
Lårhalsbrudd

REDAKSJONELT

LANGELAND N

I tillegg til å forekomme svært hyppig (ca. 9000 per år i Norge) medfører lårhalsbrudd mange komplikasjoner. Defleste materialer angir omkring 30% alvorlige komplikasjoner. Moderne, mindre traumatiserende osteosyntesemetoder synes å ha redusert utviklingen av caputnekrose, mens andre alvorlige komplikasjoner som redislokasjon og manglende tilhelinger omtrent like vanlige som før (1). Etter en osteosyntese medfører komplikasjoner behov for ny operasjon hos omkring 20% av pasientene, og mer enn 10% får senere innsatt protese i hoften (2).

Synet på hva som er den beste behandling av lårhalsbrudd, har de siste 10-15 årene vært ulikt i f.eks. USA og deler av Skandinavia. I USA brukes proteseoperasjon som primærbehandling hos de fleste over 65 år med dislokert lårhalsbrudd. Her i landet hadde vi en liknende praksis på 1970-tallet. Hemiprotese (caputprotese) ble regelmessig brukt som primærbehandling av lårhalsbrudd. Men de siste 15-20 årene har holdningen vært langt mer restriktiv. De aller fleste lårhalsbrudd er blitt behandlet med osteosyntese. En viktig årsak til at hemiproteseoperasjonene falt imiskreditt, var misnøye med resultatene av datidens proteseoperasjoner. Her i landet var Christiansen-protesen svært mye brukt, men med spesielt dårlige resultater.

Ved primær proteseoperasjon etter lårhalsbrudd anbefales i dag en bipolar caputprotese. Disse protesetypene synes å gi langt bedre resultater enn tidligere modeller. Totalprotese frarådes som primæroperasjon etter lårhalsbrudd på grunn av større risiko for luksasjoner. Tidligere publikasjoner har også tydet på at totalprotese etter havarteosteosynteser for lårhalsbrudd har mindre sjanse for å bli vellykket enn f.eks. protese ved artrose. I dette nummer av Tidsskriftet publiserer Skeide og medarbeidere (3) resultater fra det norske leddproteseregisteret som på en overbevisende måte viser at også pasienter med fraktursekvele kan vente seg gode resultater etter entotalproteseoperasjon. Dette er et praktisk viktig funn som dokumenterer at det finnes gode behandlingsmuligheter for dårlige resultater av osteosyntese ved lårhalsbrudd. Vi må likevel spørre om en operasjonsmåte som medfører at mer enn 20% må reopereres, er god, og om det finnes bedre alternativer.

Det finnes ikke store randomiserte studier som sammenlikner moderne bipolare hemiprotoser med osteosyntese som primærbehandling for dislokerte lårhalsbrudd. I et lite randomisert materiale fant Bray og medarbeidere (4) bedrefunksjonelt resultat ved

bruk av bipolar hemiprotese enn ved osteosyntese. Det er heller ikke tvil om atreoperasjonshyppigheten er større ved osteosyntese. Men proteseoperasjon er et større inngrep med meget høyere kostnad. Og kanskje er mortaliteten høyere pga. det større operasjonstraumet (5)? Et annet spørsmål er om de komplikasjonene viser etter proteseoperasjoner er alvorligere og vanskeligere å takle enn de som oppstår etter osteosyntese.

Problemet blir da om det likevel er riktig å anbefale osteosyntese som primæroperasjon ved dislokerte lårhalsbrudd. Svaret på dette spørsmålet er bl.a. avhengig av hvilke resultater man kan vente seg av en sekundær proteseoperasjon dersom osteosyntesen svikter.

Skeide og medarbeideres resultater av 3876 totalproteseoperasjoner utført på grunn av sekvele etter lårhalsbrudd slik de fremkommer i det norske leddproteseregisteret (3), er overraskende gode og bare marginalt dårligere enn ved totalprotese etter artrose. Etter fem år var bare 4% av pasientene reoperert. At proteseluksasjon var tre ganger hyppigere i fraktursekvelegruppen enn i artrosegruppen, er ikke overraskende. Nesten en tredel av reoperasjonene var begrunnet i proteseluksasjoner.

