

Osteitis pubis hos idrottare

Inledning

Osteitis pubis är ett belastningsrelaterat smärttillstånd i symfysområdet som främst drabbar idrottare inom sporter med upprepade riktningförändringar, accelerationer och sparkrörelser. Tillståndet betraktas som en del av spektrumet *groin pain in athletes* och speglar en komplex interaktion mellan muskulära, senrelaterade och biomekaniska faktorer [1,2]. Snarare än en isolerad diagnos bör osteitis pubis förstås som ett uttryck för störd belastningsbalans i bäckenhöft-bål-systemet.

Patofysiologi

Den moderna förståelsen av osteitis pubis betonar en biomekanisk snarare än primärt inflammatorisk genes. Upprepad belastning över symfylen, särskilt vid obalans mellan adduktormuskulatur och bukmuskulatur, leder till repetitiva mikrotrauman i symfysområdet [2,3]. Dessa krafter ger upphov till benmärgsödem, subkondral stressreaktion och successivt degenerativa förändringar. En lågradig inflammatorisk komponent kan förekomma men anses sekundär till den mekaniska överbelastningen.

Nedsatt lumbopelvin kontroll och bristande neuromuskulär stabilitet bidrar till ökad skjuvbelastning över symfylen. Tillståndet överlappar ofta med andra former av ljuksmärta, särskilt adduktorrelaterad smärta och inguinal problematik, vilket ytterligare understryker dess multifaktoriella natur [1].

Klinisk bild

Tillståndet debuterar ofta smygande med smärta lokaliserad över symfylen. Smärtan förvärras typiskt vid löpning, riktningförändringar och sparkmoment. Vid klinisk undersökning ses palpationsömhet över symfylen samt ofta positivt adductor squeeze-test.

Magnetkameraundersökning visar i många fall benmärgsödem i os pubis och ibland samtidig påverkan av adduktorsenfästen [3].

Behandling

Behandlingen är i första hand konservativ och baseras på strukturerad, progressiv rehabilitering [4]. Centralt är att anpassa belastningen så att provocerande moment initialt reduceras, samtidigt som total inaktivitet undviks. Rehabiliteringen fokuserar på att återställa styrka och funktion i adduktormuskulatur, förbättra bålstabilitet samt optimera neuromuskulär kontroll.

Träningen bör vara successivt stegrande och kriteriebaserad, med övergång från isometrisk till dynamisk och idrottsspecifik belastning. Evidens talar för att aktiv rehabilitering ger bättre resultat än passiv behandling när det gäller återgång till idrott [4]. Smärtlindring med NSAID kan användas kortvarigt som stöd för att möjliggöra träning, men har ingen kurativ effekt [3].

Kompletterande behandlingsalternativ

Utöver rehabilitering har flera kompletterande behandlingsmetoder studerats, men evidensläget är begränsat och resultaten varierande [3,5]. Farmakologisk behandling med NSAID kan bidra till symtomlindring men påverkar inte de bakomliggande mekanismerna [3,6].

Kortisoninjektion i symfysområdet kan i vissa fall ge temporär smärtlindring, men effekten är ofta kortvarig och associerad med risk för återfall [7]. Biologiska behandlingar såsom PRP har föreslagits kunna stimulera vävnadsläkning, men det vetenskapliga stödet är otillräckligt och resultaten inkonsekventa [5,8]. Även proloterapi har beskrivits men saknar evidens.

Fysioterapeutiska tilläggsmetoder såsom stötvågsbehandling, manuell terapi och tejpning kan i vissa fall ge symtomlindring. Stötvågsbehandling har visst stöd vid tendinopatier men evidensen är oklar specifikt för osteitis pubis [9]. Manuell terapi kan bidra till förbättrad rörlighet och kortsiktig smärtlindring, medan tejpning och kompression främst har en subjektiv effekt utan dokumenterad långsiktig nytta [3].

Experimentella behandlingsformer, såsom radiofrekvensbehandling och dry needling, har beskrivits men saknar tillräckligt vetenskapligt stöd för att rekommenderas i klinisk praxis [3,5].

