



Artroskopisk kirurgi saknar effekt vid artros i knä och leder till höga kostnader

Sammanfattning

Artroskopisk borttagning av lösa och förändrade delar av menisk- och ledbrosk har inte visat sig ha effekt vid artros i knät. Metoden innebär en ökad risk för infektion i leden, blodutgjutning i ledhålan, djupvenstrombos eller ansamling av vätska. Dessutom innebär den en relativt hög kostnad för hälso- och sjukvården.

Vad är artroskopisk kirurgi?

Artroskopisk kirurgi med ledstädning och meniskresektion innebär att leden genomspolas med koksaltlösning för att de delar av menisken och ledbrosket som är lösa och förändrade avlägsnas [1]. Operationen utförs för att minska smärtan och förbättra funktionen i knät.

Metoden används i Sverige

Knäartros förekommer hos 12,5 procent av Sveriges befolkning som är 45 år eller äldre, (95 % KI, 12,4 till 12,6) [7]. Det innebär att mer än en halv miljon personer har knäartros.

Degenerativa meniskskador förekommer hos cirka en tredjedel av alla personer över 50 år. De ökar i prevalens vid knäartros och med åldern. Tre av fyra patienter med knäartros har även degenerativa meniskskador. Förekomst av sådana meniskskador hos patienter med artros påverkar dock inte graden av knäbesvär [5,6].

Enligt data för år 2012 gjordes 9 884 artroskopiska operationer på patienter äldre än 40 år med diagnosen artros (ICD-kod: M17) och/eller meniskskada (ICD-kod: M23, S83) [10]. Av dessa var 2 186 ingrepp på patienter med huvuddiagnosen artros. Antalet ingrepp på patienter med diagnosen artros är sannolikt underskattat eftersom det finns anledning att tro att många av de patienter som fått diagnosen 'M23



JIM VARNEY/SCIENCE PHOTO LIBRARY/IBL

annan knäsjukdom' i själva verket har knäartros i ett tidigt skede [5,6].

Artroskopisk kirurgi vid artros i knät har inte effekt på smärta, funktion och livskvalitet men innebär risker

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2012 ingick en litteratursökning för att utvärdera effekterna av artroskopisk kirurgi med ledstädning och meniskresektion [1]. Litteratursökningen identifierade fyra systematiska översikter och tre randomiserade kontrollerade studier. Ytterligare två studier har därefter tillkommit [8,9]. Studierna omfattar totalt cirka 1 000 patienter med en genomsnittlig ålder mellan 50 och 60 år. Studierna visar att artroskopisk kirurgi med ledstädning och meniskresektion inte har någon större effekt på smärta (hög evidensstyrka), funktion (hög evidensstyrka) och livskvalitet (måttlig evidensstyrka) än placebokirurgi, ledsköljning, sjukgymnastisk behandling med fysisk träning eller en kombination av sjukgymnastisk behandling med fysisk träning och medicinsk behandling hos patienter med diagnosen artros.

De vanligaste biverkningarna är enligt en registerstudie på 14 391 deltagare djup ventrombos (0,6 %), kirurgiska komplikationer (0,5 %), infektioner (0,5 %), kardiovaskulära händelser (0,3 %) och död inom tre månader (0,1 %) [1].

Enligt Socialstyrelsens riktlinjer är därför artroskopisk kirurgi med ledstädning och meniskresektion vid artros klassad som icke-göra, vilket innebär att Socialstyrelsen rekommenderar att behandlingen inte utförs alls [1].

Metoden leder till höga kostnader

De resurser som krävs vid en artroskopisk knäoperation inkluderar kostnader för undersökning, operation, utrustning, förbrukningsmaterial och eventuell uppföljande kontroll. Artroskopiska ingrepp sker som regel i öppenvården. Enligt landstingens prislister för utomlänsvård ligger kostnaden på 15 000–16 000 kronor (2013) för diagnostisk artroskopi (åtgärdskod H45O), andra knäoperationer (åtgärdskod H12O) och andra operationer muskel/ben/bindväv (åtgärdskod H49O) [3,4].

