



Tidsskriftet
DEN NORSKE LEGEFORENING

CT som primærdiagnostikk ved mistenkt hoftebrudd

DEBATT

IDA KRISTINE LIBORG

ida.kristine.liborg@gmail.com

Ida Kristine Liborg er medisinstudent på 6. året ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ASBJØRN SORTEBERG

Asbjørn Sorteberg er spesialist i ortopedi og avdelingssjef ved Ortopedisk avdeling, Sykehuset Østfold.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANNE SOFIE FRØYSHOV LARSEN

Anne Sofie Frøyshov Larsen er spesialist i radiologi og overlege ved Avdeling for bildediagnostikk, Sykehuset Østfold.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

JOSTEIN GLEDITSCH

Jostein Gleditsch er spesialist i radiologi og avdelingssjef ved Avdeling for bildediagnostikk, Sykehuset Østfold.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

PETTER MORTEN PETERSEN

Petter Morten Pettersen er spesialist i ortopedisk kirurgi og konstituert overlege ved Ortopedisk avdeling, Sykehuset Østfold.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Sykehuset Østfold bruker CT som primær radiologisk undersøkelse ved mistenkte hofte- og bekkenbrudd, mens norske retningslinjer anbefaler konvensjonell røntgen. Våre erfaringer tilsier at CT-undersøkelse kan gjennomføres raskt og skånsomt, og diagnostikken blir mer nøyaktig.

Brudd i hofte og bekken er blant de vanligste ortopediske problemstillingene ved norske sykehus. Pasienter med hoftebrudd trenger kirurgisk behandling, mens de med bekkenbrudd som regel skal behandles uten operasjon, men med god smertelindring og rask mobilisering. I Norge opererer vi rundt 9 000 med hoftebrudd hvert år (1), og rask røntgendiagnostikk er viktig for å kunne tilby snarlig kirurgi.

Prognosen for bekkenbrudd er trolig som for hoftebrudd, med høy risiko for påfølgende komplikasjoner som følge av immobilisering og med risiko for økt dødelighet. Utfallet, sykdom og dødelighet, for gruppen av pasienter i Norge med stabile og ikke-diagnostiserte bekkenbrudd er ikke kjent, men en sikker bruddiagnose utløser trolig raskere ressurser til nødvendig behandling og omsorg.

Norske og internasjonale retningslinjer anbefaler fortsatt konvensjonell røntgen som primær bildediagnostikk ved mistanke om hoftebrudd (2–4). I et pilotprosjekt ved Sykehuset Østfold endret man i 2014 fra røntgen til CT for pasienter over 60 år med mistenkt hofte- eller bekkenbrudd. Bakgrunnen var flere oversette hoftefrakturer. Ordningen er nå en etablert klinisk praksis ved sykehuset.

Etter snart ti år med denne praksisen er vår erfaring at CT er en god primærdiagnostisk undersøkelse for denne pasientgruppen. Vi mener at fordelene ved undersøkelsen klart veier opp for ulempene. CT er en rask og skånsom undersøkelse, og det er svært sjelden vi overser brudd.

«CT er en rask og skånsom undersøkelse, og det er svært sjelden vi overser brudd»

Pasientene legges rett på røntgenbåre ved ankomst og slipper forflytninger når de skal inn i CT-maskinen. Ved røntgen må pasientene forflyttes og manipuleres i større grad enn ved CT for å få korrekte bilder. Total stråledose er høyere ved CT sammenlignet med røntgen, men av liten betydning i den aktuelle aldersgruppen. Praksisen sikrer god flyt i akutt mottaket og ved radiologisk avdeling. I tillegg reduserer CT arbeidsmengden for radiografene.

I litteraturen finner man argumenter for å supplere med MR etter røntgen dersom det er sterk klinisk mistanke om hoftebrudd (3–5). Vårt inntrykk er at man ved norske sykehus supplerer med CT etter røntgen grunnet større tilgang til denne undersøkelsen enn MR.

Dersom tilgangen på CT er god, finner vi få argumenter for å velge røntgen fremfor CT som primærdiagnostikk ved mistenkt hofte- og bekkenbrudd hos eldre. Det ville være interessant med en studie for å kartlegge både «harde» og «myke» utfall av røntgen sett mot CT i denne pasientgruppen. Kanskje er det uansett tid for å oppdatere retningslinjene?

REFERENCES

1. Nasjonalt servicdemiljø for medisinske kvalitetsregistre. Nasjonalt Hoftebruddregister. <https://www.kvalitetsregistre.no/register/muskel-og-skjelett/nasjonalt-hoftebruddregister> Lest 4.7.2023.
2. Norsk ortopedisk forening, Norsk forening for geriatri og Norsk anesthesiologisk forening. Norske retningslinjer for tverrfaglig behandling av hoftebrudd. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/7f4bec178c34464489d83240608fb9ee/norske-retningslinjer-for-tverrfaglig-behandling-av-hoftebrudd.pdf> Lest 4.7.2023.
3. UpToDate. Overview of common hip fractures in adults. <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-common-hip-fractures-in-adults> Lest 4.7.2023.
4. Guidelines NICE. Hip fracture: management. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg124/chapter/Recommendations> Lest 4.7.2023.
5. Haj-Mirzaian A, Eng J, Khorasani R et al. Use of Advanced Imaging for Radiographically Occult Hip Fracture in Elderly Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Radiology* 2020; 296: 521–31. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 23. august 2023. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0453

Mottatt 29.6.2023, godkjent 7.7.2023.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2023. Lastet ned fra tidsskriftet.no 2. oktober 2023.