

Artrose og alloplastikkirurgi har indflydelse på seksualliv, depression og socioøkonomiske forhold

Jacob Klit, Steffen Jacobsen, Stig Sonne-Holm, Henrik Husted & Anders Troelsen

RESUME

I de seneste år er der sket en stigning i antallet af total hoftealloplastik- og total knæalloplastik-operationer. Antallet vil formentlig fortsat stige på grund af de demografiske ændringer. Ved indgrebet befrires patienten for invaliderende smerter og stivhed, så mobiliteten genvindes. Formålet med dette litteraturstudie er at se, hvilke påvirkninger det har på patienternes livskvalitet, økonomi, seksualliv og eventuel depression. Litteratursøgning er foretaget i PubMeds MeSH-database samt traditionelt. Herefter blev artiklernes referencer vurderet og eventuelt inkluderet.

I Danmark indsættes der ca. 16.000 kunstige hofter eller knæ årligt. Et tal, som formentlig fortsat vil stige på grund af demografiske faktorer og befolkningens stigende krav om et fortsat aktivt liv i alderdommen. Af disse kunstige hofter og knæ indsættes ca. 10% hos patienter under 50 år [1, 2]. Det er en patientgruppe, der er midt i livet. For størstedelens vedkommende er de erhvervsaktive samt socialt og seksuelt aktive.

Total hoftealloplastik (THA) og total knæalloplastik (TKA) kan lindre smerter, forbedre ledfunktion og forbedre livskvalitet [3, 4]. I den seneste årrække har man fokuseret på at optimere det kirurgiske forløb, så størstedelen af patienterne i dag kan klare sig med en indlæggelse på 2-3 dage. En udvikling, der utvivlsomt har haft stor betydning for både patienterne, de enkelte afdelinger og sundhedsvæsenet som helhed. Alloplastikkirurgi med indsættelse af THA eller TKA er en nøglebegivenhed i patientens liv og rækker – ud over genskabelse af førlighed – langt ud over indlæggelsen med videre potentielle implikationer for erhvervs- og socialfunktion samt seksuel funktion.

I den præoperative behandling, herunder planlægningen af det korrekte tidspunkt for kirurgi, er det derfor vigtigt at vide, hvordan patienten påvirkes af senstadiartrose, og hvilke konsekvenser det får for patienten at få et kunstigt led.

Disse aspekter af behandlingen har indtil nu ikke fået den ønskelige opmærksomhed hverken nationalt eller internationalt.

Denne oversigtsartikels formål er at belyse litteraturen på området for på den måde at give de læger,

der er i kontakt med denne patientgruppe, en bedre mulighed for rådgivning før alloplastikkirurgi.

MATERIALE OG METODER

Litteratursøgning er foretaget i PubMed med sprogligt filter på engelsk, tysk og dansk. Søgningen blev foretaget i MeSH-databasen i maj 2010 med følgende søgeord: *arthroplasty, replacement*. Disse blev enkeltvis kombineret med *health-related quality of life, depression, socioeconomic* eller *sexuality*. Vi erstattede herefter *arthroplasty* med *osteoarthritis* og gentog søgestrategien. Slutteligt udførtes søgningen traditionelt med samme kombination af søgeord. De enkelte abstrakter blev gennemlæst og artiklerne udvalgt efter relevans. Havde artiklerne referencer, som blev vurderet at være relevante, men som ikke var fundet ved vores primære eller sekundære søgning, blev disse artikler ligeledes inkluderet.

Enkelte af artiklerne var publiceret før 1990 [5-8]. Det drejer sig om artiklerne om tilknytning til arbejdsmarkedet og om patienternes seksualliv. Vi har på trods af deres alder valgt at inkludere dem, da der ikke fandtes nyere artikler på området.

Der findes intet Cochranereview om emnet.

TOTAL HOFTEALLOPLASTIK, TOTAL KNÆALLOPLASTIK OG HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE

THA eller TKA til patienter med slutstadiosteoartrose (OA) i hofte eller knæ er aldrig blevet undersøgt i et randomiseret studie, hvor behandlingen er sammenholdt med konservativ behandling. Dette udgør potentielt et etisk problem. Litteraturen tegner dog et entydigt billede af en pålidelig behandling, som giver patienter med et invaliderende lavt funktionsniveau et øget funktionsniveau samt smertelindring.

Effekten af behandlingen med THA eller TKA er traditionelt undersøgt ved hjælp af to typer spørgeskemaer. Den ene type er de ledspecifikke spørgeskemaer som WOMAC eller Oxford Hip Score eller Oxford Knee Score, og den anden type er livskvalitetsspørgeskemaer, kaldet *health-related quality of life* (HRQOL)-skemaer. De hyppigst anvendte HRQOL-skemaer er SF-36, SF-12 og EQ-5D.

