

# HÖFTFRAKTURER – ETT ENORMT FOLKHÄLSOPROBLEM

Höftfrakturer är ett folkhälsoproblem som ständigt ökar. På alla plan bör förbättringar ske, så att en högkvalitativ och kostnadseffektiv vård kan erbjudas, och detta arbete måste få högsta prioritet.



**KARL-GÖRAN THORNGREN**,  
professor, ortopediska kliniken,  
Universitetssjukhuset i Lund  
[karl-goran.thorngren@med.lu.se](mailto:karl-goran.thorngren@med.lu.se)

Höftfraktur är en av de allvarligaste effekterna av osteoporos. Vid 50 års ålder är risken att framöver få en höftfraktur 23 procent för kvinnor och 11 procent för män. Enligt Socialstyrelsens registreringar uppkommer 18 000 höftfrakturer årligen i Sverige; detta är säkra data, eftersom så gott som alla patienter opereras, och höftfraktur är en av de mest vård- och kostnadskrävande diagnoserna i Sverige.

## Klassificering

Höftfrakturer klassificeras utifrån röntgenbilden av frakturen (Figur 1). Den viktigaste skiljelinjen är om frakturen går genom lårbenshalsen (cervikal, intrakapsulär) eller genom trokanterpartiet (trokantär, extrakapsulär). De cervikala indelas bäst beroende på felställningen, dvs i odislocerade och dislocerade. Trokantära frakturer indelas i tvåfragments- (stabila) och flerfragmentsfrakturer (instabila).

Basocervikala frakturer är en övergångsform mellan cervikala och trokantära frakturer. De behandlas vanligen som trokantära frakturer, men kan ha läkningskomplikationer liknande dem hos de cervikala frakturerna. Subtrokantära frakturer innefattar området på femurskaftet ner till 5 cm nedanför trochanter minor.

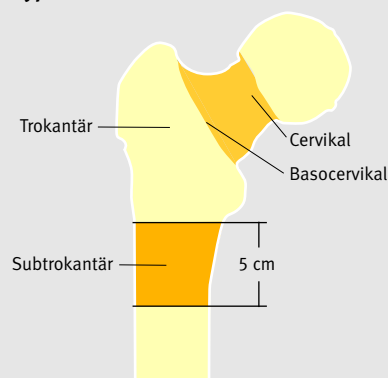
Vid cervikala frakturer är ofta blodförsörjningen till lårbenshuvudet skadad, eftersom blodkärlen går inne i mörghålan eller precis under periostet utanpå lårbenshalsen. Varierande grad av kärlskada ger läkningskomplikationer såsom pseudartos (icke-läkning) eller caputnekros i varierande omfattning. De extrakapsulära frakturerna har god kärlförsörjning och få läkningskomplikationer; de är i stället ibland mycket splittrade, med stabilitetsproblem som följd.

## Indelning och antal enligt RIKSHÖFT

Den internationellt sett vanligaste indelningen, som visat sig vara både reproducerbar och pålitlig, har gett en fördelning av frakturtyperna som är baserad på 80 000 registrerade fall (procenttalen skiljde sig obetydligt åt jämfört med de första 20 000 och 50 000 registrerade fallen) i det svenska nationella registreringssystemet för höftfrakturer (RIKSHÖFT) (Fakta 1).

Frakturtyperna visar ett stabilt mönster under de senaste åren (Figur 2). Från medicinsk synpunkt är detta naturligt, ef-

## Frakturtyper i olika områden av övre lårbensänden



Figur 1. Anatomisk klassificering av höftfrakturer.

## FAKTA 1

### Typen av höftfraktur

• Odislocerade cervikalfrakturer	16,2 procent
• Dislocerade cervikalfrakturer	37,0 procent
• Basocervikala frakturer	3,5 procent
• Trokantära tvåfragmentsfrakturer	22,6 procent
• Trokantära flerfragmentsfrakturer	15,2 procent
• Subtrokantära frakturer	5,5 procent

tersom inga plötsliga förändringar i fallmönster eller osteoporosgrad är att förvänta. Det visar även att klassificeringssystemet är reproducerbart i stor skala med väl urskiljbara grupper.

