

Luksasjon av hofteproteser

I Tidsskriftet nr. 26/2001 retter Birger Valen søkelyset på luksasjon etter hofteprotesekirurgi (1). Vi berømmer hans arbeid, som på en fin måte viser hvordan man i et sykehus kan gjøre studier med mer detaljinformasjon enn det som er mulig i et nasjonalt register.

I diskusjonen sier han: «Registrering av luksasjoner er mangelfull da denne komplikasjonen ikke blir registrert i hofteregisteret.» Denne påstanden må nyanseres. I Nasjonalt Register for Leddproteser registreres reoperasjoner, deriblant reoperasjoner pga. luksasjoner. Reoperasjon er definert som operasjon der protesedeler settes inn, tas ut eller byttes. En ev. reoperasjon er et sikkert og veldefinert mål på kvaliteten av hofteprotesekirurgi, noe som er nødvendig for nasjonale registre. Vi har holdepunkt for at vi får registrert 95 % av alle reoperasjoner (1), og registeret inneholder nå opplysninger om 77 237 hofteproteseloperasjoner, hvorav 11 528 er reoperasjoner og 971 av disse er reoperert pga. luksasjon.

De siste årene har det vært en økning i reoperasjoner hvor luksasjon er årsak (2). Luksasjon som årsak til reoperasjon utgjorde i 1988 2,8 % av reoperasjonene, i 1998 var andelen økt til 12,5 %. Denne økningen har vært sammenfallende med økende bruk av 28 mm leddhode istedenfor 32 mm på modulære proteser. Et naturlig spørsmål til Valen vil derfor være: Fant han forskjell i luksasjonsrisiko mellom 28 mm og 32 mm leddhode ved bruk av ITH-protesen i Haugesund? Vi er i ferd med å slutføre en studie hvor luksasjonsproblemet og hodestørrelsens innflytelse på dette belyses med registerdata fra hele Norge. Resultatene vil bli meddelt de ortopediske kirurger så snart de foreligger.

I en tidligere analyse av diagnosens betydning for holdbarheten av hofteproteser kunne vi påvise at pasienter som hadde hoftebrudd eller hofteleddsdisplasi med total-luksasjon som primærdiagnose, hadde større risiko for reoperasjon for luksasjon enn andre pasientgrupper (3).

Bergen

Ove Furnes
Birgitte Espehaug
Leif Ivar Havelin

Nasjonalt Register for Leddproteser
Ortopedisk avdeling
Haukeland Sykehus

Litteratur

1. Valen B. Luksasjon av hofteprotese. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3054–6.
2. Havelin LI, Engesæter LB, Espehaug B, Furnes O, Lie SA, Vollset SE. The Norwegian Arthroplasty Register: 11 years and 73 000 arthroplasties. Acta Orthop Scand 2000; 71: 337–53.

3. Furnes O, Lie SA, Espehaug B, Vollset SE, Engesæter LB, Havelin LI. Hip disease and prognosis of total hip replacements. A review of 53 698 primary total hip replacements reported to the Norwegian Arthroplasty Register 1987–99. J Bone Joint Surg Br 2001; 83: 579–86.

B. Valen svarer:

Å danne seg eit inntrykk av luksasjonsfrekvens på grunnlag av reoperasjoner for luksering må vere mangelfullt. Det svenske hofteregisteret har tatt med luksering. Pga. mangelfull innrapportering gjev dette registeret utilfredsstillende informasjon (1). Materialet vårt viser luksering hos 1,7 % ved ITH-protesar med diameter 32 mm og hos 2,1 % ved ITH-protesar med diameter 28 mm. For Charnley-protesen med diameter 22 mm var det luksering hos 2,3 %. Tendensen var at lukseringsfrekvensen auka med minkande diameter, men denne forskjellen var ikkje statistisk signifikant. Til det har vi for små tal.

Haugesund

Birger Valen

Litteratur

1. Hedlundh U, Ahnfelt L, Fredin H. Incidence of dislocation after hip arthroplasty. Comparison of different registration methods in 408 cases. Acta Orthop Scand 1992; 63: 403–6.

