Redusert almenntilstand, feber, klarer ikke å belaste, rødt og hovent ledd:
Septisk artritt? - Vurdere akutt innleggelse.
- Misfarging og akutt hevelse hos pas. med kjent blødningstendens (f.eks. blødere):
Spontan blødning i leddet? - Vurdere akutt innleggelse.
- Aktivitetsbetingete lyskesmerter (særlig ved kortikosteroidbruk):
Avaskulær lårbenhode-/hofteleddsnekrose? - Vurdere rtg./MR før 12 uker behandling.
- Aktivitetsrelaterte hoftesmerter hos mosjonister og idrettsutøvere etter gjentatt stor belastning på underekstremiteter (særlig etter løping på hardt underlag):
Tretthetsbrudd i hofte? - Vurdere rtg./MR før 12 uker behandling.



Norsk forening for
allmennmedisin
DEN NORSKE LEGEFORENING



Norsk ortopedisk forening
DEN NORSKE LEGEFORENING



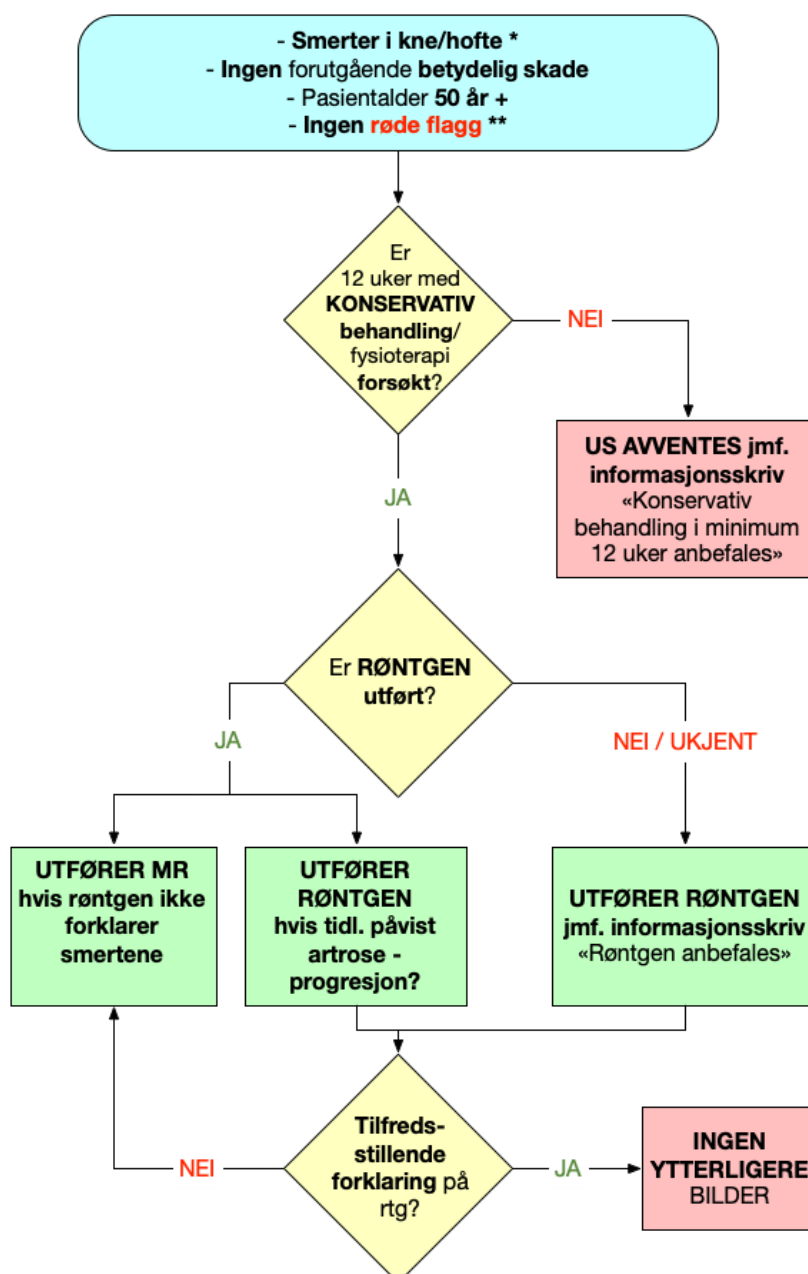
Norsk radiologisk
forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Arbeidsflyt for mottaker av henvisning:

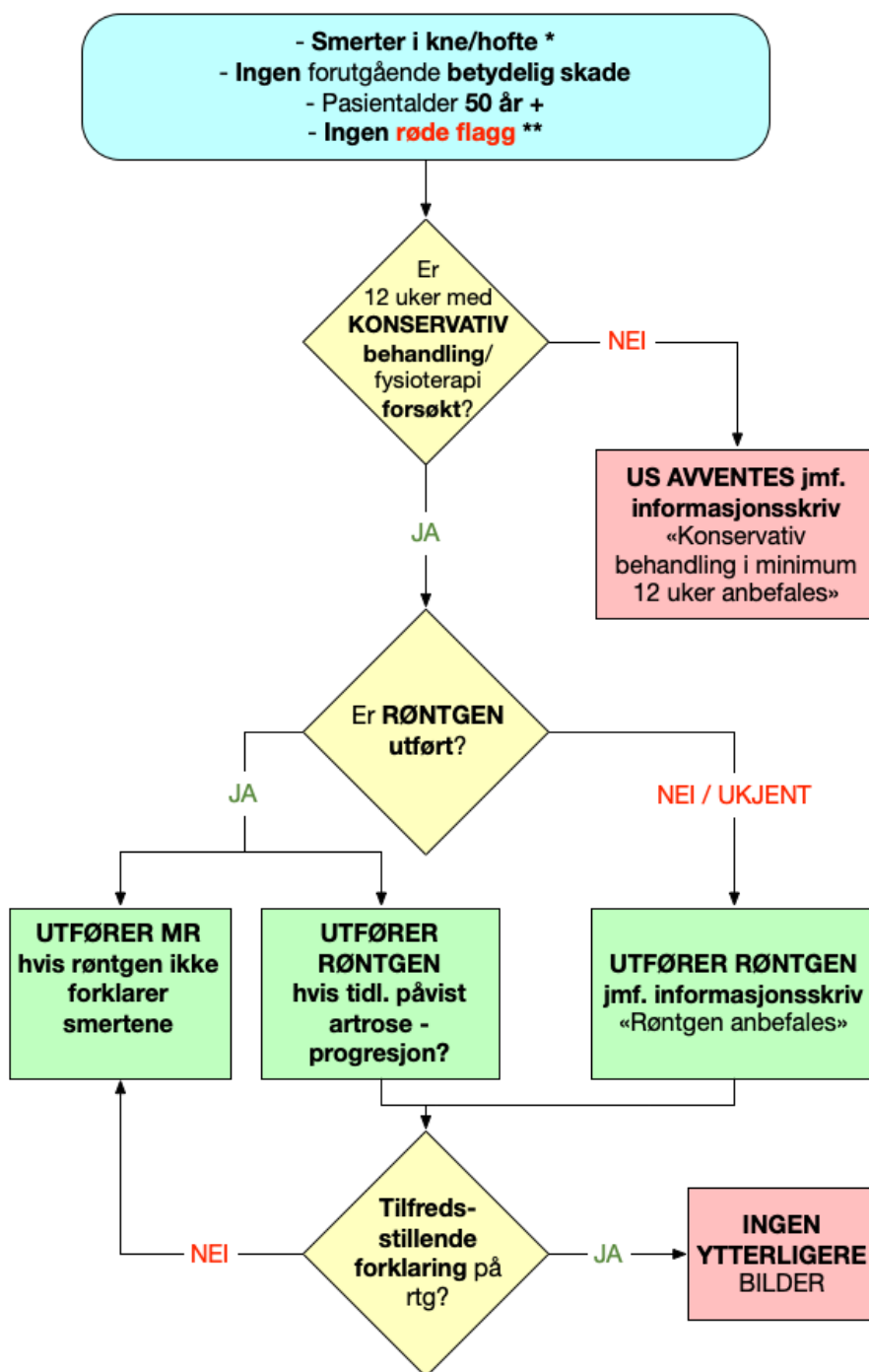
Alle henvisninger til røntgen, CT eller MR kne/hofte hos pas. fra 50 år vurderes og håndteres i henhold til vedlagt flytskjema med tilhørende informasjons-/returskriv «Konservativ behandling i minimum 12 uker anbefales» og informasjonsskriv «Røntgen anbefales».