## Diagnostik

För en definitiv diagnos krävs röntgenundersökning – bäckenbild (protesbäcken) och höftbild frontal och femursida – där man fastställer skelettskada och frakturtyp. Denna undersökning ger oftast upplysning om dels frakturtyp, dels andra förändringar i området som kan påverka valet av operationsmetod (t ex tidigare osteosyntes). Röntgen kan också avslöja bäckenfrakturer, vilket är en vanlig differentialdiagnos.

Vid oklar höftsmärta skall normal höft-röntgen kompletteras med magnetkameraundersökning (MR). MR har visat sig speciellt värdefull för akut diagnostik av sprickor i skelettet som inte

## SAMMANFATTAT

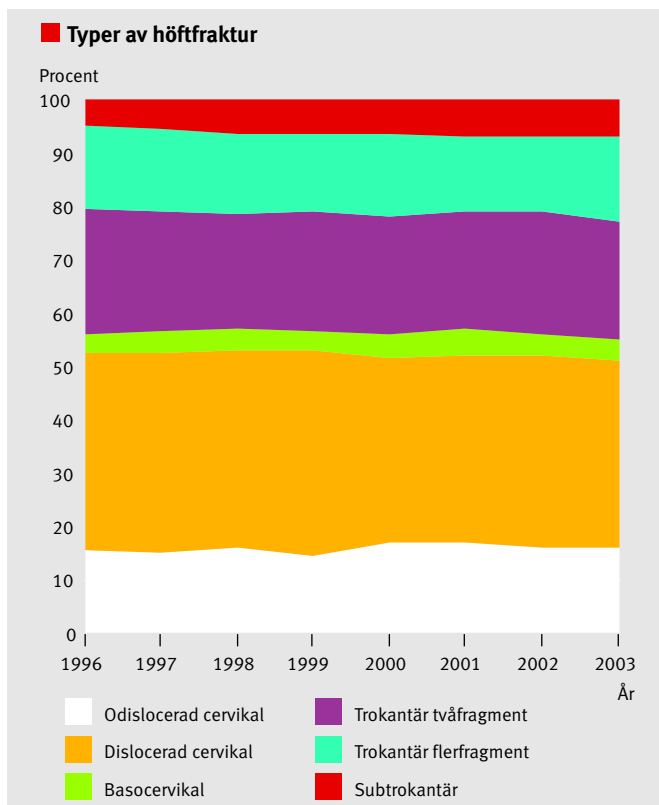
**Höftfrakturer** är de mest vårdkrävande och sjukvårds-ekonomiskt mest betydelsefulla av alla osteoporosfrakturer.

**Det nationella** kvalitetsregistret RIKSHÖFT är grunden för

optimerad vård och kontinuerligt kvalitetsarbete.

**Värdtiderna** har halverats de senaste 15 åren.

**Allt fler felställda** lårbenshalsbrott opereras med artroplastik.



Figur 2. Den procentuella andelen av de olika frakturtyperna som över åren registrerats i kvalitetsregistret RIKSHÖFT.

