

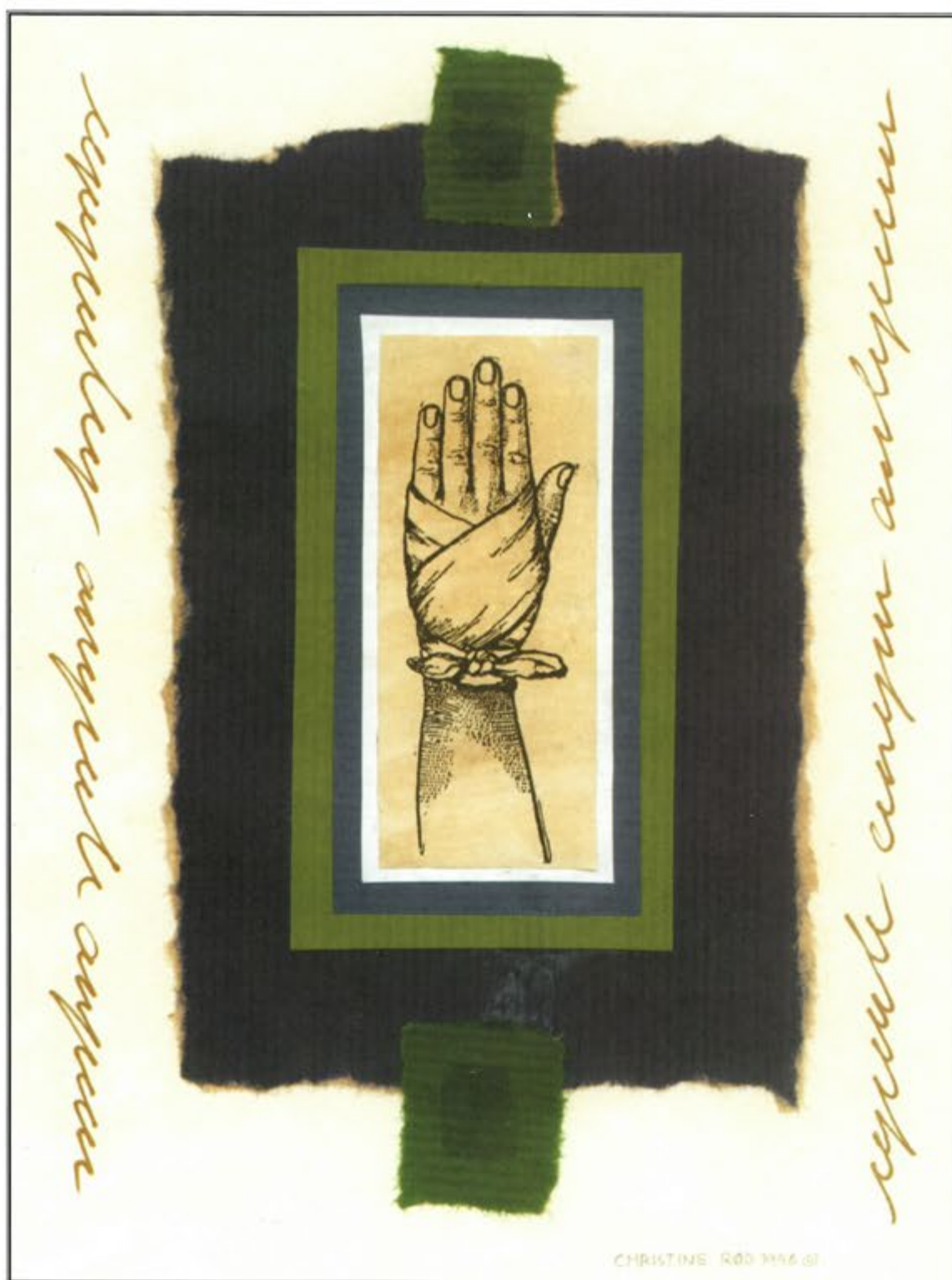
UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 7/8

1998

ARGANG 27



CHRISTINE RØD 1998 ©

**Selv vante aktiviteter
kan gi skader som indiserer
bruk av Orudis gel**

FOTO: NPS

Orudis® gel
ketoprofen

 **RHÔNE-POULENC**

Rhône-Poulenc Rorèr AS

Orudis® gel ketoprofen

".....budskapet er at lokale
NSAIDs er effektive
og sikre" ¹.

Referanser:

1. Moore RA, et al: Quantitative systematic review of topically applied non-steroidal anti-inflammatory drugs. *BMJ* 1998; Vol 316:333-338. **ORG 980917**

Orudis "Rhône-Poulenc Rorer"
Smertelindrende og antiinflammatorisk gel

ATC-nr.: M02A A10

GEL 2,5%: 1 g gel inneh.: Ketoprofen 25 mg, etanol 95% 320 mg, karboxypolymetylen, trietanolamin, lavendelolje, aqua purif. **Egenskaper:** Klassifisering: Ketoprofen er et fenylpropionsyredrivat, og er et ikke-steroid antiinflammatorisk middel med analgetisk effekt. **Virkningsmekanisme:** Hemmer prostaglandinsyntesen, leukotriensyntesen og trombocyttaggregasjon. Den eksakte virkningsmekanismen for den antiinflammatoriske effekt er ikke helt klarlagt. **Absorpsjon:** Ved applikasjon på huden absorberes ketoprofen langsomt til sirkulasjonen, og plasmakonsentrasjonen som oppnås er ca. 30-60 ganger lavere enn den som oppnås etter peroral administrasjon. **Biotilgjengeligheten** etter percutantilførsel er ca. 5% av den som oppnås ved peroral administrasjon. **Proteinbinding:** 99%. **Fordeling:** Vevskonsentrasjonene i det appliserte området (synovialt vev, kapsulært vev, intrakapsulært vev) etter applikasjon på huden er sammenlignbare med de som oppnås etter peroral administrasjon, men med store individuelle variasjoner. **Metabolisme:** Ketoprofen omdannes til glukuronidkonjugat (80-85%). **Utskillelse:** Hovedsakelig som glukuronidat i urin. 1% utskilles i feces. **Indikasjoner:** Milde til moderate lokale smerter i forbindelse med overflatiske bløddelskader. **Kontraindikasjoner:** Hypersensitivitet for acetylsalisylsyre, ketoprofen eller andre NSAIDs. Patologisk forandret hud i det området som trenger behandling, som eksem, akne, infisert hud eller åpne sår. **Graviditet:** i tredje trimester. **Bivirkninger:** Mindre hyppige (1/100-1/1000): Hud: Erytem og kløe. Sjeldne (<1/1000): Hud: Fotosensitivitet. **Forsiktighetsregler:** Gelen skal brukes med forsiktighet ved redusert nyre-, hjerte- eller leverfunksjon. Gelen må ikke komme i kontakt med slimhinner eller øyne. Behandlingen avbrytes hvis utslett inntreffer. Direkte sollys, også solarium, skal unngås så lenge behandlingen pågår. Dokumentasjon for behandling av barn mangler. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Første og andre trimester: Risiko ved bruk under 1. og 2. trimester er ikke klarlagt og ketoprofen bør derfor ikke brukes. Tredje trimester: Mot slutten av graviditeten kan alle prostaglandinsyntesehemmere inducere kardiolpulmonal og renal skade hos fosteret og forlenget blødningsstid hos både mor og barn kan forekomme. Ketoprofen skal ikke brukes under 3. trimester. Overgang i morsmelk: Går over i morsmelk hos dyr i en konsentrasjon på 5% av plasmakonsentrasjonen. Risiko ved bruk under amning er ikke klarlagt og ketoprofen bør derfor ikke brukes. **Interaksjoner:** Liten sannsynlighet for dosering: Voksne: Gelen konsentreres etter applikasjon på huden er lav. **Indikasjoner:** Gelen appliseres på det smertefulle eller betente området 2 til 3 ganger daglig. Mengde gel tilpasses slik at det smertefulle området dekkes, men bør ikke overstige 15 g pr dag (7,5 g tilsvarende ca. 14 cm gelstrek). Gelen masseres inn i huden i noen minutter. Behandlingens varighet bør ikke overstige 1 uke. Håndvask anbefales etter applikasjon. **Overdosering/Forgiftning:** Overdosering er lite sannsynlig ved applikasjon på huden. **Symptomer:** Hvis gelen ved uhell blir inntatt oralt, kan dette gi systemiske bivirkninger avhengig av mengden som er inntatt. **Behandling:** Ved behov gis symptomatisk behandling som ved peroral inntak av antiflogistika. **Oppbevaring og holdbarhet:** Romtemperatur (<25°C). Tøben må lukkes med tilhørende skrukork etter bruk. **Pakninger og priser:** Tøbe: 60 g kr 99,30. Pris pr. september 1998.

RHÔNE-POULENC

Rhône-Poulenc Rorer AS

Eiksveien 110, Postboks 24, 1345 Østerås.
Tlf: 67 16 33 00. Fax: 67 16 33 33. E-mail: rpr-no@online.no

Dagbok fra Oslo Legevakt

Et år på brudd- og såravdelingen

Av Sverre Lundvall

Jeg har jobbet mine år som allmennlege i Tromsø og Oslo. Selv om bypraksis er variert får man liten trening i behandling av skader, siden andre tar seg av dette. Som vikar i Hasvik på Sørøya i 1996 fikk jeg inspirasjon til å lære mer om skader, særlig følte jeg meg hjelpeløs da jeg ikke greide å få en luksert finger på plass. Pasienten gråt av smerte og hadde ikke kollega Geir vært innen rekkevidde måtte jeg ha ringt AMK og fått tak i et fly. Det er like godt å innrømme det: Man kan ikke være god i noe man ikke gjør ofte. Litt rastløshet, litt drøm om ny innsats i utkant-Norge og litt lengsel tilbake til det medisinske faderhuset drev meg til Legevakten.

Den ligger i Storgata der den alltid har ligget og er delt i allmennavdelingen og brudd- og såravdelingen. Fra april 97 til april 98 hadde jeg 60% stilling som assistentlege på brudd- og sår. Samme sted fikk jeg i 1973 min første opplæring i å sy. (Jeg husker en fyllek med et sår i hodebunnen og mine ufattelig ustø hender. Og oss studenter i ring rundt en benk der en pasient med radiusfraktur lå med overarmen gjennom en lærstropp festet i veggen. En av oss fikk dra i hånden og gipsmakeren styrte det hele.)

