
Lårhalsbrudd – den ulykksalige epidemien

REDAKSJONELT

VILH FINSEN

I dette nummer av Tidsskriftet presenterer Haakon E. Meyer og medarbeidere et arbeid der de har forsøkt å identifisere pasienter som er spesielt utsatt for å pådra seg lårhalsbrudd (1). Alle har nok et inntrykk av at lårhalsbrudd er et problem i de vestlige samfunn, men det kan være på sin plass med en gjennomgang av noen "harde" og noen temmelig "myke" data for å belyse dimensjonene i problemet.

Helsevesenet

Det har vist seg å være vanskelig å regne ut hvor mange lårhalsbrudd som forekommer i Norge hvert år. Beregninger desiste årene har variert mellom 6 000 og 10 000. Ifølge tall fra Norsk institutt for sykehusforskning ble det i 1995 foretatt osteosyntese hos 5 657 pasienter med hoveddiagnose 820 (caput, collum, trokantære, pertrokantære og subtrokantære femurfrakturer). I tillegg ble det satt inn protese, uten at osteosyntesemateriale samtidig ble fjernet, hos 558 pasienter. Ettersom nesten alle lårhalsbrudd i Norge blir operert, må man kunne slutte at antallet nyelårhalsbrudd var noe over 6 200. Pasienter med hoveddiagnose 820 opptok 121 756 liggedager ved somatiske sykehus. Dette vil si at på en gjennomsnittsdag er 333 senger i norske sykehus belagt med pasienter som behandles for lårhalsbrudd, noe som tilsvarer ca. 9 % av alle ortopediske senger og sengeplasser for generell kirurgi. I Sverige er det beregnet at hvert lårhalsbrudd påfører helsevesenet omkostninger på 150 000 kroner i løpet av det første året (2). I så fall koster fjorårets lårhalsbrudd i Norge ca. 1 milliard kroner det første året etter skaden.

Gjennomsnittsalderen i befolkningen i de vestlige land øker. Særlig øker antallet personer over 80 år - den aldersgruppen som er aller mest utsatt for lårhalsbrudd. I USA er det beregnet ut ifra demografiske data at dagens 250 000 lårhalsbrudd per år med utgifter på ca. 10 milliarder US-dollar vil tredoble innen år 2040. Også i Norge må vi regne med en kraftig økning i antall pasienter med denne skaden.

I et videre perspektiv kan nevnes at økning i gjennomsnittsalderen også i u-land er beregnet å føre til en økning i antallet lårhalsbrudd i verden fra 1,66 millioner i 1990 til 6,26 millioner i 2050 (3). For øyeblikket forekommer halvparten av alle lårhalsbrudd i

Europa og Nord-Amerika, men dette vil synke til en firedel i 2050. Den størsteøkningen i belastning vil derfor falle på de fattige lands helsebudsjetter.

I de fleste land der det er undersøkt, er det funnet at insidensen, andelen per år i hver aldersgruppe, av lårhalsbrudd øker. Jrsaken til dette er usikker, men har muligens sammenheng med at økende levestandard har ført til en mindre fysisk aktiv livsform som igjen har ført til en økning i osteoporose. Dette understøttes av flere arbeider fra Norden som viser lavere insidens i landlige distrikter enn i byene. En annen hypotese bygger på den observasjon at insidensen av lårhalsbrudd øker med økende lengde av collum femoris. Innen en befolkning korrelerer denne lengden med kroppshøyden. Det er mulig at økende kroppshøyde og dermed økende lengde av collum femoris medvirker til insidensøkningen av lårhalsbrudd.

Pasientene

For pasientene er lårhalsbrudd ofte en katastrofe. Det er en betydelig overdødelighet de første 12 – 18 måneder etter skaden. En oppfølging av ett års lårhalsbruddpasienter behandlet ved Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus(4) viste at 9 % døde innen en måned, 24 % innen ett år og 42 % innen tre år. Av dem som ble innlagt fra alders- eller sykehjem døde 22 % innen en måned. Mortaliteten var så høy at selv om andelen som trengte institusjonsplass økte, falt behovet for slike plasser totalt sett.