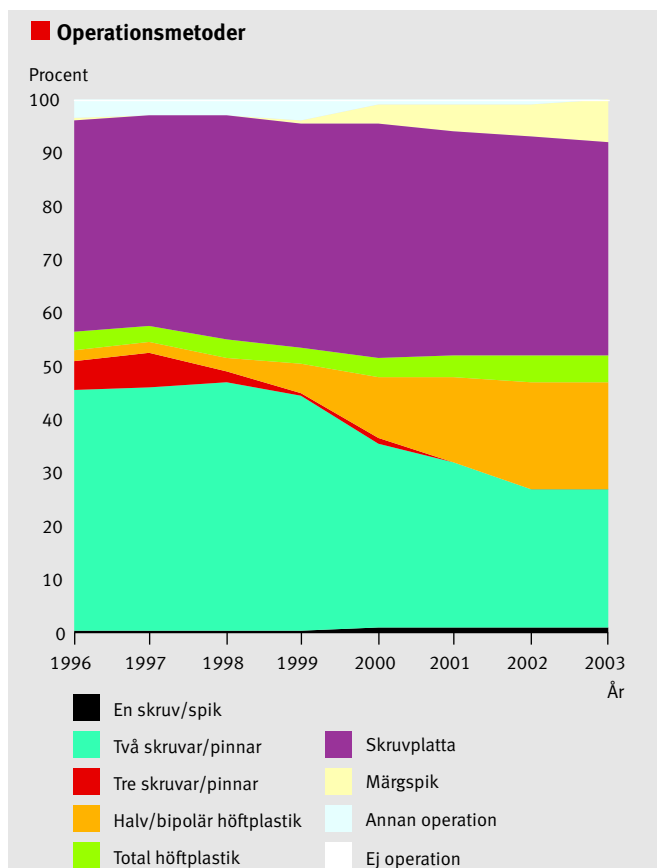
syns på vanlig röntgen. Då kan odislocerade frakturer med potentiella funktionsproblem diagnostiseras på ett tidigt stadium. MR ger också upplysning om det i stället är fråga om en bäckenfraktur. Om det inte finns tillgång till MR kan datortomografi ibland avslöja frakturen, men inte helt utesluta den. Skintigrafi gjord efter några dygn kan styrka frakturmisstanken. Om dessa möjligheter saknas är mobilisering med förnyade röntgenkontroller en tänkbar metod, men detta är relativt kostsamt om patienten måste läggas in. Vid klinisk frakturmisstänke bör röntgenundersökningen upprepas efter några dagars belastningsförsök.

### Operationsmetoder

Operationsmetoderna är olika för olika frakturtyper (Figur 3). Två typer av primäroperation för cervikala frakturer dominerar. Den ena är osteosyntes med krokförsedda pinnar eller skruvar, vanligtvis två stycken. Den andra är ersättning av proximala lårbensänden med artroplastik. Med början år 1999 har en successivt ökande mängd primära halv-/bipolärartroplastiker gjorts för dislocerade cervikalfrakturer i Sverige. För pertrokantära frakturer är skruvplatta fortsatt den vanligaste operationsmetoden. Användningen av märgspikar vid trokantära/subtrokantära frakturer har ökat något.

Jämfört med 1996 har de primära halvplastikerna ökat från 2,1 till 22 procent år 2004. Om även helprotes räknas in har artroplastiker ökat från 5,4 procent till 28 procent perioden 1996–2004. Samtidigt har användningen av två skruvar/pinnar minskat från 45,2 procent år 1996 till 24,0 procent år 2004. Andelen totala höftartroplastiker har ökat något: från 3,3 procent år 1996 till 7 procent 2004. Under de senaste tre åren verkar förändringen ha stabiliserats.

Det finns en optimal balans mellan primär osteosyntes och



Figur 3. Operationsmetoder vid höftfraktur i Sverige (RIKSHÖFT). En ökning av protesanvändningen har skett.