De 2 186 artroskopiska operationerna, som registreras med artros som huvuddiagnos år 2012, beräknas utgöra en kostnad på cirka 33 miljoner kronor (beräknat på kostnaderna för operation utan komplikationer, 15 000 × 2 186) [10]. För att beräkna varje landstings kostnad i kronor kan nedanstående formel användas:

$$\text{Landstingets kostnad (kronor)} = (\text{antal artroskopiska ingrepp vid artros i knä inom landstinget}) \times 15\,000$$

Stora resurser läggs på en behandling som inte har effekt men innebär risker

Artroskopi vid knäartros har inte någon effekt på patienternas symtom men kan innebära risker. Dessutom innebär operationen en relativt stor kostnad för hälso- och sjukvården. Dessa resurser skulle istället kunna läggas på mer angelägna och effektiva behandlingar och på så sätt möjliggöra en mer effektiv användning av resurser.

De patienter som idag genomgår en artroskopi för artros i knä är ojämnt fördelade både avseende geografi och socioekonomi. Spridningen mellan de olika landstingen är stor, från 21 till 95 ingrepp per 100 000 invånare äldre än 40 år [11]. Färre kvinnor än män får behandlingen och individer med enbart grundskoleutbildning opereras mer sällan [2]. En utmönstring av metoden skulle kunna leda till en mer jämlik användning av resurser.

Andra behandlingar som används vid artros i knät

Det finns andra behandlingar som fått en högre rekommendation i Socialstyrelsens riktlinje. Rekommendationerna går från 1 till 10 där 1 står för högsta

prioritet medan 10 betyder att patientnyttan bedöms som liten eller måttlig och att det finns andra mer kostnadseffektiva behandlingar som bör användas i första hand. Behandlingarna med högre rekommendation är:

- långvarig regelbunden handledd konditions-, styrke- och funktionsträning (Socialstyrelsens rekommendation 3)
- viktreduktion (5)
- utbildning (6)
- naproxen (6)
- elektroakupunktur (7)
- injektion av kortison i leden (7)
- transkutan elektrisk nervstimulering (7)
- icke-selektiva COX-hämmare (7)
- selektiva COX-hämmare (7)
- paracetamol (8)
- Tramadol (9)
- starka opioider (10)
- lågenergilaser (10)
- balneoterapi (10)
- diklofenakgel eller ibuprofenkräm (10).

Referenser

Fullständig referenslista finns på www.sbu.se.

1. Socialstyrelsen, Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2012, Socialstyrelsen, Stockholm 2012. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-5-1>
2. Sveriges kommuner och landsting & Socialstyrelsen. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2013, Stockholm. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-12-1>
7. Turkiewicz A, Petersson, IF, Björk J, Dahlberg LE, Englund M. The consultation prevalence of osteoarthritis 2030 may increase by 50%: prognosis for Sweden. *Osteoarthritis Cartilage* 2013;21(Suppl):S160-S161.
8. Yim J-H, Seon J-K, Song E-K, Choi J-I, Kim M-C, Lee K-B, Seo H-Y. A Comparative Study of Meniscectomy and Non-operative Treatment for Degenerative Horizontal Tears of the Medial Meniscus. *Am J Sports Med PreView*, published on May 23, 2013 as doi:10.1177/0363546513488518.
9. Katz JN, Brophy RH, Chaisson CE, de Chaves L, Cole BJ, Dahm DL, et al. Surgery versus physical therapy for a meniscal tear and osteoarthritis. *N Engl J Med* 2013;368:1675-84. doi: 10.1056/NEJMoa1301408.

Projektgrupp

Detta prioriteringsstöd är sammanställt av **Emelie Heintz, Frida Mowafi och Pernilla Östlund** på SBU och är granskat av **Teppo Järvinen, MD, PhD**, Helsingfors Universitet, Helsingfors och **Lars Sandman**, professor, etik, Högskolan i Borås.

I kliniska studier presenteras resultatet av en åtgärd som ett genomsnittligt värde på gruppnivå. Effekten kan variera mellan individerna i gruppen och det kan därför finnas enskilda patienter som har nytta av åtgärden.
www.sbu.se • registrator@sbu.se