For dem som overlever, er reduksjon i gangevnen det største problemet. Blant pasientene fra Orkdal var prosentandelen som kunne gå uten hjelpemidler, redusert til det halve ett år etter frakturen. Blant dem som før frakturen hadde hatt gangevne, men brukt stokk, krykke eller gåstativ, var 43 % da pleiepasienter uten egengangevne.

De frakturene som går gjennom den egentlige lårhalsen, er fortsatt en stor kirurgisk utfordring. Inntil nylig var det vanlig å gjøre osteosyntese med kompresjonsskrue. Komplikasjonsfrekvensen i form av segmentalt sammenfall av caput, redislokasjon av frakturen, og pseudartrose er ca. 35 % etter dette inngrepet og mange må reopereres med innsetting av protese. Til sammenlikning er det bare 2 – 3 % som trenger reoperasjon innen tre år etter en vanlig sementert totalprotese innsatt på grunn av coxartrose. I de siste årene er mange gått over til å bruke toenkle skruer til osteosyntesen. Disse er mindre traumatiserende og lettere å sette inn og vil muligens redusere antall komplikasjoner noe.

Osteoporose

På tross av en flom av studier de siste tiårene er det flere spørsmål enn svar når det gjelder osteoporose og forebygging av lårhalsbrudd. Det er ikke lenger tvil om at faren for lårhalsbrudd korrelerer negativt med beinmineralinnholdet. Dette er av større betydning enn den kronologiske alder. Et viktig spørsmål blir derfor om noen kan gjøres for å redusere det normale beinmineraltapet som kommer ved aldring.

Hos unge øker beinmineralinnholdet en del i knokler som utsettes for meget betydelig økning i den ordinære belastning. Et eksempel er racketarmen til profesjonelle tennisspillere. Om denne økningen består når den uvanlig store belastningen opphører, er usikkert. Eldre kan øke beinmineralinnholdet 4 – 5% om de motiveres til hyppig og

intens trening. Gevinsten forsvinner imidlertid etter kort tid om de holder opp. Det er derfor tvilsomt om fysisk aktivitetsøkning i praksis kan bevare beinmineralinnholdet slik at det vil ha noen effekt på faren for lårhalsbrudd (5). En annen sak er selvfølgelig at det er allment godtatt for både gamle og unge at fysisk fostring er av verdi for den generelle helse. Det kan godt tenkes at denne bedre helse kan redusere insidensen av lårhalsbrudd.

Østrogensubstitusjon hos kvinner etter menopausen er virksomt mot tap av beinmineral og reduserer i tillegg ubehageti overgangsalderen og forebygger sannsynligvis kardiovaskulære sykdommer. Langtidsbehandling med østrogen er i noen undersøkelser funnet nesten å halvere insidensen av lårhalsbrudd (6, 7). Den kraftige økningen i endometriecancer som langvarig østrogenmedikasjon tidligere førte til, er sannsynligvis motvirket av reduserte doser og progesteron tilleggssom nå gis. Derimot er det intet som tyder på at dette reduserer den opptil 50 % økningen i brystkreft som har vært observert i flere undersøkelser (8). En 50 år gammel kvinne har ca. 15 % risiko for å pådra seg et lårhalsbrudd i sine gjenværende år, og ca. 7 % risiko for å få brystkreft. Ved pågående østrogensubstitusjon kan man således anslå at risikoen for lårhalsbrudd reduseres til ca. 8 % mens risikoen for brystkreft øker til ca. 10 %. Ofte anbefales omkring ti års profylakse. Berettigelsen av en slik anbefaling vil være avhengig av hvor lenge virkningene på bein, bryst og kar henger i etter at østrogenbehandlingen seponeres. Dette er uavklart når det gjelder bryst og kar, men det er kommet flere indikasjoner (2, 7, 9) på at gevinsten når det gjelder beinmineralinnhold avtar etter at østrogensubstitusjonen opphører og muligens er helt borte etter 10 – 20 år. Man kan derfor frykte at profylakse fra alder 50 til 60 år ikke gir noen beskyttelse av betydning mot lårhalsbrudd etter 75 – 80 års alder; og det er etter denne alder at faren for lårhalsbrudd er spesielt stor. For knoklenes del ville det kanskje være logisk for utsatte kvinner å bruke østrogen fra 60 – 65 til 70 – 75 årsalder, men ennå er det usikkert hvordan dette vil virke inn på andre organsystemer (9).