Lokalene er de samme! Studentene er der, sysakene, stropen i veggen, spisskompetente gipsmakere og rutinerde sykepleiere. Nytt er OBS-posten, en slags sykestue-avdeling i femte etasje der man kan ha pasienter til observasjon et døgn. Glimrende! Ny for meg var også Knut Melhuus. Han er overlege på brudd og sår og driver tålmodig opplæring av assistentleger som begynner og slutter. Jeg fant fort ut at det gjaldt å få tak i ham når jeg sto fast i en beslutning. Ofte benyttet han sjansen til å svare på litt mer enn jeg spurte om. Bortsett fra kunnskapen som «sitter i veggene» på Legevakten har jeg lært det meste av ham.

Til og fra jobb gikk jeg langs Akerselva, alltid en fin tur. Spesielt på hjemveien hadde jeg god tid til å tenke: Hva lærte jeg i dag? Hva fikk jeg ikke til? Jeg skrev noe nesten hver dag, og her er den redigerte dagboken med opplevelser og lærdommer.



Bruddavdelingen

Skjeletttrøntgen er ikke så lett

Røntgenbilder tas av radiograf døgnet rundt, men assistentlegene må i første omgang bedømme bildene selv. Senere kommer radiolog fra Ullevål med sin tolkning som blir «fasiten». Skjeletttrøntgen var vanskeligere enn jeg hadde trodd, og jeg lærte å uttale meg med forbehold til pasientene. «Så langt jeg kan se har du ikke brukket noe, men hvis radiologen ser noe jeg ikke ser skal du få beskjed» sa jeg ofte. På et morgenmøte gjennomgikk Knut «lumske» frakturer som kan overses på røntgen, eller der primærbildet kan være negativt: Bekkenfrakturer, innkilte colli femoris frakturer, acetabulumfrakturer, clavicalfrakturer hos barn, håndleddsfrakturer hos barn, stressfraktur i metatars eller fibula. Dersom røntgen bedømmes negativt men klinikken ikke stemmer, ved at det for eksempel er vedvarende smerter eller det ikke lykkes å mobilisere pasienten innen en uke eller to bør det tas nytt bilde.

Det er aldri noen som takker oss for ikke å ha tatt et røntgenbilde. To ganger gjorde jeg den feilen å ikke ta bilde fordi jeg mente at traumet var så ubetydelig og palpasjonsfunnet så sparsomt at brudd var usannsynlig. Jeg var opptatt av å spare pasientene for bestråling. Den ene var et barn som ikke ville bruke armen, den andre et barn som ikke ville belaste benet. Begge gangene angret jeg om kvelden og ringte hjem til foreldrene så de kom tilbake til røntgen neste morgen. Bildene viste henholdsvis albuefraktur og tibiafraktur! Det er klart bedre å rette opp unnlåtelsen selv enn å lese i avisen at lille Per ble sendt hjem fra Legevakten med brukket ben.

Røntgen var morsomt, og vekket fjerne minner fra anatomiundervisningen: Å, os triquetrum,

os lunatum, os naviculare, hvor har dere vært så lenge?

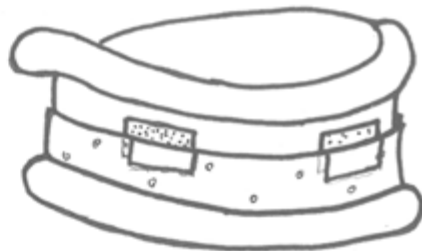
Nakkeskader

Nakkeskader er en av de vanligste årsakene til at pasienter kommer til bruddavdelingen. Den dominerende skademekanisme var «whip-lash light» i form av påkjørsel bakfra med lav hastighet. Mens jeg var der presenterte Monica Drottning resultater av sin undersøkelse som viser at forløpet ved slike skader er bedre enn tidligere antatt. Vi lærte en rutine med orienterende neurologisk undersøkelse av hjernenerver og overekstremiteter, test av passiv bevegelse av nakken og Spurlings test. Røntgen var praktisk talt alltid negativ, og bør kunne unnlates i lette tilfeller, hvis ikke pasienten insisterer. Bløt nakkekrage har man gått nesten helt bort fra, slik at behandlingen dreier seg om beroligelse, informasjon, opplæring i enkle tøyningsovelser, antiflogistika. Eventuelt en kort sykmelding og kontrollavtale etter en ukes tid. Drottning har laget en meget god video som heter: «Nakkeslengpasienten. Akuttmottak på legevakst eller i allmennpraksis.» Jeg anbefaler den! Hun kan kontaktes om dette på neurologisk avdeling, Ullevål Sykehus.

Selvom whip-lash mekanismen sjelden gir skjelettskader i nakken var Knut nøye med å advare oss med hensyn til andre skademekanismer: Høyhastighetsskader i trafikken, fallskader hos eldre (ned en trapp), epileptisk anfall, berusede som vipper bakover på en stol og blir innbrakt for å bli sydd i bakhodet. Kombinasjonen alkohol, hodeskade og nakkeskade er fryktet. Feilstilling og tvangsstilling av hode og nakke samt nakkesmerter er tegn på skade av virvelsøylen. Ikke sjelden tok jeg i mot pasienter som kom med ambulansen påsatt transportkrage. Jeg fikk da råd om å ta liggende side-

bilde med kragen på. Hvis dette ikke viste luksasjon kunne kragen tas av og nakken palperes liggende. Så måtte jeg vurdere om pasienten kunne settes opp slik at full røntgenserie kunne tas. Røntgenbilder av nakke kunne være vanskelig å bedømme og ved tvil sendte vi pasienten til CT på Ullevål. I løpet av året på Legevakten så jeg to pasienter med trafikk-skadde nakker der jeg gjorde neurologiske funn (utstrålende smerter til langfinger, svekket tricepsrefleks, Spurlings test positiv) selv om røntgen var negativ. Jeg har nå lært at C7 er den nerveroten som hyppigst affiseres i nakken, også ved degenerativ nakkesykdom. Disse to pasientene, som begge var unge kvinner, ble henvist til neurologen på Ullevål og behandlet avventende, med bruk av stiv krage et par uker, også om natten.

En slik stiv nakkekrage er mindre og nettere enn transportkragene som ambulansene har, og ikke så ubehagelig i bruk som jeg hadde tenkt meg på forhånd. Den som brukes på Legevakten heter Camp halskrage/todelt. Man trenger large og medium. Firmaet Camp Skandinavia i Oslo (tlf 22377900) kan opplyse om pris og lokal distributør.



stiv nakkekrage „CAMP“, i plast
To deler, borrelåsen gjør
at høyden kan reguleres

«Tanken på å feilbedømme en nakkeskade fyller meg fortsatt med skrekk.»

Tåskader er ikke så viktige....

Ved fraktur i de små tærne gipses det ikke, pasienten får bare beskjed om å bruke sko med stiv såle, og at det kan gjøre vondt i flere måneder. Kanskje tapes tåen til naboen. Derfor er det ikke nødvendig å ta røntgen heller, hvis en pasient har sparket lilletåen i dørkarmen og den er blå og vond. I praksis rekvirerte jeg bilde likevel. Men stortåen er viktigere enn de andre tærne, dislosert fraktur eller luksasjon skal reponeres og gipses.

...men finger- og håndskader krever anatomikunnskap

Finger- og håndskader er mye viktigere enn jeg ante, og her er det mange finesser. Ved tommelskade er stabilitetstesting er viktig. Allerede første dag fikk jeg vite at grunnleddets ulnare collateralalligament skal opereres hvis det er røket. I løpet av mitt år så jeg bare en slik skade.



Skade på tommelens ulnare collateralalligament

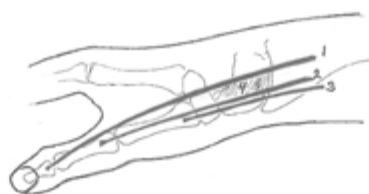
Jeg så bare en eneste pasient med den «eksotiske» intraartikulære Bennett-frakturen i basis av

1 metacarp. Draget fra abduktor pollicis longus gjør at denne disloseres, og derfor anbefales operativ fiksasjon.



Dislosert Bennett-fraktur

For 2 år siden var jeg uheldig med en øks og kuttet min egen ekstensor pollicis longus sinister. Etter dette ble jeg spesielt interessert i de lange tommelmusklene. Det er ikke så vanskelig: Ekstensor longus fester på ytterfalangen, ekstensor brevis på grunnfalangen, og abduktor longus på metacarpen. Sammen begrenser de «snusdåsen» radially på håndryggen. Abduktor longus og ekstensor brevis ligger i felles kompartiment på radialsiden, ekstensor longus på ulnar-siden av snusdåsen.



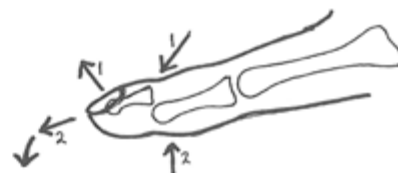
- 1 Ekstensor pollicis longus
- 2 Ekstensor pollicis brevis
- 3 Abduktor pollicis longus
- 4 Snusdåsen

Helt proximalt i bunnen av snusdåsen ligger os naviculare, like distalt for spissen av radius, som blant venner heter processus styloideus radii. (Kjenn selv.) Navicularefrakturer så vi naturligvis en del av, men de fleste

fikk gips på klinisk mistanke (distinkt palpasjonsømheter proksimalt i snusdåsen sammenlignet med frisk side) uten at frakturen kunne verifiseres hverken på det opprinnelige røntgenbildet eller kontrollbildet etter 14 dager. Ifølge Knut forekommer navicularefrakturer nesten aldri hos personer over 60 år.

Lukserte fingre, detaljene fascinerer

Fingerluksasjoner settes på plass i ledningsanestesi. Røntgen er obligatorisk før og etter, både for å stille diagnosen (en håndballjente med vond finger hadde et luksert ytterledd jeg ikke så klinisk) og for å se en samtidig fraktur. Feilstillingen analyseres for reponering. Det er ikke alltid nok å dra i lengderetningen, både innledende overdrivelse av feilstillingen og korrigerende dytt mot basis av den lukserte falang kan være nødvendig. Gipspulver på hendene gir bedre grep.