For å sikre en mest mulig konsekvent håndtering anbefales det at de aktuelle henvisninger automatisk samles i egen vurderingsliste, og at flytskjemaet, retur- og informasjonsskriv er lett tilgjengelig for den som vurderer henvisningene. Dersom utførende enhet endrer modalitet fra MR til røntgen, og røntgen i etterkant viser seg ikke å gi «tilfredsstillende forklaring» på klinikken, så bør utførende enhet på eget initiativ tilstrebe at pasienten innkalles til MR. Dette for å unngå unødvendig irritasjon hos henviser ved å anbefale ny henvisning til MR når henviser allerede har henvist til MR i utgangspunktet.

Forenklet flytskjema for mottaker av henvisning:



FLYTSKJEMA FOR MOTTAKER AV HENVISNING:



* Ved **bilaterale** smerter er det som regel **KUN RØNTGEN** som er indisert, men dersom likevel **MR** utføres MR kun av **mest smertefulle side**

** RØDE FLAGG:

Symptomer/tegn som tilsier økt risiko for alvorlig patologi:

- **Redusert almenntilstand, feber, klarer ikke å belaste, rødt og hovent ledd:**
Septisk artritt? - Vurdere akutt innleggelse.
- **Misfarging og akutt hevelse hos pas. med kjent blødningstendens (f.eks. blodere):**
Spontan blødning i leddet? - Vurdere akutt innleggelse.
- **Aktivitetsbetingete lyskesmerter (særlig ved kortikosteroidbruk):**
Avaskulær lårbenhode-/hofteleddsnekrose? - Vurdere rtg./MR før 12 uker behandling.
- **Aktivitetsrelaterte hoftesmerter hos mosjonister og idrettsutøvere etter gjentatt stor belastning på underekstremiteter (særlig etter løping på hardt underlag):**
Tretthetsbrudd i hofte? - Vurdere rtg./MR før 12 uker behandling.



Norsk forening for
allmennmedisin
DEN NORSKE LEGEFORENING



Norsk ortopedisk forening
DEN NORSKE LEGEFORENING



Norsk radiologisk
forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Informasjons-/returskriv

«Konservativ behandling i minimum 12 uker anbefales»:

Pasienten er henvist til bildediagnostikk av kne og/eller hofte grunnet smerter, men ut fra problemstillingen anses det riktig å avvente med bildediagnostikk.

Norsk ortopedisk forening fraråder MR som første bildediagnostiske utredning hos pasienter over 50 år med ikke-traumatiske kne- eller hoftesmerter og uten «røde flagg» (se under). Behandlingen av slike smerter er i første rekke konservativ behandling / fysioterapi i minimum 3 måneder. Ved manglende bedring vil operativ behandling kunne vurderes, og da er stående (vektbærende) røntgen førstevalg. Dersom røntgen i disse tilfeller ikke viser artrose kan MR være aktuelt.