Brugen af de ledspecifikke spørgeskemaer er indlysende, men da OA er en invaliderende sygdom med

OVERSIGTSARTIKEL

Ortopædkirurgisk
Afdeling 333,
Hvidovre Hospital

en generel indgriben i patientens tilværelse, bør brugen af HRQOL-baserede undersøgelser vægtes højt. Udbyttet heraf bør vurderes sammenholdt med spørgeskemaets intendede afklarende spørgsmål. Her benyttes ofte *minimal clinically important differences* (MCID), defineret som den mindste klinisk betydende forandring set fra patientens synspunkt [9]. MCID er beskrevet for både WOMAC og SF-36 for både THA og TKA. Det er desværre langt fra i alle artikler, at det bliver opgivet i resultaterne, hvilket må anses som mangelfuldt.

SF-36-scoren for patienter med slutstadienhoftartrose eller slutstadietknæartrose ligger under normalbefolkningens. Deres score findes postoperativt signifikant forhøjet og lig normalbefolkningens for THA, og for TKA er den signifikant forbedret, men stadig under normalbefolkningens [3].

I litteraturen er der ikke konsensus om alderens og kønnets indflydelse på resultatet af behandlingen med THA eller TKA, men tendensen er, at de yngste patienter opnår størst effekt, og at mænd opnår et bedre resultat end kvinder [3].

Køns- og aldersforskellen tilskrives, at mænd og yngre generelt har færre symptomer, når de opereres, og færre præoperative symptomer giver et bedre postoperativt resultat [3].

Vurderes effekten ud fra grundmorbus, opnår OA-patienterne et bedre postoperativt resultat end patienterne med reumatoid arthritis, da reumatoid arthritis-patienterne kun opnår signifikante forbedringer på mobilitet og smerte – men ikke på livskvalitet bedømt ved spørgeskema [3].

Alder, køn og grundsygdom – OA/reumatoid arthritis – bør derfor altid have in mente, når man sammenligner HRQOL-resultater.

TOTAL HOFTEALLOPLASTIK, TOTAL KNÆALLOPLASTIK OG DEPRESSION

Ved mange sygdomme forekommer depression som en komorbiditet, således også ved OA. Prævalensen er i screeningsundersøgelser fundet at være ca. dob-

belt så høj som for normalbefolkningen [10-15]. Associationen mellem OA og depression er i et multicenterstudie med 85.088 inkluderede patienter på tværs af landegrænser, social klasse, opbygning af sundhedsvæsenet, socioøkonomiske og kulturelle forhold fundet at være signifikant [11].

Rosemann *et al* fandt blandt 1.021 patienter med OA i almen praksis en prævalens for depression på 29% og for svær depression på 20%; af disse var < 9% diagnosticeret og i behandling for depression [14]. Noget lavere prævalens er fundet af *Backenstrass et al*, nemlig 6,2% for depression og 4,6% for svær depression blandt amerikanske patienter i almen praksis uanset diagnose [16]. Fysisk begrænsning, smerter og et lille socialt netværk er prædiktive for depression; smerte er den stærkeste prædikator [14]. Associationen mellem depression og OA ses desværre selv i nyere studier beskrevet som blot at være en ond cirkel, hvor smerterne, den nedsatte fysiske formåen og depressionen udgør en selvforstærkende effekt [14]. Det er ikke desto mindre kendt fra smerteforskningen, at patienter med depression har en ændret smerteperception på grund af et sænket niveau af serotonin og noradrenalin, hvorved hjernes relæfunktion hæmmes, og smerteimpulserne fra det perifere nervesystem lettere når patientens bevidsthed [10].

Patienter med hofte-OA og depression scorer både præ- og postoperativt dårligere på WOMAC- og SF-36, end THA-patienter uden depression gør. Dog opnår de numerisk den samme stigning, som ikke-depressive patienter gør [17]. Depression er derfor ikke en kontraindikation for operation. Angiveligt kan der forud for THA eller TKA med fordel screenes for depression ved mistanke herom, da en bedring potentielt kan sikre patienten størst muligt udbytte af operationen [13]. Vi har dog ikke fundet interventionsstudier, hvor effekten af en præoperativ depressionsbehandling er undersøgt. Der findes heller ikke studier, hvor man har undersøgt, hvilken indflydelse behandlingen med THA eller TKA har på patienters depression postoperativt.