Også kalsitonin hindrer eller reduserer det naturlige beinmineraltapet, og det er nå en studie som indikerer at det også kan redusere risikoen for lårhalsbrudd med ca. en firedel (6). Midlet har få bivirkninger, men er svært dyrt, og det er funnet at når profylakse stoppes, forsvinner gevinsten i beinmineralinnhold raskt (10).

Bisfosfonater er nylig registrert i Norge og er lovende i den forstand at de ser ut til å medføre få bivirkninger og at de bevarer, og muligens øker, beinmineralinnholdet. Det er imidlertid ennå ingen publiserte undersøkelser som viser at disse preparatene reduserer faren for lårhalsbrudd, og det er også uklart om beinmineralgevinsten består etter seponering.

Ettersom det er vanskelig å vite hva som bør anbefales for å redusere faren for lårhalsbrudd, er det av stor verdi å identifisere dem som er mest utsatt for slike skader. Deri ligger en av verdiene av Meyer og medarbeideres studie og andre liknende arbeider. Ved en systematisering av resultatene i slike undersøkelser kan man håpe å identifisere dem som har størst risiko for lårhalsbrudd. Denne gruppen har størst sjanse for å profitere på virksom profylakse og det er derfor hos dem lettere å forsvare risikoen for å komme i skade for å anbefale et uvirksomt, eller i verste fall skadelig, regime.

Vilh. Finsen

LITTERATUR

1. Meyer HE, Tverdal A, Henriksen C, Pedersen JI, Falk JA. Risikofaktorer for lårhalsbrudd i Oslo. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 2656-9.
 2. Johnell O. Prevention of fractures in the elderly. A review. Acta Orthop Scand 1995; 66: 90-8.
 3. Riggs BL, Melton LJ. The worldwide problem of osteoporosis: insights afforded by epidemiology. Bone 1995; 17 (suppl): 505-11.
 4. Finsen V, Børset M, Rossvoll I. Mortality, survival, and nursing-home requirements after hip fracture. Ann Chir Gynaecol 1995; 84: 291-4.
 5. Forwood MR, Burr DB. Physical activity and bone mass: exercises in futility? Bone Miner 1993; 21: 89-112.
 6. Kanis JA, Johnell O, Gullber B, Allander E, Dilsen G, Gennari C et al. Evidence for efficacy of drugs affecting bone metabolism in preventing hip fracture. BMJ 1992; 305: 1124-8.
 7. Cauley JA, Seeley DG, Ensrud K, Ettinger B, Black D, Cummings SR. Estrogen replacement therapy and fractures in older women. Ann Intern Med 1995; 122: 9-16.
 8. McPherson K. Breast cancer and hormonal supplements in postmenopausal women. BMJ 1995; 311: 699-700.
 9. Kanis JA. Treatment of osteoporosis in elderly women. Am J Med 1995; 98 (suppl 2A): 60-6.
 10. Overgaard K, Hansen MA, Nielsen V-AH, Riis BJ, Christiansen C. Discontinuous calcitonin treatment of established osteoporosis - effects of withdrawal of treatment. Am J Med 1990; 89: 1-6.
-

Publisert: 20. september 1996. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 21. juli 2026.