

Klager ved innsetting av totalprotese for hofteartrose

Sammendrag

Bakgrunn, materiale og metode. Blant 700 tilfeldig utvalgte ortopediske klagesaker meldt til Norsk Pasientskadeerstatning i årene 1993–99 var det flest klager (n = 124) på hofteprotese ved artrose. Vi har analysert data fra disse klagesakene.

Resultat. Det var 70 % kvinner. Proteseoperasjonene var utført ved alle typer sykehus. 49 pasienter klaget over løsning av innsatt protese, og av disse var 27 proteser festet med Boneloc beinsement. Det var 32 som klaget over nerveskade i forbindelse med operasjonen. Hos 18 hadde det oppstått infeksjon. 48 (39 %) fikk medhold i klagen, av disse 25 pga. for tidlig løsning av protesen grunnet bruk av Boneloc beinsement, 14 pga. infeksjon, tre pga. feil ved inngrepet, to for nerveskade, én for skade av a. femoralis, én for uakseptabel forlengelse av det opererte bein, én for brannskade og én for mangelfull informasjon. Grunnlaget for avslag på klagen var hos 92 % at skaden var påregnelig.

Fortolkning. Løsning av protesen, særlig pga. en ny type sement, var den hyppigste årsak til pasientklager. Det må vises forsiktighet ved introduksjon av nye produkter. Økt oppmerksomhet er viktig for å forebygge nerveskader, infeksjon og sjeldne, men alvorlige komplikasjoner.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Ingjald Bjerkreim*

ingjald.bjerkreim@rikshospitalet.no
Norsk Pasientskadeerstatning
Postboks 1733 Vika
0121 Oslo

Harald Steen

Ortopedisk avdeling
Biomekanisk laboratorium
Rikshospitalet

* Nåværende adresse:
Sophies Minde Ortopediteknisk Senter
Trondheimsveien 132
0570 Oslo

Artrose i hofteledd inndeles i primær artrose, der årsaksforholdene ikke er klarlagt, og sekundær artrose, der en underliggende årsak som medfødt hofteleksasjon, Calvé-Legg-Perthes sykdom, brudd og andre tilstander har ført til forandringer i leddet. Fordelingen primær/sekundær varierer mye i ulike arbeider, fra 40/60 (1) til 85/15 (2), alt etter definisjon og sammensetning av materialet.

Prevalensen av symptomgivende primær artrose i den hvite befolkning over 55 år angis til ca. 1,6 %, og den øker sterkt med alderen (2). Standardbehandlingen ved invaliderende artrose hos dem over 50 år er innsetting av hofteprotese. Årlig settes det nå inn ca. 6 500 hofteproteser i Norge, og av disse er 15 % reoperasjoner (3). Hensikten med dette arbeidet er å sette søkelyset på pasientklager ved innsetting av totalprotese, i håp om å finne forhold av betydning for arbeidet med kvalitetssikring.

Materiale og metode

I årene 1993–99 ble det til Norsk Pasientskadeerstatning sendt inn 4 041 klager på behandling av lidelser i muskel- og skjelettsystemet. Dette utgjorde 47 % av alle klager. Av disse fikk 41 % av klagerne medhold; derav 8 % pga. infeksjon og 7 % pga. bruk av Boneloc beinsement ved protesekirurgi (4).

Av 700 tilfeldig utvalgte ortopediske skadesaker i dette tidsrommet var innsetting av protese ved hofteartrose den hyppigste årsak til pasientklager og utgjorde 124 (18 %) av alle (5). Vi har analysert disse klagen.

Resultat

112 pasienter fikk satt inn protese for første gang, hos 12 var det revisjonsoperasjoner, skifting av hele eller deler av protesen. Artrosen var primær hos 79 pasienter (64 %) og sekundær hos 45 (37 %).

Det var 87 kvinner (70 %) og 37 menn (30 %). Gjennomsnittsalder ved operasjon var 66 år; 67 år for kvinner og 64 år for menn (spredning 33–83 år) (fig 1). Det var 13 pasienter under 50 år og 60 over 70 år. Ved primær artrose var gjennomsnittsalderen 72 år, ved sekundær artrose 55 år.