TOTAL HOFTEALLOPLASTIK, TOTAL KNÆALLOPLASTIK OG SOCIOØKONOMISKE FORHOLD

Gennemgående i litteraturen er, at præoperativ sygemelding eller arbejdsløshed indikerer en forringet chance for at returnere til arbejdsmarkedet – både hvad angår THA og TKA, hvorimod de, som er i arbejde præoperativt, for over 90%'s vedkommende returnerer til deres arbejde postoperativt (Figur 1) [5, 6, 18-23]. I et dansk THA-studie fra 1985 af *Jensen et al* fandt man, at 85% af de patienter, der oppebar invalidepension præoperativt, var plaget af smerter



FAKTABOKS

Total hoftealloplastik og total knæalloplastik kan give mobilitet og livskvalitet tilbage til patienter, der ellers ville have haft invaliderende forløb.

Køn, alder og grundmorbus, herunder depression, har afgørende indflydelse på det postoperative forløb.

Depression er relateret til artrose. Prævalensen er ca. dobbelt så høj som normalbefolkningens.

Præoperativ sygemelding eller arbejdsløshed indikerer en forringet chance for returnering til arbejdsmarkedet.

Seksuelle problemer forekommer hyppigt blandt hoftepatienter.

postoperativt, mens dette kun gjorde sig gældende for 8% af pensionisterne og for kun 1% af de patienter, som præoperativt var i arbejde [5]. I flere studier, inkl. førnævnte, er der vist en langt større tilfredshed med resultatet hos de patienter, som postoperativt var i arbejde [5, 20].

Patienterne returnerer til arbejde 10-12 uger postoperativt. Er patienten ikke i arbejde inden for seks måneder, stiger risikoen markant for permanent at ende uden for arbejdsmarkedet [6, 21, 22, 24].

Sundhedssystemet i England er sammenligneligt med det danske i den henseende, at der er lige adgang til behandling i det offentlige system uafhængigt af økonomiske midler. På trods af det fandt *Chaturvedi et al*, at patienter fra lavere sociale lag hyppigere end patienter fra højere sociale lag søgte egen læge på grund af hofteartrose, men at signifikant flere fra højere sociale lag blev opereret [25]. Dette uden at medregne patienter, som fik operationen i privat regi, en andel, som i England andrager 26% og må antages primært at omfatte patienter fra højere sociale lag, da der er 100% egenbetaling [25]. I Canada har man ligeledes et offentligt finansieret sundhedsvæsen, men også her fandt *Humphries & Doorslaer*, at jo højere social klasse, man tilhører, jo mere gavn opnår man af sundhedsvæsnets [26]. I samme studie påviste man, at ikke blot var man mere syg i lavere sociale lag, man scorede også sig selv som mere syg på subjektive scoringssystemer, end personer fra højere sociale lag gjorde, i tilfælde hvor patienterne ved en objektiv undersøgelse havde samme score på objektive scoringssystemer.

Dette bør have in mente, når man sammenholder effekten af behandlingen hos personer i forskellige sociale lag.

Patienter har ofte mange spørgsmål til, hvordan deres arbejdsmarkedsmæssige forhold vil være postoperativt. Det er derfor vigtigt at kende prædiktorerne for, om patienter postoperativt forbliver på arbejdsmarkedet. Da der ikke er konsensus om, hvilke prædiktorer der benyttes i de forskellige studier, bør man være opmærksom på, at disse kan være relaterede eller surrogatmål. Der er dog generelt stor variation fra studie til studie i, hvad der er prædiktorer for, om patienten returnerer til arbejdsmarkedet, hvorfor en del må tilskrives statistisk varians og landets samfundsmæssige opbygning, da man naturligvis kun kommer på revalidering, hvis en sådan mulighed foreligger.

Dog er billedet klart i litteraturen. Hvad angår tilknytning til arbejdsmarkedet: Man skal ikke forvente, at man kan »operere patienten tilbage« på arbejdsmarkedet, hvorfor patienten bør opereres, før denne bliver erhvervstruet.

FIGUR 1

Svært artrose hos en 55-årig overlæge, der dagligt skal stå og gå i flere timer. Patienten fik indsat bilateral knæalloplastik og var tilbage på arbejde efter otte uger. Foto: Billedagnostisk Afdeling, Hvidovre Hospital.



