

Kirurgi ved fremre korsbåndskader i Norge – sett fra et idrettsmedisinsk perspektiv

AV LARS-PETTER GRANAN^{1,2}, LARS ENGBRETSSEN^{1,3}, ROALD BAHR¹

¹SENTER FOR IDRETTSSKADEFORSKNING, NORGES IDRETTSHØGSKOLE, ²FORSKERLINJEN, MEDISINSK FAKULTET, UNIVERSITETET I OSLO,

³ORTOPEDISK SENTER, ULLEVÅL UNIVERSITETSSYKEHUS

Originalartikkelen publisert i Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 928-930.

På bakgrunn av fraværet av en fullstendig oversikt over korsbåndskirurgisk virksomhet i Norge, ble det i 2003 gjennomført en spørreundersøkelse blant samtlige kirurgiske og ortopediske avdelinger ved norske sykehus og private klinikker. Undersøkelsen avdekker blant annet at praksis vedrørende fremre korsbåndskirurgi i Norge varierer mye.

Introduksjon

En korsbåndskade er en alvorlig kneskade som ubehandlet ofte gjør at unge mennesker ikke kan fortsette sitt vanlige aktivitetsnivå og heller ikke kan ha arbeid som medfører store krav til stabiliteten i kneleddet. Uavhengig av om pasienten opereres eller ikke, ser det ut til at 50-70% av pasientene får røntgenologiske tegn på artrose innen ti år etter skaden (1). Det foreligger mange studier om kirurgisk behandling – de fleste med kort oppfølgingstid. Det er godt dokumentert at om lag 15-20% av opererte korsbånd må revideres i løpet av få år på grunn av komplikasjoner, enten i form av svikt i implantat eller annen type svikt. Det er også godt dokumentert at resultatet etter andre gangs operasjon kun gir 70% godt eller utmerket resultat (2), mens man etter første gangs operasjon kan regne med ca. 85% godt eller utmerket resultat på kort sikt (3,4). Det finnes imidlertid svært få randomiserte kontrollerte studier med oppfølgingstid over fem år (3,5,6) og ingen over ti år.

Korsbåndskader er alvorlig for den enkelte og kostbart for samfunnet. Vi vet i dag ikke hvor mange korsbåndoperasjoner som foretas i Norge, men i enkelte idretter i Norge synes insidensen av korsbåndskader å øke, spesielt synes kvinner å være utsatt (7,8).

Ved behandling av korsbåndskader benyttes flere forskjellige erstatninger for korsbåndet, for eksempel patellarsene-graft, hamstringssene-graft og allograft. Videre benyttes et antall ulike metoder for fiksering av transplantatene både på femur- og tibiasiden. Det foreligger ingen

nasjonale retningslinjer for etterbehandling og rehabilitering ved sykehusene.

Formålet med denne studien var å kartlegge status når det gjelder operativ behandling av fremre korsbåndskader i Norge. En tilsvarende kartlegging ble publisert i Tidsskrift for den norske lægeforening i 1989 (12).

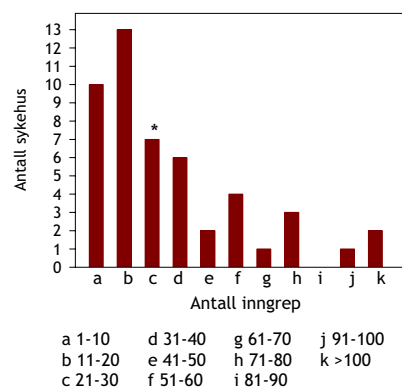
Materiale og metode

Et spørreskjema ble sendt ut til alle offentlige og private sykehus og klinikker i Norge med enten ortopedisk eller kirurgisk avdeling (heretter omtalt som sykehus). Listen ble komplettert med sykehus som hadde innrapportert koder som impliserte arbeid med korsbånd til Norsk pasientregister, SINTEF Unimed. Skjemaet inneholdt spørsmål om operasjonsfrekvens, kirurgiske metoder og rehabilitering i forbindelse med fremre korsbåndskirurgi utført i 2001 og 2002. Fordi det var meget godt samsvar mellom dataene fra disse to årene, valgte vi kun å rapportere data fra 2002. Totalt ble 83 sykehus kontaktet og samtlige besvarte forespørselen. 50 sykehus opp-gav at de i det gitte tidsrommet utførte denne typen kirurgi. Enkelte sykehus besvarte ikke alle spørsmålene i skjemaet.

