

Muskelsparende tilgang til hofteleddet

Oppmerksomhet rundt nye muskelsparende metoder ved hoftekirurgi har ført til en voldsom pågang ved sykehus som benytter disse. Mange avdelinger føler seg presset til å ta i bruk de nye teknikkene. I denne kommentaren belyser vi operasjonsteknikken ved hofteprotesekirurgi og skisserer noen av de utfordringene nye metoder har skapt for pasientene, ortopedene og avdelingene i Norge.

■ Protesekirurgi i hofteleddet er en vel-establert behandlingsmetode for degenerative og posttraumatiske tilstander. Mange studier har vist at resultatene er gode, og virksomheten blir rapportert til Nasjonalt register for leddproteser. Registeret publiserer årlig data som viser at norsk protesekirurgi er av god kvalitet, men tradisjonelt har man fokusert mer på valg av implantat enn på operasjonsteknikk og kliniske resultater. En del komplikasjoner og reoperasjoner blir ikke registrert. Mange mener derfor at det kan finnes mørketall hva angår de kliniske resultatene. Oppmerksomheten både i mediene og i det ortopediske miljøet er derfor den siste tiden blitt rettet mer mot operasjonsmetoder.

Hittil har man i Norge operert omrent to tredeler av pasientene med direkte lateral tilgang til hofteleddet, mens en tredel er blitt operert med bakre tilgang. Det hefter velkjente ulemper ved begge disse metodene. Den direkte laterale tilgangen er kjent for å gi en høy frekvens av halting, vesentlig grunnet manglende tilhelning eller ruptur av *musculus gluteus medius* (1, 2), mens den bakre tilgangen tradisjonelt har vært kjennetegnet av økt risiko for proteseluksasjon (3).

Metoden

De såkalte miniinvasive eller muskelsparende operasjonsmetodene er definert som metoder som ikke krever avskjæring av muskelfester eller utspring, da man benytter mindre incision og spesialdesignede instrumenter. De muskelsparende tilgangene blir sett på som et stort fremskritt innen protesekirurgien (2). Ved den direkte fremre tilgangen går man inn mellom *tensor fascia lata* og *tensor fascia sartorius*, som begge springer ut fra *spina iliaca anterior superior*. Man får tilgang til hofteleddet gjennom et snitt som er 7–10 cm langt, og ved avslutning av inngrepet legger de anatomiske strukturen seg på plass. Man trenger derfor ikke å rekonstruere muskelfester. I internasjonale studier har man vist at resultatene etter hofteprotese innsatt med fremre tilgang er gode og gir få komplikasjoner (4–6), selv om enkelte studier har vist at den samlede mengde komplikasjoner kan være betydelig (7, 8). Innen det ortopediske miljøet er det ingen enighet verken nasjonalt eller internasjonalt om hvilken plass de miniinvasive metodene skal ha (9).

Ved Sykehuset Østfold Moss har vi siden desember 2009 benyttet en fremre tilgang til

hofteleddet. Nokså umiddelbart etter oppstart merket vi to store forandringer. For det første opplevde vi at pasientens rehabilitering ble enklere. Vårt inntrykk er at de fleste kommer seg svært raskt på beina og ut av sykehuset – uten at vi har lagt større vekt på dette i avdelingen eller gjort øvrige strukturelle endringer. Den andre forskjellen var at vi merket en økt interesse fra pasienter og leger over hele landet. Våre ventelister for hofteprotesekirurgi har økt fra noen få uker høsten 2009 til over seks måneder høsten 2010, og vi tar ikke lenger imot henvisninger av pasienter som ikke bor i Østfold. Dette har skjedd uten et eneste medieoppslag fra vår avdeling.

Fritt sykehusvalg?

Vi har fritt sykehusvalg i Norge, men i praksis fungerer ikke dette, ettersom avdelingen nå av kapasitetshensyn avviser henvisninger for pasienter utenfor Østfold fylke. I tillegg opplever vi at den økte tilstrømningen gir problemer med å holde fristene, siden sykehuset ikke har klart å øke kapasiteten. Skal de pasientene som velger fremre muskelsparende tilgang miste retten til å bli behandlet innenfor sin frist fordi de ønsker det de oppfatter som den beste metoden? Har avdelingen rett til å fjerne pasientens behandlingsgaranti på denne bakgrunnen?

