

# Nyhedsbrev

Arbejds- og Socialmedicinsk Afdeling, Holbæk Sygehus

## Indledning

August 2022

*v/ uddannelsesansvarlig overlæge, Morten Blønd*

I dette nyhedsbrev vil vi gerne formidle viden om en af de hyppigste årsager til nedsat funktionsevne, nemlig slidgigt.

Lægeligt betegnes slidgigt "osteoartrose" eller blot "artrose". Der er sandsynligvis tale om en hel gruppe af ledforandringer, der ligner hinanden, men alligevel fremtræder lidt forskelligt og har flere eller forskellige årsager.

Årsagen til slidgigt er oftest ikke et simpelt slid af leddet på samme måde, som et bildæk slides. Vores kroppe, inklusive vores led, består af levende væv, hvor der hele tiden sker både nedbrydning og genopbygning. Når der er ubalance mellem nedbrydning og genopbygning, kommer der forandringer i både ledbrusk, ledhinde, ledbånd, menisker og knogler, forandringer vi kalder degenerative.

Diagnosen slidgigt stilles "klinisk", dvs. ud fra symptomer og lægens egen undersøgelse. Smerter er det dominerende symptom og tilstanden kaldes da symptomatisk slidgigt. Røntgenundersøgelse viser ikke kun slidgigtforandringer hos personer med symptomatisk slidgigt, men også hos mange smertefrie, dvs. raske, personer. Der er således ikke altid en sammenhæng mellem smerter og røntgenundersøgelse.

Alder er den mest fremtrædende risikofaktor for slidgigt. Det skyldes både aldersforandringer i kroppen og de øvrige risikofaktorer, man har været udsat for gennem livet. Arvelige (genetiske) forhold har betydning for udvikling af slidgigt, især i hofter og hænder. Dette forhold er mest tydeligt ved udvikling af slidgigt i en yngre alder. Køn, overvægt, anatomiske forhold, sportsudøvelse, tidligere traumer og erhvervs-mæssige påvirkninger er andre risikofaktorer.

På Arbejdsmedicinsk Ambulatorium interesserer vi os både for de erhvervs-mæssige årsager til slidgigt og for de erhvervs-mæssige konsekvenser af slidgigt. Ovenstående oplysninger om andre risikofaktorer nævnes for at tydeliggøre, at udvikling af slidgigt hos jeres medlemmer ofte skyldes flere faktorer til trods for, at betegnelsen "slidgigt" antyder én bestemt årsag.

Nedenfor beskrives tre af de typer slidgigt, vi ofte får henvist til afklaring. God læsning og husk, at I altid er velkomne til at kontakte vores åbne telefonrådgivning hverdage kl. 8-15 på 5948 9851.

## Slidgigt i knæleddet

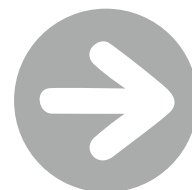
*v/ uddannelseslæge Mikkel Anhøj*

Slidgigt i knæleddet er den vigtigste årsag til nedsat mobilitet hos ældre. Op mod 4-9 % af mænd og 8-15 % af kvinder har symptomgivende knæledsartrose og der udføres omkring 9500 knæprotese-operationer årligt.

Knæleddet består af tre dele (3 kamre), hvor hvert kammer for sig eller alle samlet kan rammes af artrose: to ledkamre mellem lårbensknoglen (femur) og skinnebenet (tibia) samt ledkamret mellem lårbensknoglen og knæskallen (det patello-femorale led).

Smerterne kommer i starten ofte ind imellem og er af moderat styrke. Ofte beskrives igangsætningssmerter, lindring ved bevægelse og igen smerter ved større belastning, den såkaldte belastningstriade. Der kan også ses natlige smerter, som kan være søvnforstyrrende. Der kan ses ledstivhed og indskrænket bevægelighed.

Diagnosen stilles ofte ud fra en samlet vurdering af symptomer, risikofaktorer (f.eks. alder) og undersøgelsesfund, inklusiv røntgen eller scanningsbilleder.