En viktig årsak til lårhalsbrudd er osteoporose. Derfor var det å vente at proteseneære femurfrakturer forekommer oftere i frakturgruppen enn i artrosegruppen. Men femurfraktur var likevel årsak til bare 6% av de 98 reoperasjonene hos frakturpasientene. Både denne publikasjonen og andre resultater fra det norske leddproteseregisteret dokumenterer at antibiotikaprofylakse er svært viktig ved alle typer proteseoperasjoner i hoften - uansett preoperativ diagnose. En kombinasjon av antibiotikaholdig sement og kortvarig systemisk perioperativ antibiotikaprofylakse anbefales. Når slik kombinasjonsprofylakse brukes, er ikke infeksjon lenger noen stor risiko ved proteseoperasjoner.

Det er dokumentert i utallige materialer at det er behandlingen av de betydelig dislokerte collumfrakturene (Gardentype 3 og 4) som gir dårlig resultat og forårsaker størsteparten av reoperasjonene etter osteosyntese (6). Selv om resultater fra forskjellige materialer er vanskelige å sammenlikne, ligger nok ikke risikoen for reoperasjon fem år etter bipolar hemiprotese hos pasienter med dislokerte collumfrakturer over 10% (7). Dette må settes opp mot langthyppigere, men kanskje mindre problematiske, reoperasjoner etter osteosyntese. Gode resultater etter totalprotese ved havarerte osteosynteser er et argument for å bruke osteosyntese som primæroperasjon. Men diskusjonen om hva som er den beste behandling ved dislokerte lårhalsbrudd, er ikke avgjort. Det er et sterkt argument for bipolar hemiprotese atreoperasjonshyppigheten ved denne operasjonen kanskje bare er en tredel av det den er ved osteosyntese.

En proteseoperasjon er mer ressurskrevende og krever høyere kompetanse hos kirurgen enn en osteosyntese. Men mangere operasjoner og dårlig funksjon hos pasienter som venter på protese sekundært, er også ressurskrevende.

Bedre infeksjonsprofylakse og bedre proteser trekker nok på ny i retning av en mer liberal holdning til primærhemiproteseoperasjon ved dislokerte lårhalsbrudd. Samtidig er det godt å vite at når en collumosteosyntese havarerer, er totalprotese en god behandling.

Norvald Langeland

LITTERATUR

1. Holmberg S, Kalen R, Thorngren K-G. Treatment and outcome of femoral neck fractures: an analysis of 2.418 patients admitted from their own home. Clin Orthop 1987; 218: 42-52.
2. Strømquist B, Hansson LI, Nilsson LT, Thorngren K-G. Hook-pin fixation in femoral neck fractures: a two year follow-up study of 300 cases. Clin Orthop 1987; 218: 58-62.
3. Skeide BI, Lie SA, Havelin LI, Engesaeter LB. Totalprotese etter fractura colli femoris. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 1449-51.
4. Bray TJ, Smith-Hoefer E, Hooper A, Timmerman L. The displaced femoral neck fracture. Internal fixation versus bipolar endoprosthesis. Results of a prospective randomized comparison. Clin Orthop 1988; 230: 127-40.
5. Honton JL, Dupuy L, Pascarel X, Pontallier J, Neheme B. Acute transcervical fractures of the femur: A. Analysis of a series of 566 cervicocephalic arthroplasties. Rev Chir Orthop 1986; 72: 33-4.
6. Alberts KA, Jervaeus J. Factors predisposing to healing complications after internal fixation of femoral neck fracture. Clin Orthop 1990; 257: 129-33.
7. Overgaard S, Jensen T Toftgaard, Bonde G, Mossing NB. The uncemented bipolar hemiarthroplasty for displaced femoral neck fractures. 6-year follow-up of 171 cases. Acta Orthop Scand 1991; 62: 115-20.

Publisert: 10. mai 1996. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 15. juli 2026.