

Omfattende bruddskader etter kramper

Vi leste med stor interesse artikkelen i Tidsskriftet nr. 11/2010 om en 59 år gammel mann som fikk store bekkenskader etter et anfall med kramper på grunn av hypoglykemi (1). Krampeanfall er en relativt vanlig hendelse i sykehjem (2). Mange sykehjemsbeboere har tablettbehandlet diabetes type 2 med fare for hypoglykemi (3), og sykehjemsbeboere har også høy forekomst av osteoporose (4).

Vår pasient var en kvinne i 80-årene som ble innlagt i den ortogeriatriske enheten med omfattende bruddskader. Sykehistorien var uklar og vi var en stund i tvil om dette var en hendelse som burde meldes til politi og helsetilsyn. Imidlertid fikk vi etter noen telefoner til sykehjemmet mer klarhet i hendelsesforløpet, og et litteratursøk sa oss at slike hendelser forekommer (5). Pasienten hadde diabetes type 2 som var behandlet med perorale antidiabetika 1. Hun hadde en moderat demenstilstand, var svært lite mobil og måtte hjelpes opp fra seng til stol eller rullestol. Hun fikk så, under morgenstell i seng, et generalisert krampeanfall som førte til respirasjonsstans. Det ble kortvarig gjort hjerte-lunge-redning, men hun kom raskt til seg selv. Etter dette var hun medtatt og etter hvert påvirket av smerter i hele kroppen. Hun ble tilsett av lege, men det ble først neste dag reist mistanke om bruddskader, og mobil røntgenundersøkelse ble da rekvirert. Hun hadde disloserte pertrokantære brudd i begge femur samt et dislosert brudd i høyre øvre humerus. Alle brudd ble kirurgisk behandlet i én seanse.

Pasienten kom seg godt og kunne tilbakeføres til sykehjemmet etter ti dager. Under sykehusoppholdet hadde hun hypoglykemi, og antidiabetika ble seponert. Det er imidlertid usikkert om krampeanfallet var forårsaket av hypoglykemi. Dette ble mistenkt i sykehjemmet, og hun fikk derfor sjokolade i munnen når hun våknet til. Blodsukker ble like etter målt til 6,4 mmol/l. Trolig hadde hun avansert osteoporose. Beintetthetsmåling (DEXA) av ryggsoylen viste ikke nedsatt beintetthet. Målinger kunne ikke gjøres i hoftene på grunn av bruddene, slik at dette ikke ble helt avklart.

Vi mener denne hendelsen viser at ved krampeanfall hos eldre pasienter i sykehjem må man ha i mente at alvorlige bruddskader kan oppstå og at det bør være rutine å undersøke grundig pasienter som har hatt kramper for å se etter bruddskader.

**Anette Hylan Ranhoff
Ludvig Solheim**

Diakonhjemmet sykehus
Oslo

Pasientens hjelpeverge har gitt samtykke til at innlegget blir publisert.

Litteratur

1. Bendiksen C, Emami A, Prytz J et al. En 59 år gammel mann med ryggsmærter etter mulig hypoglykemisk krampeanfall. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 1153–5.
2. Rowan AJ. Reflections on the treatment of seizures in the elderly population. Neurology 1998; 51: S28–33.
3. Abdelhafiz AH, Sinclair AJ. Hypoglycaemia in residential care homes. Br J Gen Pract 2009; 59: 49–50.
4. Crilly RG, Hillier LM, Mason M et al. Prevention of hip fractures in long-term care: relevance of community-derived data. J Am Geriatr Soc 2010; 58: 738–45.
5. Vestergaard P. Epilepsy, osteoporosis and fracture risk – a metaanalysis. Acta Neurol Scand 2005; 112: 277–86.

Screening for kolorektal kreft – endelig en debattant!

Vi har lenge prøvd å erte på oss folk til debatt om screening for kolorektal cancer. Vi er glad for at Eivind Meland i Tidsskriftet nr. 16/10 har tatt opp hansken (1). Han påpeker at angst og sykelliggjøring kan være et problem ved screening. En av oss (GH) blir kalt «ivrig forkjemper for tarmkreftscreening» med henvisning til et innlegg med en overskrift som bevisst inviterer til motforestillinger. Men hvis man leser hele innlegget, fremgår det at et slikt screeningprogram må tillegges ansvar for utprøvinger, bl.a. av ønskede og uønskede effekter av screening (2). Vi ønsker ikke å ha noen part i et screeningprogram som ikke får et klart mandat til å gjøre noe med kunnskapsmangelen. Innlegget er en erkjennelse av at toget kanskje er gått med tanke på å kunne bidra med ytterligere forskningsbasert kunnskap før man starter screeningprogrammer. Når mange land som vi sammenlikner oss med, har hoppet på kolorektal screening, får vi heller få et program i Norge med mandat for utprøvingens virksomhet.