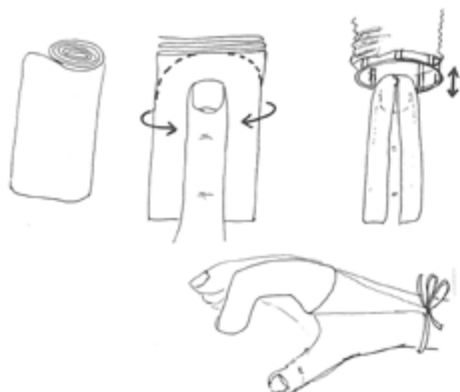
Luksert ytterledd med dorsal feilstilling. Collateralalligamenter trolig intakte, volarplaten trolig skadet. Reponeres ved hyperekstensjon + dytt (1) så drag + dytt (2)

Nytt for meg var viktigheten av stabilitetstesting etter reponering. Da kjenner man på sidestabiliteten mens bedøvelsen fortsatt virker. Hvis ett av collateralalligamentene er røket kan håndkirurgisk operasjon være indisert.



Luksert PIP-ledd, feilstilling til siden. Collateralalligament skadet, operasjon kan være indisert. Reponeres ved drag (1) + dytt (2)

Hvis leddet etter reponering lar seg hyperekstendere dorsalt er den volare leddkapselen skadet (denne er av fibrebrusk og kalles volarplaten). Den opereres ikke men ved skade bør pasienten informeres om at det vil ta mange måneder før fingeren er bra. Etter reponering av en luksert finger kan man velge mellom taping til nabofinger eller gipsing med for eksempel båt-gips i tre uker.



- Båtgips. Velg gipsbind som er litt bredere enn fingerens lengde. (4 tegn.)
- Brett 5-dobbelt og klipp til en bue fortil. Foldes rundt fingeren, det skal være en dorsal spalte hele veien.
- Sett på strømpebandasje.
- Gipsen skal stivne med fingeren i funksjonsstilling.

Dropfinger, en tålmodighetsprøve for pasienten

Dropfinger så jeg ofte. Med dette menes strekkeseskade i ytterfalang. Det kan være traume nok at fingeren hefter seg opp når man tar på seg bukse. Røntgen tas for å utelukke en avulsjonsfraktur som kan opereres. Ved dropfinger uten fraktur er det ikke noe å sy i, slik at behandlingen blir å bruke dropfingerskinne i 6-8 uker. På Lege-



Dropfingerskinne.

vakten brukes Stax Finger Splint som er av hudfarget plastikk og finnes i flere størrelser. Firmaet Smith and Nephew på Hvalstad (tlf 66981515) kan opplyse om lokal distributør. Bruk av dropfingerskinne er en tålmodighetsprøve. Pasienten får lov å ta av skinnen for vask men må absolutt ikke flektre i ytterleddet før tiden er gått. Sluttresultatet blir ofte halvgodt, en lett hengende tupp.

Radiusfraktur gir ofte langvarige problemer

Fraktura radii typica er vanligste fraktur på Legevakten, og her er gipsmakernes rutine enorm, både ved reponering og gipsing. Jeg fant raskt ut at jeg ville konsentrere meg om å sette bedøvelse i frakturspalten og å trekke i frakturen under gipsmakerens ledelse. Da ble resultatet best. Disse skadene er ofte alvorligere enn jeg trodde. Jo større feilstilling på primærbildene (spesielt forkortning av radius i forhold til ulna) jo større risiko for redislosering etterpå, selv om reponeringen primært gir bra resultat.

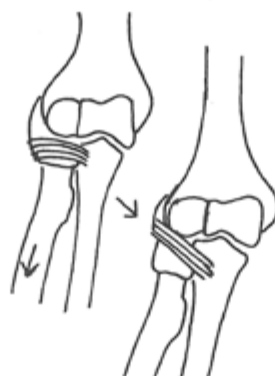
Hos eldre ser man ofte et godt funksjonelt resultat etter et års tid, selv om håndleddet blir skjevt. Hos pasienter under 50 år skal feilstilling etter reponering ikke aksepteres. Operativ bruddbehandling gjøres ikke på Legevakten, derfor henviste vi enkelte videre etter primærbehandling. Men de ortopediske avdelinger synes fortsatt ikke å ha noe enhetlig linje med hensyn til hvilke frakturer som skal opereres eller «pinnes» primært, slik at sykehusets behandling ikke var lett å forutsi. En av de viktigste oppgavene vi leger hadde var å forklare pasientene hvor alvorlig skaden var. Enkelte ganger var det mest dekkende å si rett ut at «håndleddet er knust». Vi ble generelt instruert om å informere pasientene om at stivhet og redusert kraft i håndleddet hos de fleste vil vedvare i 6-12 mæ-

der etter skaden. Jeg har fått mye mer respekt for denne skaden enn jeg hadde før.

Barnet som ikke vil bruke armen

Knut lærte oss at når et barn etter traume ikke ville bruke armen skulle vi undersøke med bar overkropp og tenke på:

- 1 Claviculafraktur. Palpasjon gir mistanke
- 2 Supracondylær humerusfraktur. Ofte svær hevelse rundt albuen
- 3 Antebrachiumfraktur. Kan være greenstick med beskjeden klinikk
- 4 Pulled elbow.



Pulled elbow

Pulled elbow og det forløsende «knepp»

Når traumet er et drag armen og klinisk undersøkelse er negativ, er pulled elbow så sannsynlig at det kan gjøres reponeringsforsøk uten røntgen først. Reponeringen beskrives litt forskjellig, alle har sin metode, jeg kom til slutt fram til: Barnet sitter med flektet albue. Hvis det er venstre albue griper jeg øverst på underarmen med min høyre hånd, tommelen på caput radii. (Jeg forestiller meg at jeg da holder ligamentum annulare fast så jeg kan skru radius inn i mansjetten igjen.) Med min venstre hånd griper jeg barnets hånd, presser underarmen lett mot albuen og gjør en full supinasjon, deretter en full pronasjon. Barnet liker ikke dette. Eventuelt gjentas det noen gang-

er hver vei.. Hvis jeg da kjenner et «knepp» i albuen der jeg holder min høyre tommel er problemet som regel løst, og barnet vil bruke armen i løpet av få minutter. Morsomt!

Kjennes det intet «knepp» håper man likevel at man har gjort noe nyttig og venter et kvarters tid for å se om barnet begynner å bruke armen. Skjer ikke det må man eventuelt prøve på nytt, litt mer bestemt, eventuelt også med ekstendert albue. Ved fortsatt tvil kan barnet sendes hjem med smertestillende og kanskje fatle. I slike tilfeller tror jeg det er lurt å tegne opp for foreldrene hva problemet er, og helst unngå uttrykket *albuen ute av ledd*. En kveld jeg hadde strevd uten å få noe overbevisende «knepp», var familien tilbake neste morgen og fortalte at barnet hadde grått hele natten, hvorpå jeg tilkalte Knut som gjorde omtrent det samme som jeg hadde gjort, med den forskjell at da *han* gjorde det sa det «knepp». Sånn er livet noen ganger.

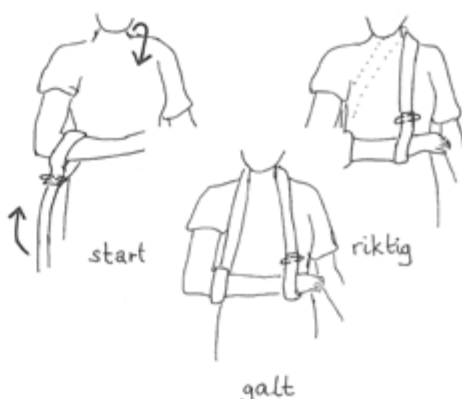
Skulderluksasjon, mer enn en maskinfeil?

En psykiatrisk sykepleier fortalte meg om en fottur på Hardangervidda der hun kom forbi et muntert følge av pensjonerte lærere hvorav en nettopp hadde fått skulderen ut av ledd. Han var ytterst motivert for å få den på plass igjen og hun ble sterkt oppfordret til å prøve og lokket med rødvin på neste hytte! Men hun kunne ikke teknikken, og det

gikk mange timer før mannen ble hentet med helikopter. Siste gang jeg reponerte en luksert skulder var i 1980. På Legevakten fikk jeg opplæring i å bruke «Urnes-grepet» for å reponere.

Skulderluksasjon minner om når «veivakselen faller ut av veivhuset» Nettopp fordi skaden ligner en maskinfeil og behandlingen er så morsom å utføre er det lett å glemme pasienten oppi dette. Jeg tror de fleste pasienter spenner seg i påvente av et smertefullt rykk. Derfor gjelder det å starte med å forklare pasienten hva som skal gjøres. Jeg presiserte at jeg bare skulle utøve et helt jevnt drag, ikke gjøre noen brå bevegelser, og at jo mer pasienten klarte å slappe av og «gi meg armen» jo lettere ville den finne veien hjem selv. For å slappe av fikk pasientene rutinemessig Stesolid 5-10 mg iv. Ofte også 10 ml Xylocain 2% inn i det «tomme» skulderleddet fra lateralsiden. Av og til måtte vi supplere med Petidin iv opp til 50 mg for smertedempning og muskelrelaksasjon, men problemet da var risikoen for respirasjonssvekkelse.

Det er ulike syn på etterbehandling. Som en regel regner man minst seks uker for en skadet leddkapsel å gro. På Legevakten er man konservativ



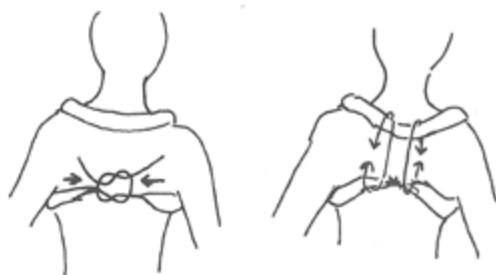
og anbefaler gjerne å ligge inntil kroppen i CC (Collar and cuff) de første to uker, deretter trening med fysioterapeut. Jeg lærte at CC kan anlegges på to måter, en riktig og en gal.