Henvisningen inneholder ikke informasjon om «røde flagg» eller informasjon som i tilstrekkelig grad tilsier at pasienten har gjennomgått konservativ behandling med manglende bedring som tilsier at operativ behandling er noe som vurderes på nåværende tidspunkt.

Dersom pasienten mot formodning allerede har gjennomgått anbefalt behandling uten forbedring bes pasienten henvist på nytt med denne informasjonen påført den aktuelle problemstillingen. Det er da også ønskelig med informasjon om tid og sted for eventuelle tidligere utførte relevante røntgenbilder dersom dette ikke er utført hos oss. Vi beklager det eventuelle merarbeidet retur av denne henvisning medfører deg som henviser.

Dersom det foreligger «røde flagg» bør pasienten henvises på nytt til prioritert undersøkelse og mulig pakkeforløp:

Røde flagg:

Symptomer/tegn som tilsier økt risiko for alvorlig patologi:

- Redusert almenntilstand, feber, klarer ikke å belaste grunnet smerte, rødt og hovent ledd:
Septisk artritt? - **Vurdere akutt innleggelse.**
- Misfarging og akutt hevelse hos pas. med kjent blødningstendens (f.eks. blødere):
Spontan blødning i leddet? - **Vurdere akutt innleggelse.**
- Aktivitetsrelaterte hoftesmerter hos mosjonister og idrettsutøvere etter gjentatt stor belastning på underekstremiteter (særlig etter løping på hardt underlag):
Tretthetsbrudd i hofte? - **Vurdere røntgen/MR før 12 uker, og gi uttrykk for diagnosemistanken i henvisningen.**
- Aktivitetsbetingete lyskesmerter (særlig ved kortikosteroidbruk):
Avaskulær lårbenhode-/hofteleddsnekrose? - **Vurdere røntgen/MR før 12 uker, og gi uttrykk for diagnosemistanken i henvisningen.**

Vennlig hilsen

...

Informasjonsskriv «Røntgen anbefales»:

Pasienten er henvist til MR (eller CT) grunnet kne- eller hoftesmerter, men ut fra problemstillingen anses røntgen å være riktig undersøkelse.

Norsk ortopedisk forening fraråder MR som første bildediagnostiske utredning hos pasienter over 50 år med ikke-traumatiske kne- eller hoftesmerter uten «røde flagg» (se under). Behandlingen av slike smerter er i første rekke konservativ, gjerne med aktiv fysioterapiveiledet trening, i minimum 3 måneder. Ved manglende bedring vil operativ behandling kunne vurderes, og da er stående (vektbærende) røntgen førstevalg. Dersom røntgen i disse tilfeller ikke viser artrose kan MR være aktuelt.

Vi har ikke kjennskap til om pasienten allerede annet sted har vært til røntgenundersøkelse for de aktuelle smerter, og pasienten tilbys derfor time til stående røntgen hos oss.

Dersom pasienten mot formodning nylig har vært til røntgen annet sted, og røntgen ikke forklarer smertene godt nok, bes henviser til tross for merarbeidet informere oss om dette, slik at henvisningen kan vurderes på nytt og tidligere røntgenbilder og beskrivelse kan innhentes for eventuell sammenlikning. Dersom det mot formodning foreligger «røde flagg» bør pasienten henvises på nytt til prioritert undersøkelse og mulig pakkeforløp:

Røde flagg:

Symptomer/tegn som tilsier økt risiko for alvorlig patologi:

- Redusert almenntilstand, feber, klarer ikke å belaste grunnet smerte, rødt og hovent ledd:
Septisk artritt? - **Vurdere akutt innleggelse.**
- Misfarging og akutt hevelse hos pas. med kjent blødningstendens (f.eks. blødere):
Spontan blødning i leddet? - **Vurdere akutt innleggelse.**
- Aktivitetsrelaterte hoftesmerter hos mosjonister og idrettsutøvere etter gjentatt stor belastning på underekstremiteter (særlig etter løping på hardt underlag):
Tretthetsbrudd i hofte? - **Vurdere røntgen/MR før 12 uker, og gi uttrykk for diagnosemistanken i henvisningen.**
- Aktivitetsbetingete lyskesmerter (særlig ved kortikosteroidbruk):
Avaskulær lårbenhode-/hofteleddsnekrose? - **Vurdere røntgen/MR før 12 uker, og gi uttrykk for diagnosemistanken i henvisningen.**

Vennlig hilsen

...