50 pasienter (40 %) ble behandlet ved små fylkessykehus, 39 (31 %) ved sentralsykehus, 18 (15 %) ved store fylkessykehus og 17 (14 %) ved regionsykehus.

Det ble satt frem 172 klager; 1,4 per pasient. 49 pasienter (40 %) klaget fordi den innsatte protesen løsnet, 32 (26 %) klaget over oppstått nerveskade, 18 (15 %) over infeksjon, 17 (14 %) over vedvarende hoftesmerter, 15 (12 %) over dårlig funksjon i det opererte beinet, 11 (9 %) over oppstått forskjell i beinlengde, ti (8 %) over luksasjon av protesekomponentene, åtte (7 %) over smerter/ubehag i trochanter major-området etter osteotomi av denne ved innsetting av protesen, tre over informasjonssvikt, tre over feilbehandling uten å spesifisere, to over beinbrudd ved innsetting av protesen og tre over andre skader.

Hos de 49 pasientene som klaget fordi den innsatte protesen løsnet, var de fleste protesene, 27 stykker, festet med Boneloc beinsement, som senere viste seg å være av uakseptabel kvalitet (6), og resten, 22 stykker, med vanlig anerkjent sement.

31 av nerveskadene oppstod trolig ved drag eller trykk under operasjonen og én etter direkte skade. Hos 23 (72 %) var det skade av n. ischiadicus i hofte-regionen, hos seks skade av n. femoralis og hos tre ble skaden oppfattet som en isolert trykkskade mot n. peroneus lokalt, nedenfor kneet.

Skadene som førte til klage, oppstod alle, utenom to, under behandling på operasjonsstuen. Hos 68 pasienter (55 %) var det innen klagen ble behandlet utført inngrep pga. komplikasjoner. Av disse hadde ti pasienter hatt to og én tre revisjonsinngrep.

50 pasienter fikk ved første revisjonsinngrep skiftet protese eller protesekomponent, hos seks ble det, oftest i anestesi, utført ublodig reposisjon av lukserte protesekomponenter, hos noen to eller flere ganger. Protesen ble fjernet hos tre uten samtidig innsetting av ny, av disse var det to med dyp infeksjon. Hos fire ble ståltråd med trethetsbrudd etter osteosyntese av trochanter major fjernet. Hos én ble det utført osteosyntese pga. femurbrudd oppstått ved innsetting av protese, hos én ble det gjort forsøk på å reetablere blodsirkulasjonen i a. femoralis etter skade og trom-

bose av arterien ved innsetting av protesen. Det måtte senere utføres leggamputasjon. Forkalkning omkring protesen ble fjernet hos én. Hos en annen ble det utført sårrevisjon pga. brannskade forårsaket av diatermiapparatoren og hos én ble det gitt injeksjon av alkohol i isjiasnerven pga. store smerter.

48 (39 %) fikk medhold i sin klage og 76 (61 %) avslag. Av dem som fikk medhold, ble dette gitt til 25 (52 %) pga. for tidlig proteseløsning ved bruk av Boneloc beinsement og til 14 (29 %) som fikk infeksjon. To av dem som fikk medhold pga. bruk av Boneloc, hadde infeksjon i tillegg. Åtte (17 %) fikk medhold pga. feil ved behandlingen eller oppstått ikke-påregnelig skade ved behandling. Av disse var det feil ved selve inngrepet hos to, og to fikk nerveskade. Én fikk medhold for skade av a. femoralis, én for brannskade, én for uakseptabel forlengelse av det opererte beinet og én for luksasjon pga. feil innsatt proteseekomponent. Én fikk medhold pga. mangelfull informasjon.

Grunnlaget for avslag var hos de aller fleste (71 personer; 92 %) at skaden var påregnelig ved adekvat utført inngrep, hos tre ble antatt skade tilskrevet grunnlidelsen og hos to forelå det ingen behandlingsskade.