Utgangsposisjon ved reponering av luksert skulder

Mer og mindre vellykkede «åttetallsbandasjer» ved claviculafraktur

Anleggelse av åttetallsbandasje for strekk av claviculafraktur var sykepleiernes bord. De brukte en bandasjestrømpe fylt med vatt, og la den *ikke* i åttetall. Jeg lærte at det gjelder å få pasienten selv til å stå og trekke skuldrene mest mulig bakover, som om han bærer en tung ryggsekk, før man strammer bandasjen.



Bandasje ved claviculafraktur

Deretter kunne man stramme på tvers med en ny slynge. Jeg hadde en jente med claviculafraktur og hengeholdning med framoverlutende skuldre som vi hadde prøvd å stramme opp. Da hun kom til kontroll etter en uke hadde slyngen strukket seg og feilstillingen var verre enn utgangspunktet. Derfor er det klokt med kontroll etter 1-2 dager ved claviculafrakturer.

Oversett rotator-cuff ruptur ...

En diagnose jeg overså, fordi jeg ikke tenkte på den, var rotator-cuff-ruptur i skulderen hos en eldre mann. Han var tidligere operert for det samme og hadde nå skuldersmerter etter å ha



Aktiv utadrotasjon av abduert skulder

sykklet mot et gelender. Jeg tenkte mest på å utelukke fraktur og oppdaget ikke at han manglet evnen til abduksjon. Jeg har nå lært at rotator-cuffen utgjøres av teres minor og infraspinatus som utadroterer, supraspinatus som abducerer, og subscapularis som innadroterer. De vanligste cuff-skadene sitter litt baktil slik at det karakteristiske funn er kraftsvikt ved utadrotasjon av halvveis abduisert skulder.

Supraspinatussen er kraftig som achillessenen, og har i likhet med denne en sone som er dårlig sirkulert. Den er derfor utsatt for degenerative skader og kan hos eldre ryke ved små traumer. Store rupturer bør opereres innen fire uker. Min pasient ble fanget opp av en ortoped som sendte meg epikrisen til å lære av.

...og achillesseneruptur

Ved achillesseneruptur må behandlingen (operasjon eller gipsing i spissfot) settes i verk innen en uke, senest innen to. Jeg hadde ikke trodd det var mulig å overse en achillesseneruptur, men gjorde dessverre det hos en 70-årig kvinne som hadde snublet idet hun gikk av toget. Hun hadde en suspekt hevelse svarende til nederste del av achillessenen. Jeg gjorde Thompsons test:



Thompsons test

Pasienten plasseres da enten i mageleie på benk med føttene utenfor enden, eller knestående på en stol. Så klypes tykkleggen sammen. Ved intakt achillessene vil hælen da løfte

seg, ved ruptur ikke. Hos min pasient virket det som hælen løftet seg slik at jeg bedømte testen som negativ. Seks uker senere ble Legevakten oppringt av hennes egen lege som meddelte at achillessenen var røket. Operativ behandling er da for sent, det vil bli et arrvev som betyr forlengelse av senen og svekket plantarleksjon. Av dette lærte jeg at jeg ikke må legge for stor vekt på en enkelt test, men også palpere achillessenen nøye mens pasienten plantarflekterer mot motstand. Ved tvil om ruptur må det avtales kontroll om to-tre dager. Man kan også henviser til akutt ultralyd.

...og selvfølgelig korsbåndsruptur

I serien rupturer som kan overses hører korsbåndsrapturene med. Her har man heldigvis mer tid på seg, idet det optimale operasjonstidspunkt er 6-8 uker etter skaden. Den diagnostiske regel er klar: Et knetraume som medfører akutt hevelse (hemartros) er fremre korsbåndsruptur til det motsatte er bevist. Håndteringen av slike akutte knetraumer har endret seg siden jeg var på kirurgisk avdeling i 1980. Da skulle vi punktere hemartrosknær. Nå er holdningen at knepunksjon utgjør en nødvendig infeksjonsrisiko og dessuten er uheldig for en senere artroskopi, slik at dersom røntgen er negativt vil pasienten bli hjemsendt med krykker og avtale om kontroll om en uke. Det er først ved den kliniske undersøkelsen en uke etter skaden at smertene har avtatt så mye at man kan få noe utav det. Hvis pasienten forteller at kneet «svikter» eller «blir borte» i visse situasjoner styrker dette mistanken om korsbåndsruptur. Men man kan gå normalt med en korsbåndsruptur, til og med stå ned en slalåmbakke, så lenge man ikke kommer på skjeve eller ut av det vanlige mønsteret. Det er mot de uventede bevegel-

ser korsbåndet trer i funksjon. Den kliniske undersøkelsen som er viktigst ved korsbåndsruptur er Lachmanns test, en skuffetest med kneet flektert 30 grader.



Lachmanns test

Å bedømme denne er ikke lett. Av en slags «demokratisk» grunn har jeg tidligere latt knepasienter sitte og se på mens jeg undersøker kneet. Jeg gjorde Lachmann test på denne måten 30 års mann med sykehistorie suspekt på korsbåndsruptur, og den var negativ. Så tilkalte jeg Knut og en annen kollega som gjentok undersøkelsen, men da måtte pasienten legge seg flatt ned på ryggen og han ble nøye forklart hvor viktig det var at han slappet av i alle musklene i beinet. Da viste Lachmanns test av det affiserte kne en klart økt bevegelighet fremover av tibia, sammenlignet med det andre kneet. MR bekreftet den kliniske diagnose fremre korsbåndsruptur. Ergerlig at jeg ikke hadde fått til det! Men jeg lærte betydningen av at pasienten må ligge, og oppfordres til å slappe av. Det «demokratiske» hensyn ivaretas bedre ved å forklare pasienten på forhånd hva man skal gjøre. Og det ble resultater: En av mine siste pasienter på Legevakten var en kvinne med kneskade der min kliniske undersøkelse tydet på både fremre korsbåndsskade og medial meniskskade. Jeg var heldig og fikk henne raskt til MR som bekreftet begge deler. Da lærte jeg også at selv om korsbåndsskaden bør vente de nevnt-

te 6-8 uker, bør meniskskaden henvises akutt, og hun ble motatt til artroskopi dagen etter.

Patellaluksasjon

Temaet kneskader omfatter også patellaluksasjon. Ofte er patella reponert når pasienten kommer til legevakten, men jeg var så heldig å ta imot en pasient som kom inn med sterke smerter, flektert kne og patella nærmest på høykant lateralt for den laterale femurkondyl. Da kan man reponere uten å ta røntgen først, hvis ikke selve traumet gir frakturmistanke. Stesolid-relaksasjon er ofte nødvendig men, man kan prøve uten. Man må være to, den ene retter ut benet ved å dra i foten, den andre dytter patella på plass fra lateralsiden. Med min pasient gikk det lett, men man må være forberedt på å ta hardt i, og det er så vondt at pasienten bare lar en forsøke en gang. Etter reponering av patellaluksasjon blir det ofte svært hemartros. For å motvirke dette legges ispakning med stram elastisk bandasje den første halvtimen. Dette kan gjentas flere ganger første døgn.

Skal man «låse opp» et låst kne?

Spørsmålet meldte seg for meg flere ganger. Låst kne betyr ikke bare der kneet står bom fast i midt-fleksjon. Hvis det er en viss bevegelse men mangler 20 grader på full ekstensjon er kneet låst. Dette er en av de få akutte knetilstander som gir grønt lys til innleggelse på en ortopedisk avdeling, der pasienten vil bli artroskopert. Det kan derfor absolutt forsvares å bare henvise videre. Jeg hadde en svensk gjes-tearbeider, tidligere meniskoperert, som sterkt oppfordret meg til å prøve å lirke opp låsningen, så skulle han senere følge opp dette i Sverige. Det gikk med list og lempe og føltes ikke galt. Også en ung jente med låst kne

bestemte jeg meg for å lirke løs. Da hun et par måneder senere kom til ortoped hadde kneet hennes vært helt fint i mellomtiden, slik at de ble enige om at indikasjon for artroskopi ikke forelå. Så hva jeg i fremtiden skal gjøre med låste knær vil jeg nok drøfte både med pasienten og vakthavende ortoped i hvert enkelt tilfelle.

Ruptur av kneets mediale kollateralligament

Kneets kollateralligamenter er forskjellige. Det laterale er rundt som en blyant og ryker aldri isolert. Jeg sitter ofte med foten på motsatt lår og kjenner på mitt eget laterale kneligament som da er på strekk, det gir en anatommisk tilfredshet. Det mediale ligamentet er flatt som en lubben ispinne og ryker ofte. Med innsiden av foten på en stol ved siden av meg kan jeg også få dette på strekk og kjenne på det.



Forfatteren palperer sitt laterale kollateralligament



...og sitt mediale

Ruptur av mediale kollateralligament i kneet gir valgusinstabilitet når kneet testes i 30 graders fleksjon. Ved utførelse av denne testen har jeg lært at hoften først må innadroteres fullt. Ved smerter er det likevel ikke lett å bedømme testen. Ruptur av fremre korsbånd kan gi samme instabilitet, og ofte er begge disse strukturer skadet samtidig. Når også mediale menisk er skadet kalles det «the unhappy triad». Både meniskruptur og kollateralligamentruptur kan gi smerter i mediale leddspalte, men ved ligamentrupturen sitter smertene oftest litt høyere på mediale femurkondyl. En metode kan være å sette to ml anestesi subcutant. Hvis det gir smertefrihet er det neppe menisk. Til sammen syns jeg fortsatt det er vanskelig å si klinisk om det foreligger ruptur av mediale kollateralligament. Etter hvert vil MR hjelpe oss i diagnostikken.

Da jeg arbeidet på kirurgisk avdeling Kirkenes i 1980 assisterte jeg på to operasjoner der et rupturert mediale kollateralligament ble sydd. Dagens behandling er som regel sidebåndsortose i 6 uker. I Oslo kjøpes slike ortoser på Ortopediteknikk eller NIMI og koster 1500 kr inkludert tilpasning.