Kirurgi

Kirurgisk behandling är sällan indicerad och bör reserveras för patienter med långvariga, terapiresistenta besvär trots adekvat genomförd rehabilitering under minst 6–12 månader [3]. Ingrepp i symfysområdet innebär risk för påverkan på bäckenringens stabilitet, och resultaten är varierande med osäker prognos. Ofta riktas kirurgin mot associerad patologi, såsom adduktor- eller inguinal problematik, snarare än isolerad osteitis pubis [2].

Prognos och rehabiliteringstid

Prognosen vid osteitis pubis är generellt god, men tillståndet har ofta ett långdraget förlopp [3]. Rehabiliteringstiden varierar beroende på symtomduration och svårighetsgrad, där mildare fall kan förbättras inom 6–12 veckor medan mer etablerade tillstånd ofta kräver 3–6 månader. Vid kroniska besvär kan rehabiliteringen sträcka sig upp till 9–12 månader.

Rehabiliteringen bör vara kriteriebaserad och inte enbart tidsstyrd, med successiv återgång till idrott först när smärtlighet, adekvat styrka och god neuromuskulär kontroll uppnåtts [4]. Lång symtomduration före behandlingsstart, otillräcklig rehabilitering och för tidig återgång till belastning är faktorer som försämrar prognosen. Recidiv är relativt vanligt, särskilt om bakomliggande biomekaniska brister kvarstår [3].

Smärtstyrd rehabilitering och belastningsprogression

Vid långvarig osteitis pubis är det inte alltid ändamålsenligt att invänta full smärtlighet innan progression i rehabiliteringen. Tillståndet är ofta förenat med nedsatt belastningstolerans och sekundära förändringar i neuromuskulär kontroll, där överdriven avlastning riskerar att leda till ytterligare avträning och kvarstående symtom. [1,3].

Inom modern idrottsmedicin tillämpas därför ofta en smärtstyrd rehabiliteringsmodell, där låggradig smärta accepteras under kontrollerade former. Evidens från studier på långvarig ljumsksmärta och adduktorrelaterade besvär talar för att gradvis belastning, även i närvaro av viss smärta, kan vara nödvändig för att återställa funktion och möjliggöra återgång till idrott [4,5].

En praktisk tillämpning är den så kallade “acceptable pain model”, där smärta upp till måttlig nivå under aktivitet kan accepteras, förutsatt att symtomen inte tilltar successivt under belastning och att ingen tydlig försämring kvarstår efter avslutad aktivitet [5]. Smärtan bör återgå till utgångsnivå inom ett dygn, och belastningen kan därefter successivt ökas.

Detta förhållningssätt är särskilt relevant vid kroniska tillstånd, där strikt smärtlös rehabilitering riskerar att leda till stagnation. Samtidigt kräver modellen noggrann klinisk uppföljning, då ökande smärta, försämrad funktion eller nyttillkomna vilosymtom bör föranleda omvärdering av diagnos och behandlingsstrategi [1].

Sammanfattningsvis talar tillgänglig evidens för att en kontrollerad acceptans av låggradig smärta kan vara en viktig del i rehabiliteringen av osteitis pubis, förutsatt att belastningen doseras systematiskt och följs upp kontinuerligt.

Differentialdiagnoser

Osteitis pubis måste särskiljas från andra orsaker till ljumsksmärta hos idrottare. Vanliga differentialdiagnoser inkluderar adduktortendinopati, höftledspatologi såsom femoroacetabulärt impingement eller labrumskada, stressfraktur i bäcken eller femur, samt sacroiliakaledrelaterad smärta. Även inguinal disruption och ljumskbräck bör övervägas. I mer ovanliga fall kan infektion eller inflammatorisk systemsjukdom föreligga.

Rehabilitering

Rehabiliteringstiden varierar betydligt beroende på svårighetsgrad, duration före behandlingsstart och kvaliteten på den genomförda rehabiliteringen.