De fleste pasientene med alvorlig hofteleddsartrose får behandling innen en viss frist, og sykehuset har prioritert høyt å unngå garantibrudd. Dermed har vi fått vi en situasjon der det nye behandlingstilbuddet tiltrekker pasienter til avdelingen, noe som er i tråd med prinsippet om fritt sykehusvalg, men der vi ikke har kapasitet til å behandle de «nye» pasientene innen fristen. Dette gir sykehuset to valg: Enten må vi definere pasientene som ønsker miniinvasiv tilgang ut av behandlingsgarantien ved å kalte det pasientutsatt frist, eller så må vi sørge for behandling ved en annen institusjon. Videre er det ikke klart om sykehuset plikter å skaffe pasientene et behandlingstilbud ved en institusjon som utfører miniinvasiv kirurgi. Dermed kan pasienten bli operert ved konvensjonell metodikk nettopp fordi vedkommende ønsket miniinvasiv kirurgi!

Det er uehdig at vi som ortopeder skal bli ledet inn i en diskusjon med pasienten om hva vi oppfatter som fordeler ved metoden kontra ulempen ved å vente på denne hvis

ventetiden til en konvensjonell operasjon er kortere. I sin ytterste konsekvens kan vi som arbeider med miniinvasiv metode bli tvunget av ledelsen til å anbefale den konvensjonelle metoden fordi sykehuset ellers fratar pasienten behandlingsgarantien eller påføres fristbrudd.

Det er etter vår oppfatning behov for å gjøre en studie der man sammenlikner miniinvasiv og konvensjonell metode. Det endelige svaret på hvorvidt de miniinvasive metodene er bedre enn de konvensjonelle må besvares av prospektive randomiserte studier. I mellomtiden påhviler det hver enkelt avdeling et ansvar for å dokumentere sine egne resultater ved å registrere kliniske kvalitetsparametere.

Kristian Bjørgul

kristian.bjorgul@so-hf.no

Ludger Schmidt

Odd Warholm

Ortopedisk avdeling, Sykehuset Østfold Moss
Postboks 61, 1603 Fredrikstad

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

- Svensson O, Skold S, Blomgren G. Integrity of the gluteus medius after the transgluteal approach in total hip arthroplasty. *J Arthroplasty* 1990; 5: 57–60.
- Müller M, Tohtz S, Dewey M et al. Evidence of reduced muscle trauma through a minimally invasive anterolateral approach by means of MRI. *Clin Orthop Relat Res* 2010; 468: 3192–200.
- Masonis JL, Bourne RB. Surgical approach, abductor function, and total hip arthroplasty dislocation. *Clin Orthop Relat Res* 2002; nr. 405: 46–53.
- Siguier T, Siguier M, Brumpt B. Mini-incision anterior approach does not increase dislocation rate: a study of 1037 total hip replacements. *Clin Orthop Relat Res* 2004; nr 426: 164–73.
- Keggi KJ, Huo MH, Zatorski LE. Anterior approach to total hip replacement: surgical technique and clinical results of our first one thousand cases using non-cemented prostheses. *Yale J Biol Med* 1993; 66: 243–56.
- Matta JM, Ferguson TA. The anterior approach for hip replacement. *Orthopedics* 2005; 28: 927–8.
- Barton C, Kim PR. Complications of the direct anterior approach for total hip arthroplasty. *Orthop Clin North Am* 2009; 40: 371–5.
- Jewett BA, Collis DK. High complication rate with anterior total hip arthroplasties on a fracture table. *Clin Orthop Relat Res* 2011; 469: 503–7.
- Cheng T, Feng JG, Liu T et al. Minimally invasive total hip arthroplasty: a systematic review. *Int Orthop* 2009; 33: 1473–81.

Mottatt 17.11. 2010, første revisjon innsendt 19.1. 2011, godkjent 2.2. 2011. Medisinsk redaktør Jon Amund Kyte.