Vrikket ankel, enklere enn før, ortosebehandling tar over

Den aller vanligste skaden man møter på Oslo legevakt er vrikket ankel. Jeg anbefaler heftet «Vurdering og behandling av akutte ankelskader» som er utarbeidet av Norsk Idrettsmedisinsk forening og utgis av Nycomed



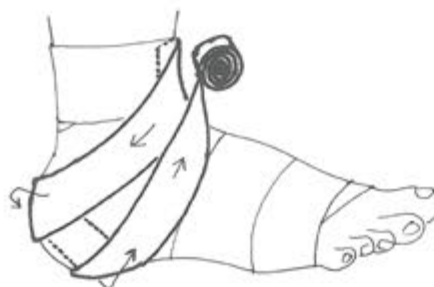
Pharma. Det typiske er inversjonstraumet. Inversjon er en kombinasjon av plantarfleksjon, supinasjon og innadrotasjon i ankelen. Hevelsen og smertene kommer over laterale malleol, der ligamentum talofibulare anterius (LTFA) skades først.

Tidligere ble totalruptur av LTFA operert. Båndrester ble sydd med grove suturer. Som student lærte jeg om viktigheten av å skille mellom partiell og total båndskade ved å vurdere patologisk sidevrikk og gjøre fremre skuffetest. Røntgen vrikkebilder og eventuell artrografi hørte med. Disse vurderingene har jeg aldri fått noe selvtillit i. Det var derfor en lettelse å lære at det nå er vist at non-operativ funksjonell behandling gir like godt klinisk resultat, også ved totalrupturer. Dermed blir gradering av båndskade ikke så viktig. Vi rekvirerte nesten alltid røntgen av disse ankene, og det var svært sjelden frakturer. Den kliniske undersøkelsen vi gjorde før røntgen var i tillegg til inspeksjon og palpasjon av det hovne ømme området på lateralsiden:

- Palpere fibula i hele lengden, fordi høye frakturer kan forekomme.
- Palpere basis av femte metatars, fordi det kan forekomme avulsjonsfraktur der ved ankelvrikk.
- Bedømme syndesmosen ved å lateralrottere ankelen, og ved å klemme sammen tibia og fibula oppe på leggen. Hvis noe av dette gir smerter i syndesmosen fort til i ankelleddet er det tegn på syndesmoseskade, og lengre forløp kan påregnes.
- Palpere på medialsiden. Ømhet der tyder på større skade og lengre forløp.

Pasienten ble informert om at båndskade tar seks uker på å gro sånn noenlunde, men seks måneder på å gro skikkelig, og at det var viktig å unngå ny skade i denne tiden. Når det gjelder behandling er det fortsatt god

latin å gi antiflogistikum og be pasienten de første 48 timer ligge med benet høyt, på en stol, med kompresjonsbandasje kontinuerlig på. Det tas bare av når ankelen kjøles ned med is eller kaldt springvann 20 minutter hver 3-4 time. (Motiverte idrettsfolk klarer å gjennomføre dette, enkelte andre og) Dette er for å minske blødning og inflammasjon etter skaden. Hvis det er gått mer enn 48 timer har nedkjøling ingen hensikt. Deretter mobiliseres pasienten med tape. Ved kronisk ustabile ankler brukes uelastisk idrettstape rett på huden, men ved de akutte ankelskader ble foten først heldekket med elastisk tape (Sporty Quick Bandage 80 og 60 millimeters bredder) fra basis av tærne til en håndsbredd ovenfor malleolspissen. Dette gir kompresjon. Oppå denne legges en vanlig uelastisk idrettstape i slynge om laterale malleol og hælen.



Uelastisk tape i slynge utenpå en «sokk» av elastisk tape

Leggingen av denne tapen er beskrevet av Daljord og Jæger Hansen i heftet Ankelskadebehandling, Nycomed Pharma. Denne tapen kunne sitte i 6-8 dager, og pasientene fikk beskjed om å gå normalt, uten krykker.



Aircast Ortose

Sommeren 1997 ble Aircast ortose innført som standardbehandling

Den kostet 275 kroner som de fleste synes var greit. Den skal sitte utenpå en sokk og nedi skoen, og brukes i minst 5 uker ved ligamentruptur. Ortosen gir angivelig også nok støtte ved en lateral malleolfraktur nedenfor syndesmosen, men vi foretrakk å gipse disse. For øvrig sa Knut at laterale malleolfrakturer kan gjøre vondt i måneder og år! Dette er igjen et eksempel på noe jeg har lært: Skader er mer alvorlige enn vi og pasientene tror. Det gjelder å unngå skader!

Såravdelingen

Grublerier omkring en innbruddstyv

En av de første kveldsvaktene ble jeg sendt inn til pasienten T. Sykeleieren hadde satt ham med høyre hånd i grønnsåpevann i båsen bak tredje forheng. Såret ulnart på håndryggen var fire dager gammelt og hadde oppstått da han skar seg på en vindusrute natt til søndag. To dager tidligere hadde han vært på Oslo-Akuten og fått pålagt en saltvannskompress som ikke hadde vært skiftet siden. Han hadde nedsatt følelse dorsalt på lillefingeren og på håndryggen ned mot såret. Strekkefunksjonen i lillefingeren var litt dårligere enn på venstre side. Det tre centimeter lange såret så ut til å ligge sånn at skade på strekkesenen kunne ha skjedd. Såret var delvis belagt med fibrin og koagulert blod, litt hevelse rundt kantene, men ikke rødt varmt og hissig.

Tankene hvirvlet gjennom hodet mitt: Er det en skade på strekkesenen? Kan den i tilfelle syes nå fire dager etter, og kan såret i så fall lukkes? Hva med hudnerveskadene? Er det en sårinfeksjon som nå er kamuflert av grønnsåpevannsbehandlingen?

Jeg tok ham med til operasjonsstua, satte lokalbedøvelse og begynte å sprike med peang for å se bedre. Da begynte det å blø friskt så oversikten ble mye dårligere. Burde jeg på forhånd ha elevert hånden i fem minutter og så satt på blodtryksmansjett 30mmHg over arterielt trykk for å slippe blødningen? Hvor lenge ville han tolerert dette?

Jeg så noe hvitt i sårbunnen som kunne være sene, men det beveget seg ikke med fingerbevegelesene som en sene burde. Jeg ble sittende og tørke bort blod og gruble. Hvordan kan jeg få bedre oversikt? Sprike dristigere med peangen? Bruke sårhaker? Ta på meg lupebriller? Bla i det anatomiske atlas?

Så ringte jeg plastikk-kirurgen, som sa: «Prøv selv litt til». Også delvise seneskader bør repareres. Bruk enkle U-suturer. Du gjør ikke noe galt med stump spriking. Som en siste utvei kan du sende ham hit til mottagelsen, så kan jeg se på ham mellom de operasjonene jeg skal gjøre i natt.»

Så jeg prøvde «litt til» men ble hele tiden så sjenert av blødningen at jeg til slutt ringte tilbake og sa jeg måtte sende ham. Det likte ikke plastikk-kirurgen. Er såret infisert, spurte han. Jeg sa jeg trodde det ikke var det, men ønsket jeg hadde fått sett det før hånden havnet i grønn-såpevannet. Hva slags kar er dette, spurte kirurgen, og jeg måtte innrømme at det var nok en innbruddstyv som hadde skåret seg på jobb. Det likte kirurgen enda dårligere og foreslo til slutt ny saltvannskompress, hånden i funksjonsstilling med volar skinne, og at han kunne komme fastende første hverdag, som var to dager senere.

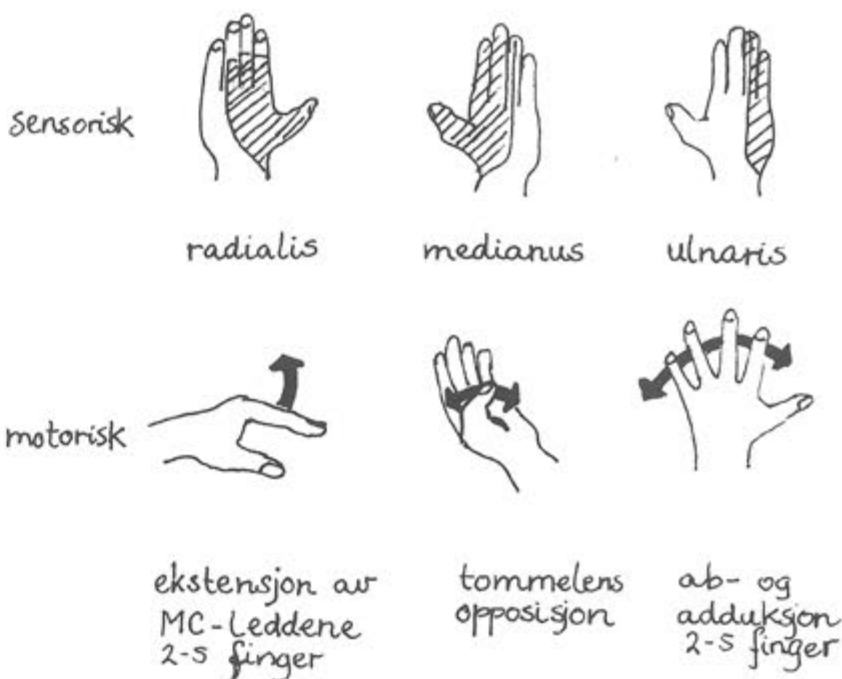
Jeg følte meg ikke så veldig flink akkurat da, men heldigvis syntes både tyven og de to politifolkene at jeg hadde gjort en iherdig innsats, og senere fikk jeg epikrisen som viste at det var blitt gjort en senesutur etter en litt vanskelig opphenting av proksimale seneende.

Dypt underarmskutt. Hvilke sener er skåret over og hva med nervene?

Jeg ble kalt inn på en skadestue der en middelaldrende kvinne lå med et dypt, fem centimeter langt, tversgående kutt volart på underarmen, ti centimeter fra håndleddet. Hun hadde gjort det med brødkniv i psykotisk tilstand. Det så ikke ut til at hun hadde kuttet noen arterie, men det lå flere avkuttete strukturer i såret, trolig sener eller nerver. Blødningen var stanset. En overlege tok over pasienten, og jeg fikk tid til å tenke: Hvis jeg skulle bedømt denne skaden alene. Hvordan kan jeg teste på nerveskade av medianus og ulnaris? Hvordan kunne jeg finne ut hvilke sener som er kuttet? Spesielt: Hvordan kan jeg ved testing skille fleksor digitorum superficialis fra profundus?