Resultater

Det ble utført 1876 operasjoner av fremre korsbånd ved 50 sykehus i 2002. Tallet er basert på 25 eksakte angivelser og 25 estimat fra de ulike sykehusene. Fordelingen av operasjoner sees i figur 1. Åtte sykehus benyttet seg av en øvre aldersgrense, varierende fra 45 til 60 år.

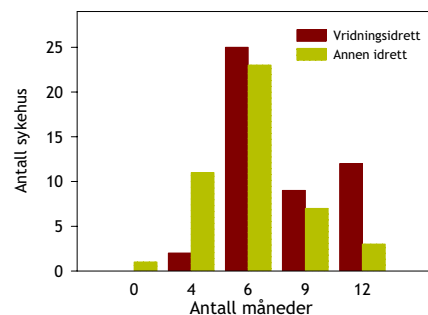
Postoperativt ble belastning av operert



Figur 1. Fordelingen av de 1876 fremre korsbåndoperasjonene som ble foretatt i 2002 fordelt på de 50 norske sykehusene som utførte denne typen kirurgisk inngrep. *To sykehus er i gruppe c slått sammen til ett.

side med full kroppstygde tillatt etter gjennomsnittlig 2,1 uker. Tidsangivelsen varierte fra umiddelbar belastning – anbefalt av 11 sykehus – til å måtte vente i opptil åtte uker postoperativt – anbefalt av åtte sykehus. Fordelingen når det gjelder idrettsdeltakelse er vist i figur 2.

Kneortose ble anbefalt brukt av fem



Figur 2. Lengste anbefalte ventetid før retur til idrett med vridningsbevegelser av kneet, og tilsvarende anbefalinger for annen idrett.

sykehus i gitte situasjoner: i seks til ni måneder for idrettsutøvere hvor det foreligger en restriksjon på deltakelse i idrett i det angitte tidsrom, i helt spesielle situasjoner, ved instabilt kne og ved utøvelse av kontaktidrett, i konkurransesituasjoner eller i konkurranseliknende situasjoner.

Diskusjon

Insidensen av fremre korsbåndskader er ikke kartlagt nøyaktig. Basert på data fra Tyskland fra 1999 er det estimert at 32 mennesker per 100 000 innbyggere rammes av korsbåndskader hvert år og at den årlige insidensen øker til 70 per 100 000 for den sportslig aktive delen av befolkningen (9). Disse tallene samsvarer ikke helt med våre funn, ettersom resultatene viser at 42 mennesker per 100 000 innbyggere gjennomgikk operativ behandling for en fremre korsbåndskade i Norge i fjor. Basert på den antakelse at mindre enn halvparten av korsbåndskadene i Norge ender i kirurgi, er det rimelig å anta at ca. 4 000 mennesker blir rammet av en fremre korsbåndskade hvert år i Norge. Tre av fire korsbåndskader er idrettsskader (10), og et sted mellom en firedel (11) og en tredel (5) av alle idrettsutøvere med fremre korsbåndskader blir ikke operert. De fleste ortopedene i Norge rekonstruerer i dag fremre korsbånd kun på pasienter som enten har et yrke eller en fritidsaktivitet som stiller krav til knestabilitet. Dersom denne antakelsen er riktig, gir det en total årlig insidens i befolkningen på 88 per 100 000, nesten tre ganger høyere enn tidligere antatt.

Resultatene kan sammenliknes med en liknende kartlegging for 1985 (12). I 2002 utførte 50 sykehus korsbåndoperasjoner, dette er ni flere enn i 1985. Det synes også å være en viss sentralisering av korsbåndoperasjoner, men fortsatt er det et høyt antall sykehus som kun utfører noen få operasjoner per år. En forklaring på økningen i operasjonsfrekvens kan skyldes økt hyppighet av korsbåndskader (i idretten). Fremre korsbåndskader er vanlig i bl.a. håndball (13), der 1-2 av 16 spillere på elitenivå pådrar seg en fremre korsbåndruptur hver sesong (14).

Et annet aspekt som er viktig å ta hensyn til er at korsbåndskirurgi gjøres i dag artroskopisk og regnes som teknisk krevende, og det vil derfor være naturlig å stille spørsmål ved det store antall sykehus som utfører denne type inngrep. Det er ikke gjennomført studier på hvor mange operasjoner som er nødvendig

per år for å oppnå gode resultater. De få norske studiene som foreligger, gir ikke holdepunkter for at resultatene er dårligere i Norge i forhold til andre land (3, 6). Men dette sier allikevel ingenting om kvaliteten på de inngrepene som utføres i Norge. Siden denne type kirurgi er relativt hyppig i Norge, kan et register der også resultatene av kirurgien finnes, trolig bidra til en generell kvalitetsheving (21).