Slidigt i knæene ses oftere med stigende alder, hos overvægtige, hos kvinder samt efter tidlige skader i knæet.

I forhold til den arbejdsmæssige belastning ved man, at knæliggende og hugsiddende arbejde øger risikoen for knæartrose. Der er mere tvivl om, hvorvidt tungt løftearbejde kan øge risikoen, men det lader til, at risikoen øges yderligere, hvis man har begge dele - altså både tungt løftearbejde og knæliggende arbejde.

Knæartrose ses hyppigst i fag så som gulv- og tæppelæggere og minearbejdere. Herudover er der i enkelte undersøgelser set en øget risiko for knæartrose i fag som svejsere, rørleggere og bygningsarbejdere.

Anerkendelseskriterierne hos Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (AES) for arbejdsbetinget knæartrose tager udgangspunkt i langvarigt knæliggende/hugsiddende arbejde i mindst 10 år i en større del af arbejdsdagen.

Behandling består af træning, vægttab hos overvægtige og smertestillende medicin. Ved fortsatte udtalte smerter og begrænsninger i dagligdagens aktiviteter kan en protese-operation komme på tale.

Hvis man både har personlige og erhvervmæssige risikofaktorer, bør man variere sit arbejde, holde sig aktiv og normalvægtig og, så vidt det er muligt, undgå knæliggende/hugsiddende arbejde.



## Slidigt i hoften

### *v/ uddannelseslæge Astrid Rosenberg Eskildsen*

Slidigt (artrose) i hoftelæddene er også almindeligt forekommende i Danmark og ses hos ca. 5 % af befolkningen. Forekomsten stiger med alderen og hoftelædsartrose vil 9 ud af 10 gange være årsagen til hoftesmerter hos ældre personer over 65 år.

Hoftelæddene er de store vægtbærende led som kobler benene til resten af kroppen. Et velfungerende hofteled er afgørende for, at vi kan bevæge os frit omkring og varetage fysisk krævende arbejdsopgaver. Leddet er lokaliseret dybt inde bag lysken og består af hofteskålen (en del af bækkenknoglen) og hoftekuglen (en del af lårbenet). Når brusken er udtyndet, kan de blottede knogler gnide mod hinanden, hvilket giver anledning til smerter samt fortykkelse af knogleenderne med dannelse af knogleudvækster. Disse knogleudvækster kan medføre begrænset ledbevægelighed.

Symptomerne på hofteledsartrose kommer ofte snigende over en årrække. Typisk opleves i første omgang stivhed i leddet samt smerter ved bevægelse/belastning. Senere (ved mere fremskreden sygdom) tilkommer smerter i hvile og om natten. Smerterne er typisk lokaliseret dybt i lysken, dybt i balden eller på ydersiden af låret. Smerterne stråler ofte ned mod knæet.

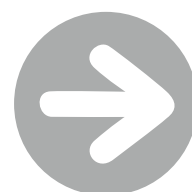
Det er ofte den praktiserende læge, der stiller diagnosen på baggrund af karakteristiske symptomer i kombination med relevante røntgenforandringer. En stor andel af ældre personer vil have slidforandringer på røntgen, men kun en lille andel af disse patienter har symptomer.

Der er enighed blandt forskere om, at dagligt, årelangt, tungt løftearbejde øger risikoen for hofteledsartrose en smule. Der er især fundet en øget risiko hos landmænd med tungt løftearbejde, men også i byggeindustrien.

Hofteledsartrose kan anerkendes som erhvervssygdom, såfremt der er tale om dobbeltsidig artrose hos en person, der har udført tungt løftearbejde – som udgangspunkt mindst 8 tons dagligt i minimum 15 år.