Innledningsvis bør man tenke anatomi og måle sårets størrelse og avstand fra kjente landemerker. En kort plastlinjal til ha i lommen er praktisk men slike forsvinner fort. Det anatomiske atlas med flotte tegninger av Frank Netter er i flittig bruk på såravdelingen. Det er lenket fast for at det ikke skal forsvinne.

Utfall ved nerveskader



Testingen er beskrevet i kompendiet fra håndkirurgisk avdeling på Haukeland sykehus: Sensibiliteten testes ved knip med kirurgisk pinsett. Ved nerveskade vil også huden etter kort tid bli tørr (pasienten kan allerede etter 30 minutter oppleve tørrhet i huden.) Nervenenes motoriske funksjon testes som vist på figuren, lett omarbeidet fra nevnte kompendium:

Hurtigversjon av test på sensibiliteten er: Pekefingertupp (medianus) Lillefingertupp (ulnaris) Huden på håndryggen mellom tommel og pekefinger (radialis) Dette ser enkelt ut men er sånt man glemmer. Jeg akter å henge opp kopi av denne figuren på skadestuen på mitt kontor.

Blødende sår

For å stoppe en blødning fra et sår er det nesten bestandig nok med elevasjon og kompresjon mot såret. Opp til tjue minutter kan være nødvendig. Ofte kom pasienter inn med sår der blødningen var stanset men den begynte selvsagt igjen når jeg undersøkte såret. Jeg lærte at pasienter tolererer blodtomhet

med blodtrykksmansjett godt. Først eleveres ekstremiteten i fem minutter, så pumpes mansjett til 30 millimeter over systolisk trykk. Så kan såret inspiseres etter skade på sener, nerver eller annet som tilsier henvisning. Finner man ut at man kan klare jobben selv vil pasienten akseptere denne typen blodtomhet i opp til tjue minutter.

Ved profus blødning fra sår i hodebunn skal en ikke lete etter kar som kan ligeres men sette en stor krysssutur med Etilon 2.0 og stor nål. Denne vil trekke sammen sårbunnen så blødningen stopper. Suturen fjernes etter 5-7 dager.



Hemostatisk kryss-sutur ved blødning i sår i hodebunn



For å sy barn må man ha en solid overmakt

Barnegråt gjør meg stiv og anspent, og jeg gruer meg alltid når jeg må påføre små barn smerter. Derfor var det veldig nyttig å trene på dette et sted der rutinene er gode og ressursene til stede. Første punkt er å forklare foreldrene hva som skal gjøres. Litt smerter er ikke til å unngå. Stesolid rektalt kan bidra til å roe barnet, og til glemsel etterpå. Ved ledningsanestesi på en barnefinger brukes små volum, ned til 0.3 ml på hver side av fingeren, og så venter

man i 10 minutter før man går videre. Det viktigste punktet er likevel som Knut sier: Å sikre seg en solid overmakt.

Med liten nål, tynn tråd, god holdehjelp, godt lys, lupebriller foran mine presbyope øyne og venstre hånd støttende under den lett skjelvende høyre hånd gikk det stort sett bra. Men ikke alltid like elegant. Etilon-sutur 5.0 fins med liten og stor nål. Jeg hadde et barn med et lite tversgående kutt på en finger. Hun trengte to sting og vi ville gjøre dette fort og greitt uten bedøvelse. Derfor tok jeg den lille nålen og ville stikke gjennom begge sårkantene i «en jafs» før hun forsto hva som foregikk. Men selvfølgelig bøyde den lille nålen seg og kom ikke gjennom. Med ny liten nål tok jeg litt mindre tak. Da kom nålen gjennom men tråden skar ut da jeg knyttet. Slik ble den forte og greie operasjon omdannet til historien om doktor Klodian, det ill-skrikende barn, den Spørrende mor og den Overbærende sykepleier. Pinlig! Moral: Hvis du skal sy i en jafs så bruk større nål. Lurere er det nok med to jafser. Ta nålen ut av såret og ta nytt tak før du stikker i motsatt sårkant.



Etilon 5.0. Liten nål – to jafser



Etilon 5.0 Stor nål – en jafs

Histoacryl

Hva med Histoacryl sårlim? Det ble bare brukt til små kutt i hodebunn der tynne hårbunter

trekkes over såret i hver sin retning og limes fast for å holde såret sammen.



Sår lukkes ved liming av hår. Krever assistanse

Det lugger litt for pasienten med det samme men fungerer bra. Det verste for pasienten var kanskje å avstå fra vask i sårregionen i en uke. Histoacryl er dyrt men det går bare med noen få dråper lim til dette, og tuben lukkes etterpå ved å holde spissen over en flamme. Histoacryl ble ikke brukt til sårlukking på legevakten, heller ikke til å forankre steristrips, som noen anbefaler.

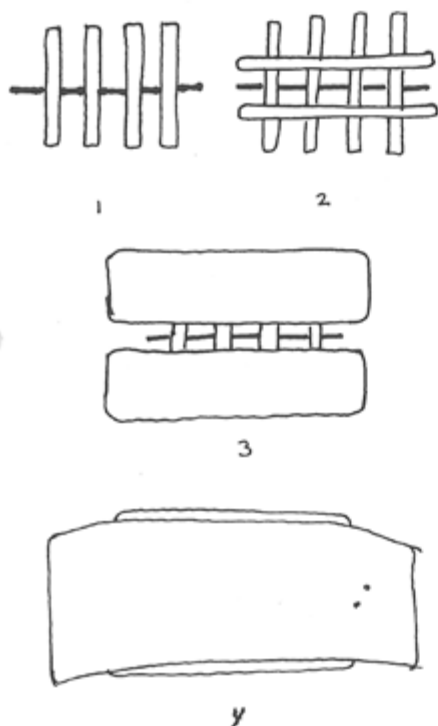
Bandasje

På såravdelingen (og også ofte utenpå gips) brukes det selvklebende gasbindet Elastomulhaft. Det sitter ikke fast i huden men kleber på seg selv og er veldig lett å legge, også på små vanskelige steder. Bredden 4 cm er fin til håndbandasjer, 8 og 10 cm er også aktuelle. Firmaet Beiersdorf i Oslo (tlf 22907950) kan opplyse om lokal distributør.

Steristrips

I ansiktsregionen ble sårlukking med steristrips brukt en god del. En forutsetning er at såret har stoppet å blø. Taping med steristrips egner seg ikke under «siklenivå» hos små barn. Steristrips var sykepleierens domene, og jeg sto beundrende og så på mens en fire-åring med et kutt i pannen ble reparert: Først ble huden vasket over og under såret med Plasterfjerner. Hun brukte en tupfer til dette. (Slik vask gjør at steristripsen sitter bedre. Man

kan også bruke Flytende plaster å vaske med, og vattpinne istedenfor tupfer.) Så satte hun steristrips på tvers av såret, nedenfra og oppover, slik at kantene ble pent adaptert. Så la hun steristrips på langs av såret, nokså nær sårkanten, for å låse de tversgående.



Over disse la hun på brunt plaster, Leukoplast, som sitter mye bedre enn Mikropore. Ytterst la hun et bredt Norgesplaster med gul bandasje, dette kan skiftes uten at resten løsner.

«Forsiktig general»

Ikke alle sår bør lukkes primært. Overlege Tore Haga på plastikk-kirurgisk avdeling i Bergen brukte på et kurs uttrykket «forsiktig general». Regelen er at sår som ikke er eldre enn åtte timer kan sutureres primært. For sår i ansiktet kan man tøy grensen helt til 24 timer. Men hva med de eldre sårene? «Forsinket primærsutur» er vel et begrep alle leger kjenner. Etter rengjøring av såret, og beskyttelse av huden omkring med zinksalve eller vaselin, legges på en

kompress mettet med fysiologisk saltvann. For at den ikke skal tørke dekkes den enten av plast eller papiret kompressen er pakket inn i. Denne må skiftes en til to ganger i døgnet. Hvis såret ser rolig og reaksjonsløst ut etter 3-5 døgn kan man suturere. Det er kanskje litt rart at det er tryggere å sy etter tre døgn enn halvannet, men slik er det. Det virker som bakteriene har et «tidsvindu» hvor de kan skape infeksjon hvis de blir tilbudt herlige lukkede omgivelser. Har de ikke laget en infeksjon etter 3-5 døgns saltvannskompressbehandling gjør de det neppe senere heller, selv om såret da lukkes. Problemet er at det skaper masse ekstra styr både for lege og pasient å velge forsinket primærsutur.

På nyttårsnatten gjorde jeg noe jeg ikke burde. En ung dame hadde blitt truffet en rakett nederst på leggen, og fått et lite men nokså dypt sår. Jeg vasket og skylte og inspiserte. Såret så rent ut men jeg likte verken sårets oppståelsesmåte (eksplosjon?) beliggenhet (sår gror langsomt nederst på leggen) eller fasong (dypt, liten åpning). Selv om jeg visste at jeg risikerte infeksjon, satte jeg til slutt et par sting, og ga henne Penicillin profylaktisk og ba henne holde benet i ro. Jeg angret meg som vanlig og ringte henne etter to dager. Hun meddelte da at det «klødde» i såret men hun trodde ikke det var betent. Da hun kom til avtalt kontroll til min kollega etter fem dager måtte stingene fjernes og såret legges åpent med saltvannskompress. Neste gang blir jeg «forsiktig general»!

Tidlig suturfjerning ved ansiktssår

Ansiktssår er i svært mange tilfeller best å sy. Vi brukte 5.0 og liten nål, og sydde små tette sting. De skal fjernes allerede etter 5-6 dager, fordi epitelet fra

6 dag begynner å vandre ned langs tråden og gi arr etter suturmaterialet. Når stingene tas så tidlig er det viktig at hvert enkelt sting erstattes med steristrips som så skal sitte en uke. Det anbefales også å bruke solblokkerende krem første sommer-sesong etterpå for å unngå mørk-pigmentering i arret.

