

Höftplastik - Fysioterapeutiska/sjukgymnastiska riktlinjer

Bakgrund

Den vanligaste orsaken till operation med höftplastik är höftledsartros. Läs mer om vad höftledsartros innebär och hur man kan gå tillväga för att få råd och hjälp på 1177.se

Indikationer för utredning

Patienter som söker vård på vårdcentral med typiska symtom på höftledsartros såsom smärta i ljumske, lår och knä, belastningssmärta, igångsättningssmärta och nedsatt rörlighet i höftleden.

Utredning

Utredning görs av läkare och fysioterapeut/sjukgymnast i primärvården som skickar remiss för bedömning och ställningstagande till operation till läkare på ortopedkliniken. Följande undersökningsfynd indikerar behov av remiss (1, 2):

- Oacceptabel smärta karaktäristisk för höftledsartros till exempel vilosmärta och belastningssmärta.
- Stor aktivitetsbegränsning på grund av smärtan till exempel nedsatt gångsträcka och svårigheter att gå i trappor.
- Tydlig artros på röntgen.
- Genomgången icke operativ behandling såsom smärtlindring, artrosskola, och träning där otillräcklig symptomlindring uppnåtts.

Målet med höftplastikoperationen är att skapa en smärtfri höftled med bra rörlighet och stabilitet för förbättrad funktion och ökad livskvalitet.

Patienter som efter fall eller olycka ådragit sig en höftfraktur opereras ibland med en höftplastik. Beroende på frakturtyp kan patienten opereras med en hel- eller halvplastik.

Indikationer för behandlingsåtgärder

Alla patienter som ska göra en planerad operation med höftplastik träffar fysioterapeut/sjukgymnast eller rehabiliteringsassistent på ortopedkliniken vid inskrivning 1-2 veckor före operationen. Besöket kan vara individuellt eller i mindre grupp.

Genom att få skriftlig och muntlig information om ingreppet innan operationen ges patienten en bättre möjlighet att förstå fördelar och risker med en höftplastik (3). De kan då ha mer realistiska förväntningar på operationen och blir mer nöjda

efteråt. Vårdtiden kortas när patienten är välinformerad och har hunnit förbereda sig på vad som gäller postoperativt (4). Eventuell oro och ångest inför operationen minskar när patienten vet vad som väntar och redan innan operationen fått se vilken avdelning de ska ligga på (5).

Behandlingsåtgärder

Inskrivningsbesöket är ett tillfälle för patienten att ställa frågor och få information om:

- Anatomi, operationsteknik och allmänna rekommendationer (se nedan).
- Postoperativ träning enligt höftprogram samt vikten av eget ansvar för träning och postoperativ mobilisering.
- Målsättningar under vårdtiden samt att planerad hemgång sker när dessa mål är uppnådda, vanligtvis dagen efter operation.

Postoperativt

Alla patienter som opereras med höftplastik träffar fysioterapeut/sjukgymnast eller rehabiliteringsassistent postoperativt under vårdtiden för träning enligt träningsprogram och information om postoperativ regim. Gång med lämpligt gånghjälpmedel (kryckor/rollator) och anpassad trappgång tränas. Full belastning efter smärtgräns samt fri rörlighetsträning tillåts om inget annat anges i operationsberättelsen.

Se dokument,

- Träningsprogram efter operation med höftplastik – Instruktion

Vid hemgång ska patienten:

- Vara införstådd med den postoperativa regimen enligt information.
- Ha god gångteknik med lämpligt gånghjälpmedel.
- Ha förmåga att självträna enligt skriftligt program.
- Vara självständig och trygg vid förflyttningar.
- Veta vart man kan vända sig vid eventuella frågor eller för hjälp med fortsatt träning.

Tack vare förbättrade prototyper och operationstekniker har restriktioner efter höftplastik tagits bort. Detta minskar rörelserädsla hos patienterna och studier har visat att patienterna har återgått tidigare till aktiviteter och varit mer nöjda med operationsresultatet samtidigt som andelen luxationer inte har ökat (6).

Eftersom patienterna har sår som ska läka och i en del fall muskler/senor som ska läka fast bör de inte belasta tungt eller stretcha de första tre månaderna efter operationen. Exempel på tung belastning är gruppträning på gym, jogging eller tyngre trädgårdsarbete. Däremot rekommenderas promenader, lättare cykling och träning på gym utan tyngre belastning.

Efter tre månader är det fritt att ägna sig åt exempelvis cykling, träning i roddmaskin, "kontrollerad" gymträning (till exempel övningar i maskin), skogspromenader och joggning.

För vissa yngre patienter med en hög funktionsnivå rekommenderas att avstå från aktiviteter där man får tunga stöbelastningar och där risken för att ramla är stor, som vid tung gymträning (frivändningar, tunga marklyft), kontaktidrotter, utförsåkning, orientering etc. Vid osäkerhet, kontakta operatören.

Uppföljning

För patienter som är i behov av vårdplanering sker efter patientens samtycke rapportering i Cosmic Link för vidareförmedling av funktionsförmåga. I vissa fall har detta skett redan före operationen.

Alla patienter som opereras med planerad höftplastik kallas till ett återbesök till ortopedfysioterapeut/ortopedsjukgymnast 4 veckor efter operation.

Vid återbesöket följer fysioterapeut/sjukgymnast upp sårsläkning, gångmönster, höftfunktion och hur hemträningen fungerat. Träningsprogrammet utökas med övningar som belastar det opererade benet i stående och individanpassas efter patienten. Postoperativ regim repeteras. Eventuellt kan benlängdsskillnad korrigeras med en korkkil. Vid behov skickas remiss till Team Olmed för skoförhöjning, detta utifrån patientens rörelsemönster och upplevda besvär. I vissa fall där det finns en uttalad benlängdsskillnad korrigeras det direkt postoperativt. Patientens känsla av förlängning av det opererade benet beror ofta på att det preoperativt funnits en flexions- och adduktionskontraktur som tillsammans med tunnare ledbrosk ger en anatomisk och funktionell förkortning av benet (7, 8). Detta förbättras ofta postoperativt genom träning av muskelstyrka och gångmönster.