Referanser:

- 1) Norsk ortopedisk forening sin Gjør kloke valg anbefaling fra 10.05.24:
<https://www.legeforeningen.no/kloke-valg/anbefalinger/legeforeningens-anbefalinger/norsk-ortopedisk-forening/unnga-a-henviser-middelaldrende-og-eldre-pasienter-med-kne-og-hoftesmerter-til-mr-som-forste-billediagnostiske-utredning/>
 - 2) Du er middelaldrende først når du er 53 år: <https://www.ba.no/nyheter/du-er-middelaldrende-forst-nar-du-er-53-ar/s/1-41-6830070>).
 - 3) Den danske ordbog sin definisjon på middelaldrende:
<https://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=midaldrende>
 - 4) Om «røde flagg» i kne og hofte: <https://www.physiotutors.com/no/physiotherapy/knee/> og <https://www.physiotutors.com/no/physiotherapy/hip/>
 - 5) Norsk radiologisk forening sin gjør kloke valg anbefaling ved fremre knesmerter:
<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-radiologisk-forening/artikler/fag-og-utdanningsstoff-fra-noraforum/gjor-kloke-valg-radiologi/>
- (Kilder til Norsk ortopedisk forening sin Gjør kloke valg anbefaling:)**
- 6) Hunter DJ, Bierma-Zeinstra S. Osteoarthritis. Lancet. 2019 Apr 27;393(10182):1745- 1759. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30417-9. PMID: 31034380.
 - 7) Katz JN, Arant KR, Loeser RF. Diagnosis and Treatment of Hip and Knee Osteoarthritis: A Review. JAMA. 2021;325(6):568–578. doi:10.1001/jama.2020.22171
 - 8) Gibbs AJ, Gray B, Wallis JA, Taylor NF, Kemp JL, Hunter DJ, Barton CJ. Recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis: A systematic review of clinical practice guidelines. Osteoarthritis Cartilage. 2023 Oct;31(10):1280- 1292. doi: 10.1016/j.joca.2023.05.015. Epub 2023 Jun 30. PMID: 37394226.
 - 9) Englund M, Guermazi A, Gale D, Hunter DJ, Aliabadi P, Clancy M, Felson DT. Incidental meniscal findings on knee MRI in middle-aged and elderly persons. N Engl J Med. 2008 Sep 11;359(11):1108-15. doi: 10.1056/NEJMoa0800777. PMID: 18784100; PMCID: PMC2897006.
 - 10) Englund M, Guermazi A, Lohmander LS. The meniscus in knee osteoarthritis. Rheum Dis Clin North Am. 2009 Aug;35(3):579-90. doi: 10.1016/j.rdc.2009.08.004. PMID: 19931804.
 - 11) Deshpande, B.R., Losina, E., Smith, S.R. et al. Association of MRI findings and expert diagnosis of symptomatic meniscal tear among middle-aged and older adults with knee pain. BMC Musculoskelet Disord 17, 154 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12891-016-1010-2>
 - 12) American College of Radiology. ACR Appropriateness Criteria® Chronic Knee Pain <https://acsearch.acr.org/docs/69432/Narrative/>
 - 13) Nasjonal faglig retningslinje for bildediagnostikk ved ikke-traumatiske muskel- og skjelettlidelser. Anbefalinger for primærhelsetjenesten, Helsedirektoriatet 2014, ISBN-nr. 978-82-8081-305-3