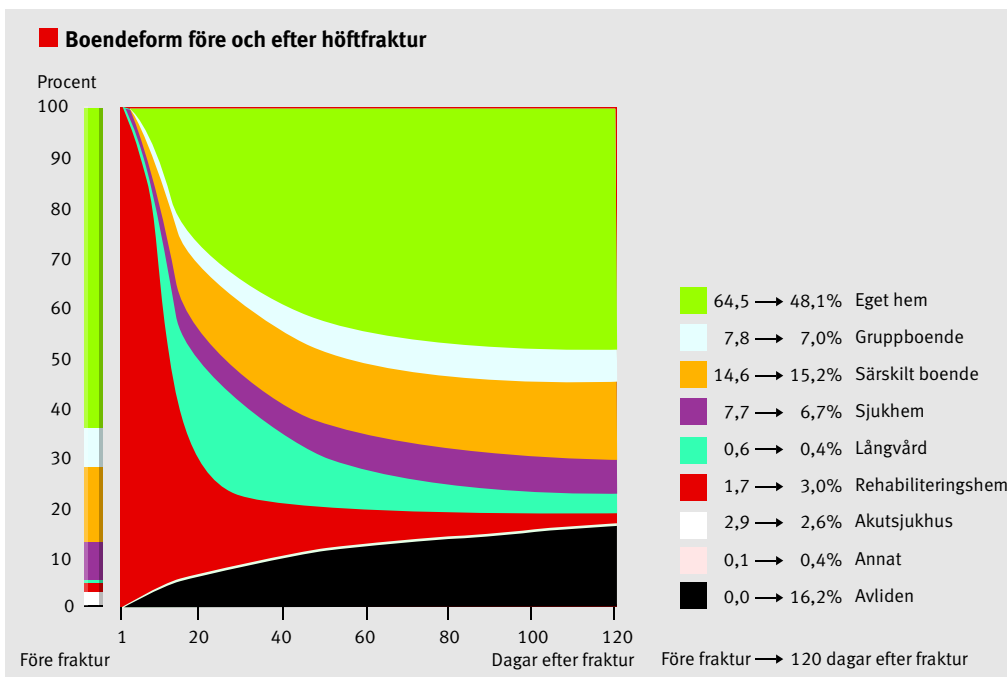
primär artroplastik om man tar hänsyn till såväl patientbelastning och resursutnyttjande vid primäroperation som mängden komplikationer och reoperationer med de olika metoderna. Framtiden får utvisa när denna nivå har uppnåtts. Fördelen med osteosyntes är att operationen är mindre och därmed mindre belastande för patienten. När frakturen har läkt tillkommer få komplikationer. Efter lårbenshalsbrott (cervikala höftfrakturer) uppkommer eventuell caputnekros inom två år. Sedan fungerar höften livet ut.

Fördelen med artroplastik är att läkningskomplikationerna elimineras, eftersom frakturen tas bort och ersätts av metallhuvud och eventuellt plastledskål. Nackdelen är mer omfattande operation och successivt ökande komplikationsrisk (t ex lossning och svårbehandlade protesnära frakturer vid nya fall). Osteosyntes är den dominerande primärmetoden för odislocerade cervikalfrakturer, i överensstämmelse med den goda läkningsprognosen för dessa frakturer. De har ingen eller mycket liten felställning, vilket skonar blodcirkulationen till lårbenshuvudet.

Noggrann reposition av frakturen och placering av osteosyntesmaterial krävs för optimal stabilitet. Direkt efter operationen får patienten börja belasta benet och gångträna. För cervikalfrakturerna (brott på lårbenshalsen) beror läkningsprognosen på blodcirkulationen till caput. Vid dålig cirkulation är primärförsörjning med höftartroplastik bästa lösningen, även om detta är en större operation.

### Successivt färre vård dagar

Vården har successivt förbättrats, med snabb mobilisering av patienten och fortsatt rehabilitering i hemmet, vilket har mins-



**Figur 4.** Andelen patienter som återgår till sin tidigare boendeform är en viktig kvalitetsparameter för vården av höftfrakturpatienter. Figuren visar boendeform före höftfrakturen och fyra månader efteråt.

kat vårddagarna på sjukhus avsevärt. Det nationella kvalitetsregistret RIKSHÖFT visar att medelvårdtiderna för höftfrakturpatienter har halverats under de senaste 15 åren. De har minskat från 19 dagar år 1988 till 10 dagar år 2003.