Enkelte sykehus opererer med en øvre aldersgrense for korsbåndoperasjoner. Det finnes ingen holdepunkter i litteraturen som tilsier en bestemt øvre aldersgrense. Snarere er det holdepunkter for å si at personer som etter en fremre korsbåndruptur har et instabilt kne ved daglige aktiviteter, bør opereres nesten uansett alder, fordi resultatene når det gjelder pasientens instabilitetsplager er gode (15). Det er også verdt å merke seg at aldersgruppen 45-59 år har et relativt høyt aktivitetsnivå, til dels med aktiviteter med store krav til knefunksjon (G. Breivik, personlig meddelelse), samtidig som denne gruppen har økt kraftig i antall (16). På bakgrunn av dette synes det urimelig å operere med en streng aldersgrense. Indikasjonsstillingen bør være individuell og ta hensyn til pasientens krav til knefunksjon i arbeid og fritid samt operasjonsrisiko knyttet til pasientens helse for øvrig.

Tidspunktet for når belastning av operert side med full kroppstynge tillates, er blitt betydelig endret siden 1985. Vi ser nå en klar forskyvning mot kortere ventetid før det tillates å utsette operert side for full belastning. Det er gode holdepunkter fra litteraturen for at forsiktig belastning ikke gir dårligere resultater (23).

Det er viktig å merke seg at denne undersøkelsen var rettet mot ortopedene. Derfor vil de svar som er gitt i forbindelse med rehabilitering best kunne vurderes som anbefalinger og gjenspeiler ikke nødvendigvis hva som faktisk skjedde hjemme eller hos fysioterapeuten.

Mens 85% av norske sykehusavdelinger la restriksjoner på deltakelse i idretter med typiske vridningsbevegelser av kneet i det første postoperative året i 1985, var denne andelen sunket til 24% i 2002 (figur 2). Rasjonale for raskere belastningsøkning postoperativt, redusert bruk av ortose, redusert bruk av full immobilisering postoperativt og en generelt mer aktiv rehabilitering finnes i forskningsresultater som har vist reduksjon i muskelstyrke (24), endrede mekaniske egenska-

per for ligamentene (25) og utvikling av artrofibrose ved inaktivitet (24). Dette gjenspeiles i dagens anbefalinger angående bruk av ortose, hvor Norge er helt i tråd med internasjonal praksis. I 1985 anbefalte 44% av sykehusavdelingene pasienter med høyt aktivitetsnivå å bruke ortose, mens det i dag kun er 10% av sykehusene som anbefaler bruk av ortose i spesielt gitte situasjoner. Effekten av ortoser er kun vist ved svært lave belastninger (26), og det finnes ikke gode holdepunkter for at bruk av ortose postoperativt er fordelaktig for utfallet etter rekonstruksjon av fremre korsbånd (26).

Denne kartleggingen viser at antall operative inngrep for fremre korsbåndrupturer i Norge sannsynligvis har økt og at operasjonsmetodene er endret siden 1985. Den viser også at det fortsatt er betydelig variasjon mellom sykehusene i behandlingsrutiner, både når det gjelder operativ behandling og postoperativ rehabilitering. Dette kan føre til betydelige variasjoner i utfall for så vel aktivitetsnivået i den generelle korsbåndopererte befolkningen som hos den profesjonelle toppidrettsutøveren.

Perspektiver

På grunn av det store og økende antallet korsbåndskader i Norge, mener vi at et register vil kunne bidra til å sikre god kvalitet på de kirurgiske inngrepene for pasientene. Data fra et slikt register kan bidra til utvikling av nasjonale retningslinjer for behandling av pasienter med korsbåndskader, og vil gi hvert enkelt sykehus en mulighet til å sammenlikne sine resultater med nasjonale gjennomsnitt. Et annet viktig argument for etableringen av et nasjonalt register, er at det vil kunne danne grunnlag for store kohortstudier. Det er et stort behov for forskning på feltet for å utvikle bedre behandlingsopplegg enn de vi i dag kan tilby. Etterundersøkelser viser at langtidsresultatene langt fra er tilfredsstillende – med høy risiko for utvikling av artrose og svekket knefunksjon. Ideelt bør alternative behandlingsformer undersøkes gjennom randomiserte studier, men det er en rekke problemstillinger som ikke egner seg for en slik design. Et eksempel er spørsmålet om hvorvidt en idrettsutøver bør rådes til å slutte med idrett etter en korsbåndrekonstruksjon. Et nasjonalt register over korsbåndopererte pasienter vil kunne hjelpe oss til å besvare slike spørsmål.

Referanser: www.idrettsfysioterapi.no