Diskusjon

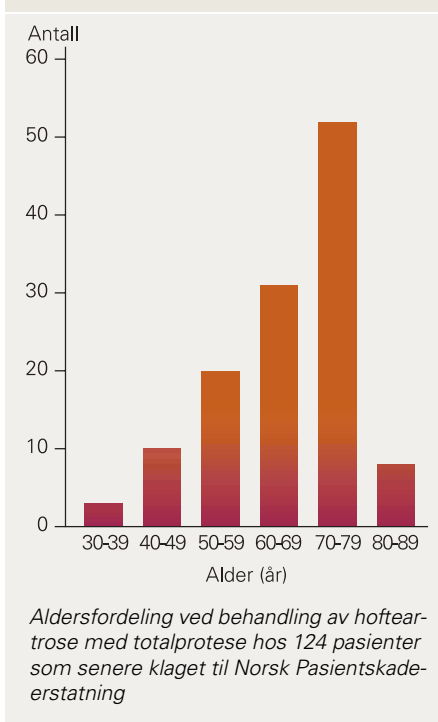
Det er flere årsaker til at klage på behandling av invalidiserende hofteartrose er hyppig. Lidelsen er vanlig, operasjon med innsetting av protese har i det aktuelle tidsrom vært omtrent den eneste effektive behandling, og dessuten ble det i begynnelsen av 1990-årene tatt i bruk en sementtype som viste seg å være dårlig egnet til formålet (6).

Det var i dette materialet en overvekt av kvinner (70 %), omtrent det samme som ved Nasjonalt Register for Leddproteser. Gjennomsnittsalder ved operasjon for primær artrose var 72 år, for sekundær artrose var den 55 år. Dette er i overensstemmelse med tidligere funn, som har vist at første operative inngrep ble foretatt 15 år tidligere ved sekundær enn ved primær artrose (1).

Klagene skrev seg fra behandling ved alle typer sykehus, men det var naturlig nok relativt flere der Boneloc beinsement ble brukt en periode. Også proteser festet med anerkjente sementtyper løsner. Ingen proteser sitter biologisk fastvokst, idet det bare oppstår en mekanisk forbindelse mellom protese/sement/bein pga. ujevnheter. Det kan derfor oppstå mikrobevegelser i forbindelsessonen ved bruk av ekstremiteten, men disse forårsaker ikke smerter og protesen betraktes som fast forankret. De fleste proteser er imidlertid klinisk løse etter 15–20 år. Det er heller ikke uvanlig at proteser løsner tidligere. Man må regne med en gjennomsnittlig revisjonshyppighet på 2,5 % etter fem år (7).

32 pasienter klaget over vedvarende smerter i hofte-regionen og/eller nedsatt funksjon i det aktuelle bein. Det er også allment kjent at pasienter kan ha smerter og nedsatt funksjon selv etter en ellers vellyk-

Figur 1



ket operasjon. Man regner med at 80–90 % oppnår et langvarig bra resultat etter innsetting av protese ved hofteartrose (8, 9).

Nerveskader er en relativt hyppig komplikasjon ved innsetting av hofteprotese. I det foreliggende materialet klaget 32 pasienter over slik skade, hyppigst var affeksjon av n. ischiadicus. Nerveskade forekommer med en hyppighet på 0,7–7,6 % (10). Ved første gangsprotese skades n. ischiadicus hos ca. 1,8 % av pasientene og ved revisjonsoperasjoner hos 3,1–5,9 % (11–13). Ved sekundær artrose etter lukserte/sublukserte hofteledd er frekvensen av nerveskade ca. 5 % og ved hofte dysplasi ca. 3 % (11). Skade av n. femoralis er funnet hos 0,6–2,3 % (13, 14). Norsk Pasientskadeerstatning har som praksis å gi medhold i klagen ved isolert skade av n. peroneus, idet denne skaden oppfattes som en perifer trykkskade og betraktes som upåregnelig. Det er imidlertid vanskelig å forstå at en isolert skade av n. peroneus kan oppstå ved trykk nedenfor kneet ved hofteoperasjon på samme side. Denne nerven er en del av n. ischiadicus, men det er peroneusfibrene som skades lettest i hofte-regionen og som derfor hyppigst får utfall. Ved nøyaktig undersøkelse, klinisk og elektrofysiologisk, vil man mest sannsynlig også finne affeksjon av n. tibialis, den andre grenen fra hovednerven.