Se dokument,

Träningsprogram efter höftplastik, stegrat program - Instruktion

Vid behov sker överrapportering till fysioterapeut/sjukgymnast i primärvården eller uppmanas patienten att ta denna kontakt själv. För många patienter räcker det med hemövningarna, att komma igång med vardagsaktiviteter och promenader. Gångträningen är viktig eftersom den har stor effekt på höftfunktionen och styrkan (9). Framför allt yngre patienter eller patienter med högre funktionskrav kan behöva mer hjälp med postoperativ rehabilitering men även patienter med väldigt dålig höftfunktion preoperativt (10-13).

Åtgärdskodning vid dokumentation i Cosmic:

- QM015 Gångträning
- QM016 Trappträning
- QV011 Träningsprogram
- QG003 Muskelfunktions- och styrketräning

- QD012 Andningsträning
- GB009 Information och undervisning riktad till patient
- GA025 Utprovning och förskrivning av övriga hjälpmedel

Risker/kontraindikationer

För att eliminera risken för djup ventrombos och fallolyckor får patienten information och praktiska instruktioner gällande:

- Att varje vaken timma under det första dygnet utföra aktiva fotpumpningar.
- Tidig postoperativ mobilisering och gång med tillåten belastning av det opererade benet (8). Målet är att alla ska ha stått upp/gått inom 1 timme efter att de har återkommit till avdelningen.
- Att initialt använda gånghjälpmedel med rätt gångteknik.
- Vikten av att fortfarande vara aktiv hemma med träning och gång samt att växla mellan aktivitet och vila.
- Fallprevention såsom att använda stadiga skor och plocka bort lösa mattor.

Mätetal och målnivå

100 % av patienterna som genomgår en planerad höftplastik ska både pre- och postoperativt träffa rehabiliteringspersonal från Rehabiliteringscentrum kopplad till ortopedien.

Mer att läsa kring höftplastik finns under Svenska höftprotesregistret www.shpr.se

Mer att läsa kring fallprevention finns under www.vardhandboken.se och rubriken fallprevention.

Referenser

1. Lidgren L, Johnell O. Nationellt Kompetenscentrum för Ortopedi. Indikationer för behandling inom ortopedi. [updated 2006; cited 2023-05-10].
2. Rheumatol Z. Indications for joint replacement: Total hip arthroplasty. 2018 Feb; 77 (1): 55-65.
3. Suva D, Lubbeke A, Hudelson P, Lataillade L, Hoffmeyer P. [Patient information before hip replacement: positive effects of group-session patient education prior to total hip replacement]. Rev Med Suisse. 2007 Dec 19;3(138):2878-81.
4. McGregor AH, Rylands H, Owen A, Dore CJ, Hughes SP. Does preoperative hip rehabilitation advice improve recovery and patient satisfaction? J Arthroplasty. 2004 Jun;19(4):464-8.
5. Spalding NJ. Reducing anxiety by pre-operative education: make the future familiar. Occup Ther Int. 2003;10(4):278-93.
6. Van der Weegen W, Kornuijt A, Das D. Do lifestyle restrictions and precautions prevent dislocation after total hip arthroplasty? A systematic review and metaanalysis of the literature. Clinikal rehabilitation. 2016 Vol. 30(4): 329-339.

7. Sobiech M, Jablonski M, Gorzelak M, Turzanska K, Posturzynska A, Drelich M. Postoperative limb lengthening following Total Hip Arthroplasty (THA) through a posterior approach - a challenge for the orthopaedist or physiotherapist? *Ortop Traumatol Rehabil.* 2010 Sep-Oct;12(5):420-9.
8. Brander V, Stulberg SD. Rehabilitation after hip- and knee-joint replacement. An experience- and evidence-based approach to care. *Am J Phys Med Rehabil.* 2006 Nov;85(11 Suppl):S98-118; quiz S9-23.
9. Hesse S, Werner C, Seibel H, von Frankenberg S, Kappel EM, Kirker S, et al. Treadmill training with partial body-weight support after total hip arthroplasty: a randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil.* 2003 Dec;84(12):1767-73.
10. Minns Lowe CJ, Barker KL, Dewey ME, Sackley CM. Effectiveness of physiotherapy exercise following hip arthroplasty for osteoarthritis: a systematic review of clinical trials. *BMC Musculoskelet Disord.* 2009;10:98.
11. Unlu E, Eksioglu E, Aydog E, Aydog ST, Atay G. The effect of exercise on hip muscle strength, gait speed and cadence in patients with total hip arthroplasty: a randomized controlled study. *Clin Rehabil.* 2007 Aug; 21(8):706-11.
12. Tribe KL, Lapsley HM, Cross MJ, Courtenay BG, Brooks PM, March LM. Selection of patients for inpatient rehabilitation or direct home discharge following total joint replacement surgery: a comparison of health status and out-of-pocket expenditure of patients undergoing hip and knee arthroplasty for osteoarthritis. *Chronic Illn.* 2005 Dec;1(4):289-302.
13. Austin M, Urbani B, Fleischman A, Fernando N, Purtill J, Hozack W, Parvizi J, Rothman R. Formal physical therapy after total hip arthroplasty is not required: a randomized controlled trial. *The journal of bone and joint surgery.* 2017;99:648-55.