Miltbrann som biologisk våpen og smitterutiner i sykehus

Bacillus anthracis (miltbrannbakterien) er lett tilgjengelig og lett å dyrke. Sporene aggregerer ved væte, og smittedosen er vanligvis 2 000–10 000 sporer. Tørr sporer aeroliserer som separate mikrober. Et luftangrep med 10 kg Bacillus anthracis over et område på 10 × 2 mil tilsvarer atombomben over Hiroshima. I en by med 500 000 innbyggere vil 50 kg infisere 125 000 personer, fremkalle 95 000 dødsfall og medføre et enormt behov for antibiotikaproylaks (1).

Antraks (miltbrann) var tidligere ingen sjelden sykdom. Smitte skjedde ved kontakt, via luft, ved inntak av forurenset mat og vann eller ved miljøforurensning fra sår, luftveissekret eller intestinalsekret. Tidligere ble miltbrann behandlet under «strengeste isolasjon av pasienter, og strengeste desinfeksjon», og inngikk blant de meldepliktige smittsomme sykdommer med «ondartet beskaffenhet» som skal isoleres (2).

Bjørn Iversen ved Folkehelse hevder på lederplass i Tidsskriftet nr. 29/2001 at pasienter med miltbrann ikke medfører smitterisiko og at slike pasienter derfor ikke skal isoleres (3). Han hevder også at lungeantraks ikke er smittsomt, og at «synlig tilsølte klær» med «pulver» skal skiftes (3). Dette virker underlig når det kan være over 100 000 bakterier og sporer uten at klær virker tilsølte.

Lungeantraks er mediastinitt og pneumoni med en karakteristisk tendens til å utvikle hemoragisk nekrose i alveolære septa og en svært stor mengde bakterier i det inflammatoriske eksudatet (4). Lungeantraks med hoste, ekspektorat og respiratorbehandling vil være en miljørisiko. Det samme gjelder tarmantraks med oppkast og diaré med store bakteriemengder. Også hudsår har rikelig med bakterier og sporer som kan spres i miljøet. Å følge Iversens anbefalinger (3) medfører derfor en miljørisiko i åpne flersengsrom eller intensivheter.

Folkehelse har brukt funn av «hvitt pulver» som klar indikasjon for profylaktisk bruk av ciprofloksacin. Dette medvirker til forståelsen av antraks som en svært farlig sykdom. Det er inkonsekvent når Folkehelse stenger et postkontor ved funn av hvitt pulver, gjennomfører rigid dekontaminering og gir ciprofloksacin og samtidig mener at en mulig antrakspasient i sykehus skal håndteres med harelabb i flersengsrom hva angår smitteverntiltak.

I de interne retningslinjer for antraks ved Ullevål universitetssykehus (5) vektlegges lav smittefare og at man følger detaljerte retningslinjer for luft- og kontaktsmitteisolasjon. Dette er i samsvar med rutiner anbefalt ved Rigshospitalet i Danmark (6). Detaljering gir trygghet og underbygger sykehusets juridiske og økonomiske ansvar i forbindelse med pasientbehandling, smittehåndtering og personalansvar.

Oslo

Bjørg Marit Andersen
sykehushygieniker
Ullevål universitetssykehus

Litteratur

1. Cieslak TJ, Eitzen EM. Clinical and epidemiologic principles of anthrax. Emerg Infect Disease 1999; 5: 552–5.
2. Schiøtz C. Lærebok i hygiene. Oslo: Fabritius, 1937.
3. Iversen BG. Miltbrann som biologisk våpen. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3364.
4. Robbins SL. Textbook of pathology with clinical applications. 2. utg. London: Saunders, 1962.
5. Beredskap ved Ullevål universitetssykehus i forbindelse med biologisk våpen. <http://www.ullevaal-sykehus.oslo.kommune.no/default.asp?page=/Nyheter&Id=23370> (8.12.2001).
6. Høiby N. Kan miltbrand smitte fra patient til patient? Ugeskr Læger 2001; 163: 6606–7.