

Videnskabelig Leder

Behandling af knæartrose med træning

Robin Christensen^{1, 2, 3} & Per Hölmich⁴

1) Parker Institut, Københavns Universitetshospital – Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, 2) Reumatologisk afdeling, Klinisk Institut, Syddansk Universitet, 3) Cochrane Danmark & Center for Evidensbaseret Medicin Odense (CEBMO), Klinisk Institut, Syddansk Universitet, 4) Sports Orthopedic Research Center – Copenhagen (SORC-C), Ortopædkirurgisk Afdeling, Københavns Universitetshospital – Amager og Hvidovre Hospital

Ugeskr Læger 2025;187:V205223. doi: 10.61409/V205223

Behandling af osteoartrose (OA) bør være tværfaglig og varetages i tæt dialog med patienten. De globale retningslinjer peger på, at patienter med knæ-OA primært bør tilbydes ikkefarmakologiske interventioner, herunder patientuddannelse, vægtreduktion og træning. Som supplement til ovenstående tiltag kan suppleres med medikamentel behandling og – ved manglende effekt – kirurgi [1]. Træning og patientuddannelse anbefales i Danmark som primære strategier til symptomlindring ved OA. Good Life with osteoArthritis in Denmark (GLA:D)-programmet promoveres som en evidensbaseret indsats, der har til formål at forbedre symptomer og livskvalitet hos patienter med knæ- eller hofte-OA. Programmet tager udgangspunkt i gældende kliniske retningslinjer for behandling af OA og vægter patienternes egenhåndtering af deres sygdom. Imidlertid rejser evidensgrundlaget bekymring: Der er velkendte udfordringer med blinding af forsøgsdesign, og træningsinterventionernes kompleksitet varierer betydeligt. Dette, sammenholdt med at de vigtigste effektmål er patientrapporterede, gør det vanskeligt at adskille effekten af træning og uddannelse fra kontekstuelle-effekter og regression mod gennemsnittet [2].

I et nyligt publiceret Cochrane-review fra december 2024 gennemgik *Lawford et al* eksisterende evidens inden for træning ved knæ-OA [3]. I deres evidenssyntese inkluderede de 139 randomiserede studier med i alt 12.468 patienter, hvor træning blev sammenlignet med en kontrolgruppe. Interventionernes varighed varierede betydeligt og spændte fra 2 til 104 uger. De fleste studier havde uklar eller høj risiko for bias. De konkluderede, at evidensen er lav, for at træning medfører en forbedring af smerte. Der er moderat evidens for, at træning forbedrer fysisk funktion og giver forbedring af livskvalitet. Forfatterne fandt ikke forskelle i effekter mellem forskellige typer af træning. Overraskende nok kunne forfatterne ikke bekræfte selv den mest enkle – og forventede – dosis-respons-sammenhæng mellem forbedringer i symptomer og det samlede antal ordinerede træningssessioner [3].

Den kliniske konklusion ifølge forfatterne er, at der er evidens svarende til lav eller i bedste fald moderat kvalitet (eng.: »certainty«) for, at træning resulterer i en forbedring af symptomer [4]. Denne kritiske fortolkning er bl.a. baseret på de etablerede tærskelværdier for minimal vigtig forskel (eng.: »minimal important difference«) for smerte, fysisk funktion og livskvalitet. De estimerede forbedringer præsenteret i studierne er usikre i forhold til klinisk relevans. Desuden var deltagerne som udgangspunkt ikke blindede, hvilket med stor sandsynlighed har påvirket de rapporterede forbedringer (eng.: »optimism bias«).

Selv om træning generelt anbefales som en primær strategi til håndtering af symptomer ved knæ-OA, er der som anført betydelige udfordringer med dokumentationen af effekt. Da den nuværende evidens ikke tilstrækkeligt understøtter kausalitet mellem træning og lindring af knæ-OA-symptomer [5], kan det være vanskeligt at begrunde en »stærk anbefaling« for obligatorisk træning for alle knæ-OA-patienter. Med usikker evidens og uklarhed i værdier og præferencer vil en »svag eller betinget anbefaling« sandsynligvis være mere korrekt. Derfor bør den universelle henvisning af alle knæ-OA-patienter til træning i Danmark overvejes på ny, så patienterne ikke føler sig presset til at skulle træne, hvis dette ikke er i overensstemmelse med deres natur, privatøkonomi eller øvrige livsforhold. Fra et klinisk-etisk perspektiv har patienterne først og fremmest behov for henvisning til ikkekirurgisk behandling, herunder fysioterapeutisk træning og diætistvejledning til vægttab. Det nyligt etablerede behandlingsforløb i Region Hovedstaden – med tilhørende kvalitetssikringsprojekt – hvor et ikkekirurgisk behandlingsprogram inkl. træning tilbydes patienter i ortopædkirurgisk regi forud for eventuel kirurgisk behandling, vil kaste lys over, hvilken klinisk værdi ikkekirurgisk behandling af knæ-OA har i en »real-world setting«.

Korrespondance Robin Christensen. E-mail: robin.christensen@regionh.dk. Per Hölmich. E-mail: per.hoelmich@regionh.dk

Publiceret 17. marts 2025

Interessekonflikter PH oplyser økonomisk støtte fra eller interesse i Sinovial for IBSA.RC oplyser økonomisk støtte fra eller interesse i Image Analysis Ltd, trading as IAG, Image Analysis Group (UK), Compass Communications Ltd., Ascendis Pharma A/S, Osteoarthritis and Cartilage, Acta Orthopaedica, OMERACT TAG, BMJ Open, GRADE Working Group, Arthritis Care & Research, Arthritis Research & Therapy, Cochrane Collaboration. Alle forfattere har indsendt ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Disse er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk.

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

REFERENCER

1. Schlemmer A, Christensen SN, Bliddal H et al. National Behandlingsvejledning (NBV): Artrose. <https://danskreumatologi.dk/wp-content/uploads/2022/09/NBV-Artrose-02.09.22.pdf> (9. feb 2025)
2. Bandak E, Overgaard AF, Kristensen LE et al. Exercise therapy and patient education versus intra-articular

saline injections in the treatment of knee osteoarthritis: an evidence-based protocol for an open-label randomised controlled trial (the DISCO trial). *Trials*. 2021;22(1):18. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04952-5>

3. Lawford BJ, Hall M, Hinman RS et al. Exercise for osteoarthritis of the knee. *Cochrane Database Syst Rev* . 2024;12(12):CD004376. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004376.pub4>
4. Hultcrantz M, Rind D, Akl EA et al. The GRADE Working Group clarifies the construct of certainty of evidence. *J Clin Epidemiol*. 2017;87:4-13. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.05.006>
5. Henriksen M, Runhaar J, Turkiewicz A, Englund M. Exercise for knee osteoarthritis pain: Association or causation? *Osteoarthritis Cartilage*. 2024;32(6):643-648. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2024.03.001>