



Spesifikke kliniske retningslinjer: **Patellofemoral smerte**

Patellofemoral smerte er vanlig årsak til at folk søker helsehjelp. Knesmertene kan påvirke deltagelse i fysisk aktivitet, sport eller arbeid, noe som kan være frustrerende. Den gode nyheten er at de fleste med denne typen knesmerter opplever bedring. I septemberutgaven av JOSPT ble de nye oppdaterte retningslinjene publisert, med anbefalinger for diagnostisering, undersøkelse og behandling av patellofemorale smerter. Her kommer en oppsummering av retningslinjene, oversatt til norsk.



AV NINA ERGA SKJESETH
FYSIOTERAPEUT

Smerter rundt patella, som også er kjent som fremre knesmerter eller patellofemoral smerte (PFS), er ofte beskrevet som irriterende verk eller sporadisk skarp smerte/stikk rundt patella. Mange opplever denne typen smerter mest etter å ha sittet i lang tid, ved gange opp og ned trapp, hopping eller ved løping – spesielt i bakker.

PFS er mest vanlig blant unge personer mellom 12-19 år, men tilstanden er også vanlig hos voksne og eldre individer. Forekomsten av PFS har i enkeltstudier blitt observert å ligge mellom 1,5-7,3 % av alle som søker medisinsk hjelp, og PFS utgjør rundt 25 % av alle kneplagene hos idrettsaktive.

Risikofaktorer

Fysisk aktive kvinner har større sannsynlighet for å utvikle PFS enn fysisk aktive menn, og nedsatt isometrisk styrke i kneekstensorer har vist seg å kunne predikere utviklingen av PFS. Kvinner med PFS har ofte svakere kneekstensorer, hofteekstensorer, hofteabduktorer og eksterne hofterotatorer enn kvinner uten PFS.

Enkelte studier har vist at både menn og kvinner med PFS har nedsatt muskelstyrke i hofter og kne, samt redusert fleksibilitet i quadriceps, hamstrings og gastrocnemius.

Retningslinjer

I de nye retningslinjene fra 2019 blir anbefalingene gradert fra A til F. A representerer «sterk evidens/sterke bevis», B «moderat evidens», C «svak evidens», D «motstridende evidens/bevis», E «teoretisk eller grunnleggende evidens og F «ekspertenes uttalelse».

KLASSIFISERING

F I fraværet av et tidligere etablert og gyldig klassifiseringssystem for PFS, har kompetanseguppen som har utarbeidet retningslinjene foreslått en klassifisering som består av fire underkategorier relatert til International Classification of Functioning, Disability and Health:

1. *Overbelastning uten andre begrensninger:*

Enkelte kan ha smerter først og fremst på grunn av overbelastning, uten nedsatt funksjonsevne. Pasienter i denne subgruppen presenterer ofte en historie som antyder en økning i volum og/eller hyppighet

av patellofemoral belastning med en hastighet som overskrider vevets tåleevne.

2. *Nedsatt muskulær funksjon:*

Pasienter med nedsatt funksjon og styrke i hofter og kne vil kunne klassifiseres inn i denne subgruppen. Disse pasientene vil respondere bra på øvelser som styrker hofter- og knemuskulatur.

3. *Nedsatt koordinering av bevegelse:*

Pasienter i denne underkategorien vil typisk ha økt knevalgus eller nedsatt kontroll på kneet under dynamiske tester, som ikke nødvendigvis skyldes svakhet i muskulaturen i underekstremitetene. Disse pasientene vil ofte respondere på tiltak rettet mot 'gait retraining' og hofter- og knekinematikk.

4. *Nedsatt mobilitet:*

Enkelte pasienter har smerter og nedsatt funksjon på grunn av enten hyper- eller hypomobile strukturer. Disse pasientene har ofte unormal god mobilitet i foten, og/eller nedsatt bevegelse i en eller flere av følgende strukturer: hamstrings, quadriceps, gastrocnemius, soleus, laterale retinaculum eller det iliobibiale båndet.





DIAGNOSTISERING

A Klinikere bør benytte reproduksjon av retropatellar eller peripatellar smerte (smerter bak eller rundt patella) under huksitting som en diagnostisk test for patellofemoral smerte (PFS). Klinikere bør også bruke andre funksjonelle aktiviteter som belaster det patellofemorale leddet i en flektert stilling, for eksempel gange opp eller ned trapper, som diagnostiske tester for PFS.

B Klinikere bør stille diagnosen PFS ved å bruke følgende kriterier: (1) tilstedeværelse av retropatellar eller peripatellar smerte, (2) reproduksjon av retropatellar eller peripatellar smerte ved huksitting, trappegange, langvarig sitting eller andre funksjonelle aktiviteter som belaster leddet i flektert stilling, og (3) utelukkelse av andre forhold som kan forårsake fremre knesmerter, inkludert tibiofemoral patologi.

C Ved hypomobilitet kan klinikere benytte 'patellar tilt test' for å støtte oppunder diagnostiseringen av PFS.

UNDERSØKELSE

Utfallsmål og selvrapportert funksjon

A Klinikere bør bruke Anterior Knee Pain Scale (AKPS), the Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS-PF - subskala med patellofemoral smerte og artrose), eller den visuelle analoge skalaen (VAS) for aktivitet eller Eng and Pierrynowski Questionnaire (EPQ) for å evaluere smerte og funksjon hos pasienter med PFS. I tillegg bør man bruke VAS for «verste smerte», VAS for «vanlig smerte», eller the numering pain-rating scale (NPRS) for å måle smerte.