Typiska tidsramar:

- **Milda till måttliga fall:** cirka 6–12 veckor
- **Etablerade/långvariga besvär:** 3–6 månader
- **Kroniska fall:** upp till 9–12 månader eller längre

Hos elitidrottare ses ofta ett mer utdraget förlopp, särskilt om återgång till högintensiv belastning sker för tidigt eller om bakomliggande biomekaniska faktorer inte korrigeras.

Faser i rehabiliteringen

Rehabiliteringen bör vara kriteriebaserad snarare än strikt tidsstyrd och kan grovt delas in i följande faser:

1. **Smärtmodulering och avlastning**
Initialt fokus på att reducera smärta genom belastningsmodifiering. Total vila undviks, men provocerande moment (snabba riktningsförändringar, explosiva rörelser) pausas.
2. **Tidigt styrkearbete (isometrisk fas)**
Introduktion av isometrisk adduktorträning samt lågintensiv bålaktivering. Målet är att återfå basal muskelaktivering utan smärtprovokation.
3. **Progressiv styrkeuppbyggnad**
Successiv övergång till koncentrisk och excentrisk träning av adduktorer, bål och höftmuskulatur. Belastningen stegras gradvis med fokus på symmetri och kontroll.
4. **Funktionell och idrottsspecifik träning**
Inkluderar löpning, riktningsförändringar, acceleration/deceleration och idrottsspecifika moment. Neuromuskulär kontroll och belastningstolerans är centrala.
5. **Återgång till idrott (Return to sport)**
Skär först när idrottaren uppfyller definierade kriterier, inte enbart baserat på tidsförlopp.

Kriterier för återgång till idrott

Vanligt använda kriterier inkluderar:

- Smärtfrihet vid palpation över symfyssen
- Smärtfritt adductor squeeze-test
- Full styrka i adduktorer jämfört med kontralateral sida
- Förmåga att genomföra högintensiva, idrottspecifika moment utan symtom
- God lumbopelvin kontroll

Prognostiska faktorer

Gynnsamma faktorer:

- Tidig diagnos
- Strukturerad, evidensbaserad rehabilitering
- God följsamhet till belastningsstyrning

Ogynnsamma faktorer:

- Lång symtomduration före behandling
- Tidig återgång till idrott trots kvarvarande smärta
- Kvarstående biomekaniska brister
- Samtidig adduktor- eller bukväggsproblematik

Recidivrisk

Recidiv är relativt vanligt, särskilt om:

- återgång sker för snabbt
- rehabiliteringen inte inkluderar hela det lumbopelvina systemet
- idrottaren återgår till samma belastningsmönster utan korrigerande

Sammanfattning

Vid långvarig osteitis pubis bör rehabiliteringen i regel inte styras av total smärtfrihet. En låggradig, kontrollerad smärta kan accepteras för att möjliggöra progression, förutsatt att belastningen är väl doserad och inte leder till försämring över tid. Detta kräver dock tydlig struktur, uppföljning och klinisk bedömning.

Referenslista

1. Weir A et al. Doha agreement meeting on terminology and definitions in groin pain in athletes
2. Verrall GM et al. Groin injury in athletes
3. Choi H et al. Osteitis pubis in athletes: a systematic review
4. Hölmich P et al. Effectiveness of active physical training as treatment for long-standing adductor-related groin pain in athletes
5. Almeida MO et al. Conservative treatment of athletes with osteitis pubis: systematic review
6. Delgado GJ et al. Osteitis pubis: treatment options and outcomes
7. Zafar MS et al. Corticosteroid injection for osteitis pubis in athletes
8. Schilders E et al. Adductor-related groin pain in athletes: role of adductor enthesis
9. Paajanen H et al. Pubic magnetic resonance imaging findings in surgically and conservatively treated athletes with osteitis pubis
10. Silbernagel KG et al. Continued sports activity, using a pain-monitoring model, during rehabilitation in patients with Achilles tendinopathy
11. Thorborg K et al. Clinical examination, diagnostic imaging, and testing of athletes with groin pain: an evidence-based approach