I de norske screeningstudiene av sigmoidoskopiscreening har vi hatt fokus på mulige uheldige virkninger av screening. En av studiene om angst og depresjon etter sigmoidoskopiscreening viste, populært sagt, at «lykken er å bli skopert» og at denne «stemningshevende» effekten holdt seg lenge (3). Dette førte til at vi ble skeptisk til hva screening kunne gjøre med livsstil. Vi fant, som fryktet, at de som ble screenet uten funn av polypper eller kreft i tarmen, ble mindre motivert for røykekutt og gikk opp i vekt (4). Denne uheldige virkningen av screening ble senere bekreftet i en mer omfattende undersøkelse (5). Jo mer man screener folk, jo mindre eget ansvar synes de å ta for egen helse. Pedagogisk innsats parallellt med screeningen vil muligens rette opp en svekket egeninnsats, men dette må også bli gjenstand for forskning. I motsetning til ved undersøkelse for okklud blod i avføringen er falskt positive tester ved endoskopiscreening ikke noe problem. Legen og pasienten ser der og da om det er en lesjon eller ikke.

Vi mener fortsatt at det er bedre å få screening inn i kontrollerte, evaluerbare former nå – før det er for sent og før vi får amerikanske tilstander med egne screening-klinikker uten kvalitetskontroll.

Geir Hoff

Sykehuset Telemark
og
Kreftregisteret

Michael Bretthauer

Kreftregisteret

Litteratur

1. Meland E. Screening og kolorektal kreft. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1876–7.
2. Hoff G. Screening for kolorektalcancer haster. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 925.
3. Thiis-Evensen E, Wilhelmsen I, Hoff GS et al. The psychologic effect of attending a screening program for colorectal polyps. Scand J Gastroenterol 1999; 34: 103–9.
4. Hoff G, Thiis-Evensen E, Grotmol T et al. Do undesirable effects of screening affect all-cause mortality in flexible sigmoidoscopy programmes? Experience from the Telemark Polyp Study 1983–1996. Eur J Cancer Prev 2001; 10: 131–7.
5. Larsen IK, Grotmol T, Almendingen K et al. Impact of colorectal cancer screening on future lifestyle choices: a three-year randomized controlled trial. Clin Gastroenterol Hepatol 2007; 5: 477–83.

Screening for kolorektal kreft

Eivind Meland drøfter i en kommentar i Tidsskriftet nr. 16/2010 Helsedirektoratets rolle og håndtering av forslag til screening for kolorektal kreft. Han viser til et kort intervju med helsedirektøren. Meland diskuterer om leger i myndighetsposisjoner har evne og vilje til etisk refleksjon og etterlevelse av norsk lov.

Insidensen av kolorektal kreft øker kraftig i Norge og er nå høyest i Norden. Innføring av screening er det eneste kjente tiltaket som vil redusere sykkelighet og dødelighet ved denne sykdommen.

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten drøftet innføring av screening for kolorektal kreft grundig i møter i juni og september 2010. 20. september besluttet rådet enstemmig en forsiktig tilnærming. Rådet anbefalte at det bør startes et pilotprosjekt i ett eller flere geografiske områder, der et tilbud om screening går ut til en avgrenset befolkningsgruppe. Rådet ba videre om at type FOBT-metode og aldersgruppe for utprøvingen vurderes nøye.

Rådet understreket at piloten må gjennomføres med tilstrekkelig prospektiv følgeevaluering slik at man får sikker kunnskap om hvordan et slikt tilbud mottas i befolkningen, hvordan det mest hensiktsmessig kan gjennomføres samt hvilke eventuelle negative følger det kan ha for den enkelte, også sett i et folkehelseperspektiv.

En bred gjennomtenking av denne faglig og etisk komplekse utfordrende problemstillingen har vært nødvendig. Helsedirek-