Fysiske tester og undersøkelser

B Klinikere bør benytte kliniske tester som reproducerer smerte og evaluerer bevegelseskoordinasjon i underekstremitetene i undersøkelsen, som for eksempel knebøy, nedsteg og ettbens knebøy. Disse testene kan vurdere både pasientens baselinestatus relatert til smerte, funksjon og funksjonshemming, den totale knefunksjonen, i tillegg til endringer i funksjon gjennom hele behandlingsforløpet.

C Ved evaluering av en pasient med PFS over en gitt behandlingsperiode, kan klinikere vurdere kroppsstruktur og -funksjon ved hjelp av tester for patellar provokasjon, patellar mobilitet, fotstilling, hofte- og lårstyrke og muskellengde.

INTERVENSJONER

Trening og øvelser

A Klinikere bør benytte treningsbehandling som inkluderer både hofte- og kneøvelser for å redusere smerter og forbedre pasientrapporterte utfall og funksjonsevne på kort, mellomlang og lang sikt. Hofteøvelsene bør være rettet mot den posterolaterale hoftemuskulaturen. Kneøvelsene bør inkludere enten vektbærende (eks. knebøy) eller ikke-vektbærende øvelser (eks. leg extension/sittende knestrek). Hofteøvelser kan være foretrukket foran kneøvelser i en tidlig fase av PFS. Totalt sett er kombinasjonen av hofte- og kneøvelser mer effektivt enn kneøvelser alene for å optimalisere utfallet hos pasienter med PFS.

Taping

B Klinikere kan bruke spesifikk taping av patella i kombinasjon med øvelser for å bidra til umiddelbar smertereduksjon og for å optimalisere effekten av trening på kort sikt (fire uker). Bruk av tape har lite eller ingen effekt på lang sikt, eller når det kombineres med mer intensiv trening/behandling. Taping for å styrke eller påvirke muskelfunksjonen anbefales ikke.

Ortoser

B Klinikere bør ikke anbefale patellofemorale kneortoser for pasienter med PFS.

Innleggssåler

A Klinikere bør anbefale prefabrikerte innleggssåler til pasienter med større pronasjon enn normalt for å redusere smerter, men dette gjelder primært på kort sikt (opp til seks uker). Hvis anbefalt, bør såler kombineres med et treningsprogram. Det er utilstrekkelig bevis for å anbefale tilpassede såler fremfor prefabrikerte såler.

Biofeedback

B Klinikere bør ikke bruke elektromyografi-basert biofeedback på quadriceps hos pasienter med

PFS. Klinikere bør heller ikke bruke visuell biofeedback relatert til alignment i underekstremiteter under hofte- og kneøvelser.

Løpsmønster og 'gait retraining'

C For løpere med PFS, kan klinikere benytte 'gait training' bestående av flere økter med verbal tilbakemelding for å endre løpestil til forfotsløping (for løpere som lander på hæl), for å øke stegfrekvensen, eller for å redusere grad av hofteadduksjon under løping.

Okklusjonstrening og høy-repetisjons treningsterapi

F Klinikere kan bruke trening med begrenset blodstrøm i kombinasjon med høy-repetisjonstrening for knemuskulaturen for de som begrenses av smerter under trening med motstand. Ved okklusjonstrening bør man hele tiden ha kontroll på eventuelle uønskede reaksjoner.

Nålebehandling og dry needling

A Klinikere bør ikke bruke dry needling i behandlingen av pasienter med PFS.

C Klinikere kan bruke akupunktur for å redusere smerter hos pasienter med PFS. Imidlertid bør det utvises forsiktighet ved denne anbefalingen, da det foreløpig er ukjent om akupunktur gir bedre effekt enn placebo- eller sham-behandling.

Manuelle behandlingsteknikker som eneste tiltak

A Klinikere bør ikke bruke manuellterapi, inkludert manipulasjon eller mobilisering av lumbal, kne eller patella, som et tiltak alene for pasienter med PFS.

Passive eller biofysiske behandlingsmetoder

B Klinikere bør ikke bruke biofysiske hjelpemidler, inkludert ultralyd, kryoterapi, fonoforese, iontoforese, elektrisk stimulering eller terapeutisk laser i behandlingen av pasienter med PFS.

Pasientinformasjon og -opplæring

F Klinikere kan inkludere spesifikk pasientopplæring som omhandler belastningsstyring, håndtering av kroppsvekt (når det er aktuelt), viktigheten av kontinuitet over tid på trening, biomekanikk som kan bidra til overbelastning av patellofemoralleddet, evidens rundt ulike behandlingsmodaliteter og kinesiofobi (frykt for bevegelse). Pasientopplæring kan bedre compliance og opprettholdelse av aktive tiltak og egne mestringsstrategier, og det er lite sannsynlig at det vil ha uønsket effekt.

Kombinasjon av behandlingsmodaliteter

A Klinikere bør kombinere fysioterapiintervensjoner ved behandling av pasienter med PFS, noe som har vist overlegne resultater sammenlignet med ingen behandling, flate innleggssåler eller innleggssåler alene på kort og mellomlang sikt. Treningsterapi er den avgjørende komponenten og bør være i fokus i ethvert behandlingsforløp. Intervensjoner som kan kombineres med trening inkluderer innleggssåler, taping av patella, mobilisering av patella og tøying av underekstremitetene.

Kilder:

1. Willy, R. W., Hoglund, L. T., Barton, C. J., et al. (2019: Patellofemoral Pain. J Orthop Sports Phys Ther, 49(9):CPG1-CPG95. doi:10.2519/jospt.2019.0302