Ved noen typer protese har det vært vanlig å utføre osteotomi av trochantor major for lettere å kunne sette inn protesen. Før inngrepet avsluttes, festes knokkeldelen tilbake med ståltråd. Denne kan brette eller løsne, og festet av gluteus medius forskyves proksimalt, noe som forekommer relativt hyppig (hos 8 % (8)) og kan føre til smerter og redu-

sert muskelkraft. Åtte pasienter i dette materialet satte frem klager av denne årsak.

Luksasjoner av proteseekomponenter forekommer hos ca. 2 % (15) og kan ha flere årsaker. I de fleste tilfeller lar leddet seg reparere lukket med eller uten anestesi, hos andre må en eller begge proteseekomponenter skiftes. I dette arbeidet er det opplysninger om lukkede reposisjoner hos seks pasienter, og fire av disse måtte senere skifte protese. Karskade ved innsetting av hofteprotese er sjeldent, men lesjoner av større kar, som det ene tilfellet i dette materialet, og av andre blodårer i og utenfor bekkenet, er beskrevet i forskjellige faser av den operative prosedyre ved protesekirurgi (16, 17).

Ut fra våre registreringer i denne artikkelen og i tidligere publikasjoner (4, 5), samt data fra Nasjonalt Register for Leddproteser (3), har vi kalkulert hyppigheten av pasientklager ved innsetting av hofteproteser til 2,5 %. Denne forekomsten synes å være lav, men skyldes sannsynligvis at de mindre alvorlige komplikasjonene ikke blir meldt til Norsk Pasientskadeerstatning, da de ikke utløser erstatning.

For kirurger som til daglig arbeider med denne type operasjoner er komplikasjoner velkjent, men det er likevel viktig stadig å sette søkelyset på disse for å kunne redusere hyppigheten og bidra til kvalitetssikring. Nøktern informasjon til pasientene med opplysning om faren for komplikasjoner vil lette forståelsen av eventuelle oppståtte problemer etter inngrepet og vil sannsynligvis føre til færre pasientklager.

Litteratur

Komplett litteraturliste finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

- Bjerkreim I. Epidemiologi ved hofteartrose. Tidsskr Nor Lægeforen 1976; 96: 1691–2.
- Havelin LI, Furnes O, Espehaug B. Rapport mai 2000. Bergen: Nasjonalt Register for Leddproteser, 2000: 9.
- Bjerkreim I, Steen H. Behandlingsskader i ortopedi meldt til Norsk Pasientskadeerstatning 1993–99. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3047–9.
- Furnes O, Lie SA, Havelin LI, Vollset SE, Engesaeter LB. Exeter and Charnley arthroplasties with Boneloc or high viscosity cement: comparison of 1,127 arthroplasties followed for 5 years in the Norwegian Arthroplasty Register. Acta Orthop Scand 1997; 68: 515–20.
- Espehaug B, Havelin LI, Engesaeter LB, Vollset SE, Langeland N. Early revision among 12,179 hip prostheses: a comparison of 10 different brands reported to the Norwegian Arthroplasty Register, 1987–1993. Acta Orthop Scand 1995; 66: 487–93.
- Wroblewski BM, Siney PD. Charnley low-friction arthroplasty of the hip: long-term results. Clin Orthop 1993; 292: 191–201.
- Abitbol JJ, Gendron D, Laurin CA, Beaulieu MA. Gluteal nerve damage following total hip arthroplasty: a prospective analysis. J Arthroplasty 1990; 5: 319–22.
- Schmalzried TP, Amstutz HC, Dorey FJ. Nerve palsy associated with total hip replacement: risk factors and prognosis. J Bone Joint Surg Am 1991; 73: 1074–80.
- Simmons C jr., Izant TH, Rothman RH, Booth RE jr., Balderston RA. Femoral neuropathy following total hip arthroplasty: anatomic study, case reports, and literature review. J Arthroplasty 1991; 6 (suppl): 57–66.
- Wasielowski RC, Crosssett LS, Rubash HE. Neural and vascular injury in total hip arthroplasty. Orthop Clin North Am 1992; 23: 219–35.