Under 1988 hade inget sjukhus en medelvårdtid som understeg 10 dagar, och vårdtiderna fördelade sig med bred spridning upp mot 27 dagar. Som positiv kontrast registrerade inget sjukhus år 2003 en medelvårdtid som överskred 17 dagar, och en stor andel av klinikerna har medelvårdtider på 8–12 dagar. Någon enstaka klinik med extremt kort medelvårdtid (4 dagar) kombinerar detta med att sända majoriteten av patienterna till sjukhusbunden rehabiliteringsvård. Flertalet kliniker försöker dock få hem patienterna till deras ursprungliga boendeform, och detta har lyckats till i genomsnitt 50 procent under båda tidsperioderna (Figur 4).

### Rationalisering räcker inte

Rationaliseringen av höftfrakturbehandlingen har möjliggjort att den ökande mängden höftfrakturer har kunnat tas om hand, väsentligen med tillgängliga, oförändrade sjukvårdsresurser. Problemet fortsätter dock att öka. Antalet äldre ökar i befolkningen, vilket leder till en ytterligare ökning av antalet höftfrakturer.

Ytterligare optimering av hela behandlingskedjan är nödvändig liksom prevention av frakturuppkomst. Här utgör de patienter som fått sin första fraktur en selekterad målgrupp som är extra lämpad för diagnostik och preventiva åtgärder. Det finns ett starkt samband mellan fall och frakturer. Även om de flesta fallolyckor inte ger fraktur, så har de flesta frakturerna hos äld-

re orsakats av ett fall. Därför bör förebyggande åtgärder mot både osteoporos och fall utgöra en naturlig del i arbetet med att förebygga frakturer.

### Rehabilitering

Rehabiliteringsresultatet är avhängigt av omvårdnadsmissiga, operationstekniska och läkningsbiologiska faktorer. God smärtlindring och förkortad tid från ankomst till operation beförklar rehabiliteringen. Patientens allmäntillstånd avseende nutrition och mentalt status har betydelse. Den initiala omvårdnaden är betydelsefull vad gäller att motverka trycksår. Speciella projekt pågår för att optimera hela behandlingskedjan från ambulans till återhemkomst, inkluderande den viktiga aspekten med patientens självskattade livskvalitet.

### Högsta prioritet

Med tanke på den åldrande befolkningen och den därmed ökande mängden höftfrakturer är det mycket angeläget att på plan förbättra höftfrakturvården.

Såväl prevention som omvårdnad, operation, gångmobilisering och fortsatt rehabilitering måste fortsatt optimeras för att vi ska kunna erbjuda en högkvalitativ och kostnadseffektiv vård för denna resurskrävande patientgrupp, som traditionellt haft långa vårdkedjor. Detta hälsofrämjande sjukvårdsarbete måste få högsta prioritet, därför att detta enorma folkhälsoproblem ständigt ökar.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

### REFERENSER

1. Socialstyrelsens riktlinjer för vård och behandling av höftfraktur (Arbetsgrupp Thorngren KG, Dolk T, Jarnlo GB, Strömberg L). Socialstyrelsens skrifter 2003, sid 1-137. <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2003/1838/2003->

102-1.htm

2. RIKSHÖFT Årsrapport 2004. <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/169997A3-DDCE-4955-8D58-CAC646920E1C/5069/kva008r04.pdf>
3. Thorngren KG. Femoral neck frac-

tures. In: Bulstrode C, Buckwalter J, Carr A, Marsh L, Fairbank V, Wilson-MacDonald J, et al (editors). Oxford textbook of orthopedics and trauma. Vol 3. Oxford University Press; 2002; p. 2216-27.

4. Thorngren KG, Norrman PO, Hommel A, Cedervall M, Thorngren J,

Wingstrand H. Influence of age, sex, fracture type and pre-fracture living on rehabilitation pattern after hip fracture in the elderly. *Disabil Rehabil.* 2005;27(18-19):1091-7.