

Hvorfor er hofteskader så vanskelig å diagnostisere?

Når vi snakker om idrettsskader, er hoften og lysken to av de mest vanskelige områdene å diagnostisere. Undersøkelser er utfordrende på grunn av at så mange dype strukturer er innestengte av tykke muskler og leddbånd. Dette gir hofteleddet utrolig god stabilitet men øker kompleksiteten.

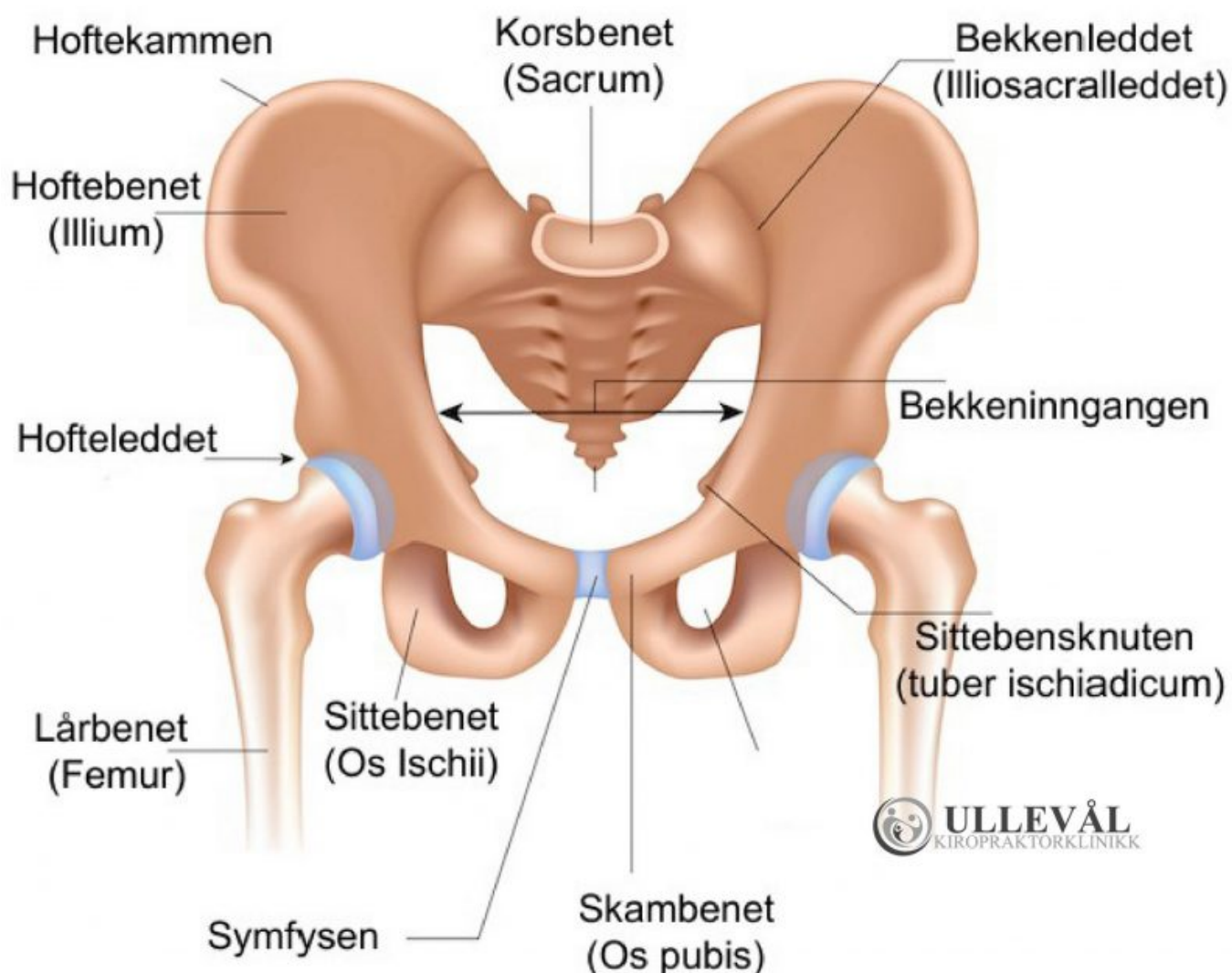
Kompleksiteten av hoften er illustrert av at 30% av hofteskader er udiagnostiserte [\(1\)](#). Udiagnostiserte og uklarerte hofteskader øker risikoen for langsiktige skader hos idrettsutøvere. Dette kan skje fra reskade og ytterligere skader på vev. Om skaden er langvarig økes også risikoen for hofteartrose, på grunn av repeterende overbelastning av hoftebrusken [\(2\)](#).

Hofte er et større vekt bærende ledd som er i bruk hver gang energi fra overkroppen, kjernemusklene og underkroppen overføres til bevegelse. Gåing, løping, kasting og sparring kan ikke skje uten dette.

Slik plasseres store belastninger på musklene, leddbåndene og leddene, og det er grunnen til at opp til 14% av idrettsskader involverer hoften [\(3\)](#). I tillegg stammer 44% av lyskeskader fra hoften [\(1\)](#).

Derfor forklarer denne artikkelen i større grad kompleksiteten av hoftene, og hvordan å klassifisere og hjelpe hofteskader på en enklere måte.