Hematomer

Jeg fikk inn en 65 års dame fulgt av sin kollega. Hun hadde slått pannen på julebord. Over det ene øyebrynet hadde hun en grotesk hevelse, som et horn. Spørsmålet var om hematomet skulle evakueres. Ifølge Knut er hovedregelen nei når det gjelder hode og ansikt. Man kan avtale kontroll og unntaksvis punktere etter 7-10 dager når blodet er lysert. Hvis man bryter denne hovedregelen må det være rett etter skaden og det må legges en komprimerende bandasje som hindrer reblødning. (Det er meget vanskelig å komprimere effektivt når det gjelder hematomer i ansiktet.) Jeg klødde etter å «bryte hovedregelen», men heldigvis løste det seg ved at pasienten sa tvert nei til noe inngrep og skjelte ut sin kollega som hadde slept henne ned til Legevakten. Jeg er ganske sikker på at om jeg hadde det punktert ville det ha blitt en reblødning og nytt hematom. En mer aktiv holdning bør man ha til hematomer på leggen hos eldre. De bør evakueres innen 24 timer, ellers oppstår lett muskelnekrose under slike hematomer. Og på leggen får man lettere hindret reblødning ved kompresjonsbandasje, elevasjon og et par dagers sengeleie.

Eldre har tynn hud på leggen

En skade jeg har lært meg å frykte er når eldre mennesker får en flenge fortil på leggen. Det er fort gjort, på en buss eller i en dør. Den tynne huden er ofte dårlig sirkulert og man kan risi-

kere et sår med mange måneders tilhelingstid. Vi lærte at den V-formete hudfalten legges pent på plass og festes med steristrips, ikke for tett. (forsøker man å sy i denne tynne huden vil stingene skjære ut) Deretter pålegges komprimerende bandasje og pasienten skal ha strengt sengeleie med benet høyt i ett døgn. Vi brukte OBS-posten til dette, og hadde kontroll dagen etter. Ikke sjelden kunne man fastslå at primær hudtransplantasjon ville bli nødvendig, slik at pasienten måtte innlegges plastikk-kirurgisk avdeling.

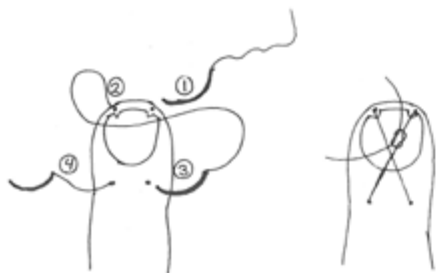
Negleskader krever nøyaktighet

At barn klemmer fingre visste jeg fra før, men ikke hva man gjør med en luksert negl. Den lille jenta hadde klemmt fingeren i døren. Røntgenbildet viste ingen fraktur men neglen hadde sprettet opp proksimalt.



Luksert negl

Det er ingen bagatell! Hvis den fingertuppen bare blir plastret uten at neglen blir lagt på plass under neglebåndet så blir det sammenvoksninger og problemer med den nye neglen. Neglen må altså reponeres og holdes på plass med en spesiell holdesutur (kryss-sutur) som fjernes etter 12 dager.

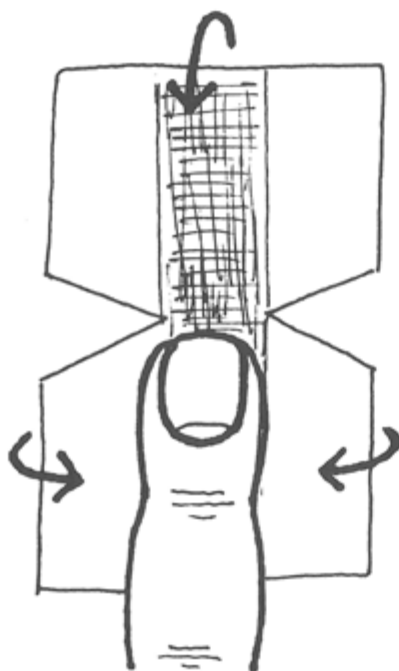


Kryss-sutur for å holde neglen på plass

Knut lærte oss hvordan en anatomisk pinsett kan dras under neglebåndet som hjelp til å reponere neglen. Hvis man ikke får neglen på plass under neglebåndet må den proksimale delen heller klippes bort, den må ikke ligge oppå og komprimere! Eventuelt kan litt av en vaselinkompress puttes inn under neglebåndet noen få dager. Klipp hakk fortil i neglen så kryss-suturen ikke glir.

Skade i neglesengen er sjelden når små barn klemmer fingrene, men hos voksne ses det oftere. Skade må syes med 4.0 Vicryl, og da må neglen først tas helt av og legges i saltvann. Den perforeres godt før den syes på igjen som beskyttelse for neglesengen. Hvis neglen er helt borte legges vaselinkompress på neglesengen, og en bandasje som gir litt kompresjon. Dette fordi neglesengen tenderer til å hypergranulere som et «potetjorde», og vi ønsker å holde den glattest mulig for den nye neglen. Fingernegler vokser en millimeter i uken slik at det tar et halvt år for en ny negl å vokse helt frem.

«Proff» plastring av fingertupp



Fingertupper kan bandasjeres og plastres på ulike måter. Ved enkel plastring kan man klippe til et Norgesplaster slik, så ser pasienten at legen ikke er amatør.

Amputasjonsskade av fingertupp: Plastikker avløst av konservativ behandling

Amputasjonsskade av fingertupp var ikke sjelden. Blødning stoppes ved kompresjon og elevasjon, eventuelt ligeser større kar. Så klippes benpiper med benavbiter til nivå med resten av sårflaten. Hvis fingernerver ses (spagetti-lignende og elastiske som strikk) skal de trekkes i før de kuttet skarpt så kort som mulig så de retraheres fra sårflaten og ikke blir liggende i arrvev. Den videre behandling var ny for meg: Primær lukning og rekonstruksjon av fingertupp med V-Y-plastikker og lignende



Før

Nå

er forlatt og erstattet med konservativ, okklusiv sårbehandling. For amputasjonsskader distalt for midten av mellomfalten gir dette bedre sluttresultat med mindre ømhet, finere kontur og mindre kulde-

ømfintlighet. Som okklusivt agens kan brukes: En avklippet hanskefingertupp, eller salvekompress, eller Mezink plaster. Som regel legges litt krem (Flammazine eller Brulidin) på sårflaten under okklusjonen. På Legevakten brukes en avklippet hanskefingersmukk av plast (ikke steril) som fylles med litt Flammazinekrem og festes med plaster. Denne skiftes etter 4 dager. Videre okklusjon gjøres med salvekompress (Jelonet) og fortsatt Flammazine-krem, såsant det ikke blir hypergranulering. I så fall brukes Brulidin. Det går også an å fortsette okklusjonen med hanskefingersmukk helt til såret er grodd, med skiftning daglig eller annenhver dag. Smukken klippes kort så den ikke rager unødige ned over frisk hud. Man skal være oppmerksom på at huden blir hvitlig massert under okklusjon, og at det danner seg sekret som kan lukte som puss. Dette skylles vekk ved skiftningene. Etter hvert kan pasienten skifte selv, og skylle med springvann. Etter 4-5 uker er amputasjonssåret på fingertuppen grodd. Okklusjonsbehandling av fingertuppskader burde kunne gjennomføres i allmennpraksis. Det ble gjennomgått på kurs i plastikk-kirurgi i Bergen, og jeg anbefaler interesserte kolleger å ta kontakt dit for praktiske detaljer.

Brannskader

Dette er det aller vanligste man ser på såravdelingen, og ofte er det barn som får forbrenninger. Nedkjøling av huden trenger ikke gjøres med iskaldt vann, og det er viktig at den pågår lenge nok, minst 20-30 minutter, eller til forbrent hudområde er smertefritt når det tas ut av vannet. Ved skader i hode, ansikt eller på kropp brukte vi store håndklær dyppet i vann.

Deretter vaskes med klorhexidin.

Dybdevurdering gjøres ved forsiktig berøring med steril nål.

Kjennes stikkene er det neppe tredjegrad. Små punktblødninger er også et godt tegn.

Ved dyp andregradsforbrenning anbefales ikke Flammazinekrem men heller Fucidin. Dette fordi Flammazine gir misfarging som vanskeliggjør dybdevurderingen neste gang.

Skal blemmer stikkes hull på? Hovedregelen er nei. Unntaket er hvis de har blakket innhold (infeksjonstegn) eller er spente og smertefulle eller hvis de er så store at de sannsynligvis vil gå hull på og fukte bandasjen.

Bandasjen er Jelonet salvekompress som dekker et 3-5 millimeters tykt lag Flammazine krem. Videre pålegges tykke absorberende kompresser. Kontroll etter 3-5 dager. Da vaskes med klorhexidin før ny Flammazine-bandasje. Etter hvert som blemmene bruster klippes restene bort med en fin spiss saks.

Tilheling av andregradsforbrenning bør skje i løpet av 2-3 uker. Hvis det ikke skjer er skaden initialt bedømt for overfladisk. Dype andregradsforbrenninger bør som oftest eksideres/transplanteres siden dette gir mindre arrproblemer.

Bakterier

Før hadde jeg den oppfatning at gule stafylokokker nesten utelukkende fantes på sykehusene, fordi de taper i kampen mot den sunne normalfloraen utenfor. Til Legevakten kommer mange pasienter med infiserte sår og abcesser, som har oppstått hjemme hos dem selv. Svært mange av disse har penicillinaseproduserende gule stafylokokker. I erkjennelsen av det lærte jeg etter hvert å skrive ut Meticillin eller Diclosal som første valg. Dette er økologisk å foretrekke fremfor Kefleks og andre cefalosporiner. Hvis jeg trodde pasienten hadde streptokokker var førstevalget penicillin. Streptokokinfeksjonene har jo blitt mer aggressive. Der erysipelaspasien-

ten ikke ble innlagt tok vi temperatur og CRP og tegnet opp omrisset av erytemet og avtalte første kontroll etter et døgn tid, i tillegg til å oppfordre pasienten til å ringe selv ved forverring.

For øvrig lærte jeg å være tilbakeholdende med Fucidin krem og salve, bakteriene blir resistente på en ukes tid. Jeg har nok brukt Fucidin salvekompresser nokså ukritisk på alle sår før, heretter er den nøytrale vaselinkompressen Jelonet førstevalg.