TOTAL HOFTEALLOPLASTIK, TOTAL KNÆALLOPLASTIK OG SEKSUALITET

Desværre berører ingen af de tidligere nævnte HRQOL-skemaer patienternes seksualitet. Dette til trods for, at seksuelle problemer er ganske udtalte i denne patientpopulation. Op til 18,5% af patienterne har seksuelle problemer som en begrundelse for operation [27]. Blandt gifte patienter under 60 år med hofte-OA oplevede to tredjedele seksuelle problemer, og en fjerdedel af disse oplevede gener i en så udtalt grad, at det medførte ægteskabelige problemer. Patienterne tilskrev problemerne smerter og stivhed i hoften på grund af OA [7]. Seksuelle problemer er mest udtalt blandt kvinder, fordi belastningen og spændingen på hoftelæddet under samleje er større hos kvinder end hos mænd [7, 27].

Ikke kun de præoperative problemer berører patienterne. Blandt patienter med seksuelle problemer grundet OA ønskede to tredjedele oplysning om den postoperative fase, hvornår kan sex genoptages, i hvilke stillinger osv. [7, 8] De fleste ønsker denne information i form af en pjece [7]. Dog ønsker en tredjedel af patienterne med seksuelle problemer ingen information. Det skal bemærkes, at de inkluderede patienter var opereret fra sidst i 1950'erne og ti år frem. Det er således i perioden før den seksuelle frigørelse, hvor temaet var tabubelagt. Studiernes generelle overføring til nutidige forhold kan der stilles spørgsmålstejn ved.

Normalt informerer kirurger ikke om dette emne forud for THA og TKA. Således har *Dahm et al* vist, at 80% af de amerikanske alloplastikkirurger aldrig el-

ler kun sjældent diskuterer dette emne med deres patienter, til trods for at 20% var vidende om patienter, som havde oplevet en luksation under samleje [28]. Der var enighed blandt kirurgerne om, at seksuallivet kunne genoptages efter 1-3 måneder [28]. Her ville mange kvindelige patienter opleve en øget samlejefrekvens samt en ændring i stillinger, hvorimod samme frekvensstigning ikke kunne vises blandt de mandlige patienter [27]. I et dansk studie af Nordentoft *et al* blev der i modsætning hertil vist, at blandt patienter med normal erektil funktion præoperativt oplevede 26,1% erektil dysfunktion postoperativt. Den forventede frekvens for aldersgruppen var blot 3%. Af de patienter, som var plaget af erektil dysfunktion præoperativt, genvandt kun en patient (6,7%) normal erektil funktion postoperativt. Det skal bemærkes, at studiets patientpopulation havde en gennemsnitsalder på 70,6 år [29].

KONKLUSION

THA og TKA er en effektiv behandling af patienter med invaliderende hofte- eller knæ-OA. Målt på HRQOL bevirker behandlingen, at patienterne får en livskvalitet på et niveau nær eller lig med baggrundsbefolkningens [3]. Depression er associeret til OA og resulterer i et dårligere postoperativt resultat [10-15]. Da der ikke foreligger studier, der omhandler, hvordan operationen påvirker patientens depression, bør man som udgangspunkt tage depression som en negativ prædiktiv faktor, som, mener vi, bør behandles efter vanlige retningslinjer.

Patienter bør opereres, før de bliver erhvervstruede, da næsten alle, som præoperativt er i arbejde, beholder dette postoperativt, hvorimod THA eller TKA ikke kan bringe patienter tilbage på arbejdsmarkedet, såfremt de måtte være uden for dette præoperativt. Desuden opnår de patienter, som er på arbejdsmarkedet præoperativt, en større postoperativ tilfredshed og færre smerter end de patienter, der ikke er på arbejdsmarkedet præoperativt [5, 6, 18-23]. Dette bør man have in mente ved den præoperative information af patienterne.

Seksuelle problemer forekommer særdeles hyppigt præoperativt blandt gifte hoftepatienter under 60 år, men kvinder vil ofte opleve en forbedring af deres seksualliv efter indsættelse af THA [7, 28]. Desværre undlades information og anbefalinger omkring seksuelle problemer ofte forud for operation [28]. De områder, der behandles i denne artikel, har således alle stor betydning for patienter, der behandles med THA eller TKA på grund af hofte- eller knæ-OA. Relation til arbejdsmarkedet, grundmorbus og en eventuel depression bør medregnes som prædiktive faktorer for resultatet af operationen. Desværre er

disse kun i beskedent omfang berørt i litteraturen, og i fremtidige studier bør man rette mere opmærksomhed mod de menneskelige, psykologiske, socioøkonomiske og seksuelle konsekvenser.

KORRESPONDANCE: Jakob Klit, Stenkær 8, 4000 Roskilde.