Bekken med hofte



Klassifisering

Hofteskader klassifiseres på to måter;

Innenfor kapselen (bein og ledd relaterte): Skader som; [Femoroacetabulær impingement](#) (uvanlig bein-til-bein-kontakt mellom hoftekulen og leddskålen) og skader på leddleppen.

Utenfor kapselen: Skader som; Muskelforstrekning,

leddbåndforstuvning, [snapping hip syndrom](#), skader på muskelsener (som [lårmuskelforstrekning](#)), muskelsvakhet/-ubalanse.

Les [«12 årsaker til hoftesmerter hos idrettsfolk»](#) for mer informasjon om hofteskader.

Anatomi og Bevegelse

Hofteleddet er et kuleledd som krever mye stabilitet og mobilitet på tre forskjellige planer. Dette er grunnen til den større kompleksiteten av leddet.

Leddleppen (labrumen) består av fiberbrusk (samme som menisken i kneet) og tillater ekstra dybde av leddskålen som dermed øker stabiliteten i hoften. Labrumen inneholder sensoriske- og frie nerveender som sender smerte- og balansesignaler. Disse er viktige for koordinasjon og beskyttelse av leddet [\(4\)](#).

Hvordan stilles den riktige diagnosen?

Det er viktig å oppsøke autorisert helsepersonell med god erfaring med hofteplager for å få den riktige diagnosen. Dette kan være f eks lege, kiropraktor eller en fysioterapeut. De kan ta en detaljert historie om skademekanismen og symptomene du opplever og deretter gjøre en grundig undersøkelse. Det er fort gjort å forvirre hofteskader med skader på musklene på innsiden av låret (adduktor) og i magen (abdominal).

(Tabell 1.) gir forslag av til hvordan de forskjellige skadene kan skje og de mulige symptomene som kan oppstå.

<i>Tabell 1.</i>	Hofteledd	Adduktorskade	Abdominalskade
------------------	------------------	----------------------	-----------------------

<p>Hvordan skaden skjedde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Repeterende fremoverbøyde aktiviteter. • Belastning kombinert med vridning f.eks. stambeinet ved kast, kølleskudd ol. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sparking • Løping med brå vendinger f.eks.finting 	<ul style="list-style-type: none"> • Repeterende over-tøying f.eks. sparking med bakoverbøyning. • Bakoverbøyning kombinert med vridning.
<p>Symptomer og Indikasjoner</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dyp, generell smerte utbredt rundt hoften. • «C-sign» - Pasienten viser smerte med hånd på utsiden av hoften i en «C» form. • Nedsatt mobilitet og knipsing. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dyp, generell smerte utbredt i låret. • Svakere sparking og sakte akselerasjon. • Smerte ved vendinger; å reise seg eller å snu seg i sengen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Magesmerte på en side. • Dyp smerte ved hosting og nysing. • Smerte ved spurt, sit-ups og sparking.



Hva burde du gjøre først for å hjelpe hofteskaden?

Når du har fått en klar diagnose, er det viktig å få råd om hvordan å modifisere aktivitetene dine. Disse tipsene må være tilpasset din presise skade.

Det er viktig for reparasjonsprosessen og formen din at du holder deg aktiv, men det er lurt å unngå smertefremkallende stillinger og aktiviteter. Disse inkluderer for eksempel ofte å bøye hoften (hoftefleksjon) og innklemming (rotering av hoften innover). Dette skjer ofte ved sykling, roing, knebøy og brystsvømming. Langvarig sitting kan også irritere leddet på grunn av belastning i en bøyd stilling. Derfor er det best å prøve å minimalisere sitting når det er mulig.

Langvarige hofteskader resulterer ofte i forkortede muskler. Musklene blir overaktive for å beskytte leddet fra videre

belastning. Over tid blir disse kompensasjonene smertefulle i seg selv, og resulterer i nedsatt funksjon av hofteleddet. Derfor er manuell behandling og tøying effektivt, spesielt av setemusklene, hamstringene og adduktormusklene.

Styrken av høftebøying (hoftefleksjon) er vist å være nedsatt i labrumskader. Styrketrening er derfor også viktig for å støtte leddet og å unngå kompensasjoner i hoftefunksjon og gangart(5).

Tvert imot, er det anbefalt å unngå styrketrening for adduktorskader i den første 48-96 timersperioden. Dette redusere belastning og reparasjon av skambeinet (symfysen, som ofte er skadet med adduktorskader). Etter hvile er leddet klart for å tåle sammentrekningskrefter igjen, uten reskade og oppbygging av overflødig arrvev (6).

Når bør operasjon av hoften vurderes?

De fleste hofteskader reagerer bra på konservativ behandling feks hos kiropraktor og rehabilitering. Kirurgisk behandling av hoften er mindre vanlig på grunn av kompleksiteten. Uansett er det lurt å overveie det under følgende omstendigheter:

- Ingen forbedring ved rehabilitering etter tre måneder eller eksisterende symptomer i 18 måneder.
- Pågående mekaniske symptomer som halting og at leddet henger seg opp eller låser seg.
- Dårlig livskvalitet f.eks. påvirket søvn, kan ikke gjøre vanlige aktiviteter/sport.
- Bekreftet hofteartrose eller labrumskade som ikke bedres med konservativ behandling og påvirker det daglige liv.
- Redusert innoverrotasjon av hoften ($<15^\circ$) ved

undersøkelse.

- Redusert alfavinkel i hoften ($<60^\circ$). Dette er vinkelen mellom hoftekulen og hofteskålen og er bekreftet på røntgen ([7](#)).