Ved symptomer på hofteledsartrose anbefales i første omgang behandling med smertestillende medicin (fx paracetamol), træning og (hos overvægtige) vægttab. Hvis smerterne tiltager i et omfang, der begrænser evnen til at fungere i dagligdagen, kan det i samarbejde med en ortopædkirurg overvejes, om en operation (typisk indsættelse af et kunstigt hofteled) er den rette behandling.

Man ved, at belastning af et artroseramt hofteled (fx ved fortsat arbejde med tunge løft) ofte vil give anledning til symptomforværring og dermed i praksis en dårligere prognose med hensyn til arbejde og funktion. Det vil derfor ofte være nødvendigt at indføre en række skånehensyn hos en erhvervsaktiv person med hofteledsartrose mhp. at kunne fastholde vedkommende i arbejdet. For at



vedligeholde funktionsevnen og sikre bedst mulig prognose er det dog meget vigtigt, at man samtidigt forbliver aktiv, både i form af styrketræning (af bl.a. lår, balder og ryg) og med træning med pulsøgning, da det har en række positive effekter, herunder på smerteoplevelsen.

## Slidgigt i skulderen

*v/ uddannelseslæge Jonathan Aavang Pedersen*

Skuldersmerter er en hyppig tilstand, der vil forekomme hos op imod 70% af befolkningen i løbet af livet. Flere tilstande kan forårsage smerter i skulderen og slidgigt ses relativt ofte. Skulderen er et kompliceret led og består af glenohumeralleddet (skulderleddet), hvor overarmsknoglen og skulderbladet mødes, og acromioclavikulærleddet (skulderhøjdeleddet, AC-leddet), hvor kravebenet møder skulderbladet.

Symptomerne ved artrose i skulderleddet omfatter både hvilesmerter og forværring af smerter ved belastning. Ofte stråler smerterne ned i overarmen til albuen, man kan opleve, at skulderen knaser, når man bevæger den og der kan udvikles ledstivhed.

I skulderhøjdeleddet ses ofte hvile- og belastningssmerter på toppen af skulderen, der forværres, når man f.eks. rækker henover kroppen ud efter selen i bilen. Det kan ofte medføre indeklemning (impingement), dvs. afklemning af bløddelene i skulderen. Diagnosen stilles ofte ved klinisk undersøgelse i kombination med billeddiagnostik såsom røntgen.

Forekomsten af artrose i skulderen stiger med alderen og mekanismen bag er ikke helt klarlagt, men alder er den primære risikofaktor. Derudover ses det lidt hyppigere hos kvinder og overvægt øger også risikoen. Større traumer, såsom frakturer i skulderen eller skuldarsenelæsioner med efterfølgende skulderinstabilitet, kan også medføre artrose med tiden. Sammenhængen med ergonomiske eksponeringer er kompliceret og uafklaret, hvor både ekstrem inaktivitet og ekstrem fysisk udfoldelse kan øge risikoen. F.eks. er eliteidrætsudøvere af tennis og baseball i øget risiko.

Der findes aktuelt ikke sikre forskningsmæssige holdepunkter for, at bestemte arbejdsfunktioner øger risikoen for at udvikle artrose i skulderen og sygdommen står derfor ikke på erhvervs sygdomsfortegnelsen. Derimod står impingement/rotator cuff syndrom på fortegnelsen.

Fysioterapi kan være nødvendig for at bedre bevægelighed og bedre den daglige funktion. Ved manglende effekt kan operativ behandling overvejes.

## Genoptagelse af fysiske møder

*v/ uddannelsesansvarlig overlæge, Morten Blønd*

Covid-pandemien har bevirket, at vi har holdt en lang pause med de årlige fysiske møder mellem fagforeningerne og vores afdeling. Vi arbejder på at genoptage de fysiske møder og I vil høre nærmere.



### Holbæk Sygehus

Arbejds- og Socialmedicinsk Afdeling  
Smedelundsgade 60  
4300 Holbæk  
Tlf.: 5948 9851  
Mail: hol-arbmed@regionsjaelland.dk  
Tlf.: 5948 9852  
Mail: hol-socmed@regionsjaelland.dk