E-mail: J.klit01@hotmail.com

ANTAGET: 25. januar 2011

FØRST PÅ NETTET: 11. april 2011

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITTERATUR

- Dansk Knæalloplastik Register. Årsrapport 2007. www.sundhed.dk (12. jan 2011).
- Dansk Hoftealloplastik Register. Årsrapport 2009. www.dhr.dk (12. jan 2011).
- Ethgen O, Bruyere O, Richy F *et al*. Health-related quality of life in total hip and total knee arthroplasty. *J Bone Joint Surg Am* 2004;86:963-74.
- Learmonth ID, Young C, Rorabeck C. The operation of the century: total hip replacement. *Lancet* 2007;370:1508-19.
- Jensen JS, Mathiesen B, Ivede N. Occupational capacity after hip replacement. *Acta Orthopaedica* 1985;56:135-7.
- Johnsson R, Persson BM. Occupation after hip replacement for arthrosis. *Acta Orthopaedica* 1986;57:197-200.
- Currey HL. Osteoarthritis of the hip joint and sexual activity. *Ann Rheum Dis* 1970;29:488-93.
- Baldursson HR, Brattstrøm H. Sexual difficulties and total hip replacement in rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol* 1979;8:214-6.
- Singh J, Sloan JA, Johanson NA. Challenges with health-related quality of life assessment in arthroplasty patients: problems and solutions. *J Am Acad Orthop Surg* 2010;18:72-82.
- Bair MJ, Robinson RL, Katon W *et al*. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med* 2003;163:2433-45.
- He Y, Zhang M, Lin EH *et al*. Mental disorders among persons with arthritis: results from the World Mental Health Surveys. *Psychol Med* 2008;38:1639-50.
- Kadam UT, Jordan K, Croft PR. Clinical comorbidity in patients with osteoarthritis: a case-control study of general practice consultants in England and Wales. *Ann Rheum Dis* 2004;63:408-14.
- Lin EH. Depression and osteoarthritis. *Am J Med* 2008;121(11 suppl 2):S16-S19.
- Rosemann T, Backenstrass M, Joest K *et al*. Predictors of depression in a sample of 1,021 primary care patients with osteoarthritis. *Arthritis Rheum* 2007;57:415-22.
- Stang PE, Brandenburg NA, Lane MC *et al*. Mental and physical comorbid conditions and days in role among persons with arthritis. *Psychosom Med* 2006;68:152-8.
- Backenstrass M, Frank A, Joest K *et al*. A comparative study of nonspecific depressive symptoms and minor depression regarding functional impairment and associated characteristics in primary care. *Compr Psychiatry* 2006;47:35-41.
- Riediger W, Doering S, Krismer M. Depression and somatisation influence the outcome of total hip replacement. *Int Orthop* 2010;34:13-8.
- Bohm ER. The effect of total hip arthroplasty on employment. *J Arthroplasty* 2010;25:15-8.
- Davis ET, Lingard EA, Schemitsch EH *et al*. Effects of socioeconomic status on patients' outcome after total knee arthroplasty. *Int J Qual Health Care* 2008;20:40-6.
- Jorn LP, Johnsson R, Toksvig-larsen S. Patient satisfaction, function and return to work after knee arthroplasty. *Acta Orthopaedica* 1999;70:343-7.
- lyall H, Ireland J, El-Zebdeh MY. The effect of total knee replacement on employment in patients under 60 years of age. *Ann R Coll Surg Engl* 2009;91:410-3.
- Mobasheri R, Gidwani S, Rosson JW. The effect of total hip replacement on the employment status of patients under the age of 60 years. *Ann R Coll Surg Engl* 2006;88:131-3.
- Suarez J, Arguelles J, Costales M *et al*. Factors influencing the return to work of patients after hip replacement and rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil* 1996;77:269-72.
- Foote JA, Smith HK, Jonas SC *et al*. Return to work following knee arthroplasty. *Knee* 2010;17:19-22.
- Chaturvedi N, Ben-Shlomo Y. From the surgery to the surgeon: does deprivation influence consultation and operation rates? *Br J Gen Pract* 1995;45:127-31.
- Humphries KH, van Doorslaer E. Income-related health inequality in Canada. *Soc Sci Med* 2000;50:663-71.
- Laffosse JM, Tricoire JL, Chiron P *et al*. Sexual function before and after primary total hip arthroplasty. *Joint Bone Spine* 2008;75:189-94.
- Dahm DL, Jacofsky D, Lewallen DG. Surgeons rarely discuss sexual activity with patients after THA: a survey of members of the American Association of Hip and Knee Surgeons. *Clin Orthop Relat Res* 2004;428:237-40.
- Nordentoft T, Schou J, Carstensen J. Changes in sexual behavior after orthopedic replacement of hip or knee in elderly males – a prospective study. *Int J Impot Res* 2000;12:143-6.