Olecranonbursitt

På et morgenmøte gjennomgikk Knut bursitter. Olecranonbursitt er vanligst. Av disse er 75% aseptiske. Da er hevelsen ofte avgrenset. De resterende 25% er septiske. Da er hevelsen ofte mer diffus, det er rødt og ofte smerter uavhengig av bevegelsene. De fleste av de infiserte har gule stafylokokker. Ellers er det streptokokker. Skal man aspirere væske fra en albuebursitt? Ja, hvis man tror det er en bakteriell infeksjon. Bruk grov kanyle, 10-20 milliliter sprøyte og stikk lateralt og proksimalt, ikke der man støtter albuen i bordet. Ta baktus og vær liberal med innleggelse ved påvirket allmenntilstand, frysninger og smerter. Bursitter kan raskt utvikles fra lokaliserte til erysipelaslignende. Behandling av septisk bursitt forutsetter ifølge Knut at enhver albuebevegelse må opphøre i fire til seks uker! Så lenge kan mitella og sykemelding være indisert.

«Bomskudd»

Infeksjonsmedisiner Jensenius fra Aker sykehus sa på et morgenmøte at infeksjonspanoramaet hos de narkomane er det nærmeste man kan komme u-landsmedisin i Norge. Det er vanskelig å holde på narkomane for å fullføre en antibiotikabehandling. På Aker blir narkomane med endokarditt eller sepsis tilbudt Dolcontin under behandlingen.

Vi så mest abcesser. Jeg kjente ikke uttrykket «bomskudd» fra før, men nå vet jeg hva det er. Vi åpnet abcessene, skylte, la inn bølgedren av plast og startet Diclocil og avtalte kontroll neste dag. Jeg har tidligere vært motstander av Metadonbehandling, men etter å ha sett tilstrekkelig mange syke og lemlestede narkomane er jeg i ferd med å skifte mening.

Sykling

På forhånd hadde jeg ventet at jobben på såravdelingen skulle

handle mest om knivstikk, knuste flasker, fyll og vold. Men de fredelige edruelege skader dominerte. Syklister så vi mange av. De velter og faller på asfalten. En syklist meddelte meg at hud mot asfalt er «rått parti». Asfalt-pigmenter i hud må fjernes primært. Etter vanlig vask og oppbløting i grønnsåpevann ble rengjøring av skrubbsår gjort pedantisk med sterilisert tannbørste og 3% Hydrogenperoksyd. Det etterskylles med saltvann. Hvis det var store flater som skulle bedøves kunne Xylocain 1% tynnes ut

med fem deler fysiologisk saltvann. Overfladiske skrubbsår ble så dekket med Jelonet salvekompresser og for eksempel Flamazine eller Brulidine krem, kontroll etter fire dager. Sykkelskader medførte også hodeskader, kjevebrudd, lårhalsbrudd, utslåtte tenner og kneskader.

Jeg har alltid syklet forsiktig, men følt meg litt feig. Nå vet jeg bedre. Hjelmen beskytter hodet, men resten av kroppen er også viktig. Heretter føler jeg meg klok når jeg sykler forsiktig og adstadig som lektor Tørrdal i Stompa & Co.



ARBEIDS- OG MILJØMEDISINSK SEMINAR,

LONGYEARBYEN, SVALBARD, 21.-26. april 1999

- **Målgruppe:** Leger som arbeider i allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin.
- **Kurssted:** Longyearbyen, Svalbard.
- **Kursledelse:** Bedriftslege *Knut Erik Andersen*, Jotun, Sandefjord og overlege *Håkon Lasse Leira*, Arbeidsmedisinsk avd., Regionsykehuset i Trondheim.
- **Antall kursdeltakere:** Maks 45.
- **Påmeldingsfrist:** 15. febr. 1999. Påmelding etter 15. febr. belastes med et gebyr på kr. 500,-. P.g.a. begrenset antall flyseter/overnattingsmuligheter er det viktig å overholde påmeldingsfristen.
- **Antall kurstimer:** Kurset er søkt godkjent for spesialitetene i arbeidsmedisin, samfunnsmedisin og allmennmedisin (Liknende kurs i 1993, 1994 og 1997 ble godkjent).
- **Kursavgift** kr. 3.000,- (Betales mot faktura.)
- **Flybillett** ca. 3.950,- fra Oslo, ca. 3.750,- fra Trondheim, ca. 4.100,- fra Bergen og ca. 2.600,- fra Tromsø. Sammen med bekreftelse/faktura vil du få tilsendt et bestillings-skjema for flyreisen som skal returneres til Spitsbergen Travel. Derfra vil billettene bli utsendt i postoppkrav.
- **Opphold/bespisning:** enkeltrom kr. 7.560,- / dobbeltrom kr. 6.950,-.
- **Ledsagere** kan medfølge dersom det blir plass på flyet. (Begrenset antall flyseter.)
Pris opphold/overnattig kr. 6.950,-. Flybillett ledsager ca. kr 2.300,- fra Oslo og Bergen, ca. kr 2.200,- fra Trondheim og ca. 1.500,- fra Tromsø.
- **Avbestillingsgebyr** kr. 500,- ved avbestilling før 15. mars.
Etter 15. mars betales full deltakeravgift (kursavgift og oppholdsavgift). Gjelder også ledsagere.
- **Fullstendig program fåes ved henvendelse til:**
KURS OG KONGRESSERVICE, «Svalbard», 7340 OPPDAL,
tlf. 72 42 34 48, fax 72 42 34 40, email kksoppdal@online.no

PRELIMINÆRT PROGRAM

- | | |
|--------------------------|--|
| ONSDAG 21. april | Ankomst Svalbard Lufthavn kl. 13.20.
Sightseeing i Longyearbyen og omegn om ettermiddagen. |
| TORSdag 22. april | Nye strategier for forebyggende miljøvernarbeid i kommune og næringsliv - en oversikt knyttet til produksjon, teknologi og ledelse.
Innledende foredrag og gruppearbeid.
Professor <i>Helge Brattebø</i> , Senter for miljø og utvikling, NTNU. |
| FREDAG 23. april | Om formiddagen Arbeidsmiljø i Svalbard-gruvene.
Besøk i gruvene om formiddagen. Om ettermiddagen: Aktuelle lungemedisinske utfordringer: kvarts, icocynater og aminer. |
| LØRDAG 24. april | Dagen til fri avbenyttelse. Forslag: Scootertur til Barentsburg, besøk på Svalbard museum, skitur til Nordenskiöldtoppen (1050 moh) |
| SØNDAG 25. april | Risikoevaluering og risikokommunikasjon: prinsipper og praktiske erfaringer fra bl.a. Gardemotunnelen.
Innledende foredrag og gruppediskusjon om bl.a. rollefordeling mellom allmennpraktikeren, kommunelegen og bedriftslegen.
Avd. overlege <i>Helge Kjuus</i> , Statens arbeidsmiljøsent. |
| MANDAG 26. april | Avreise fra Svalbard kl. 14.15. |

Med forbehold om forandringer

This image shows a single page of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Notater

PREPARATOMTALE GODKJENT AV SLK 06.10.98.
C IMIGRAN™ GLAXO WELLCOME

Migrenemiddel ATC-nr: N02C C01
T INJEKSJONSVÆSKE 12 mg/ml: i ml innh.: Sumatriptan succinat respond. sumatriptan 12 mg, natr. chlorid 7 mg, aqua ad inject. ad 1 ml.
T NESESPRAY 10 mg/dose: Hver dose innh.: Sumatriptan 10 mg, const. q.s.
T STIKKPILLER 25 mg: Hver stikkpille innh.: Sumatriptan 25 mg, const. q.s.
T TABLETTER 50 mg og 100 mg: Hver tablett innh.: Sumatriptan succinat respond. sumatriptan 50 mg, resp. 100 mg, lactos. 207 mg, resp. 140 mg, const. q.s. Fargestoff: 50 mg: Tiandioksid (E171), jernoksid (E172). 100 mg: Tiandioksid (E171).

Egenskaper: Klassifisering: Vaskulær 5HT₁-reseptoragonist. Virkningsmekanisme: Selektiv 5HT₁-reseptoragonist uten effekt på 5HT₂- og 5HT₃-reseptorer. 5HT₁-reseptorer er funnet i hovedsak i carotis sirkulasjonen. Dilatasjon av disse kar antas å være den underliggende mekanisme ved migrene. Selv om anbefalt peroral dose av sumatriptan er 50 mg er det store intra- og interindividuelle variasjoner. I kliniske studier har dose på 25–100 mg vist bedre effekt enn placebo, men 50 og 100 mg var signifikant bedre enn 25 mg. Absorpsjon: Subkutan injeksjon: Rask og fullstendig. Klinisk effekt etter 10–15 minutter. Biotilgjengelighet: 96%. Nesespri: Rask absorpsjon. Klinisk effekt etter ca. 15 minutter. Biotilgjengelighet: 15%. Stikkpiller: Rask absorpsjon. Klinisk effekt etter ca. 30 minutter. Biotilgjengelighet: 19%. Tabletter: Klinisk effekt etter ca. 30 minutter. Biotilgjengelighet: 14%. Proteinbinding: 14–21%. Halveringstid: Ca. 2 timer. Metabolisme: Metaboliseres hovedsakelig til et indoliddi-syrenest av sumatriptan, uten 5HT₁ eller 5HT₂ aktivitet. Utskillelse: I urinen. **Indikasjoner:** Injekjonsvæske: Akutte anfall av migrene med eller uten aura. Cluster hodepine. Nesespri, stikkpiller og tabletter: Akutte anfall av migrene med eller uten aura. **Kontraindikasjoner:** Hypersensitivitet overfor innholdstoffene. Tidligere hjerteanfall, ischemisk hjertesykdom, Prinzmetal's angina/forvarer vasospasme, perifer karsykdom, symptomer eller tegn på ischemisk sykdom. Cerebrovaskulær sykdom eller transitorisk ischemisk anfall (TIA). Ukontrollert hypertensjon. **Alvorlig nedsatt leverfunksjon.** Samtidig bruk av ergotamin eller ergotaminderivater (inkludert metylerg). Samtidig bruk av monoaminoksydasehemmere eller i 2 uker etter slik behandling. **Bivirkninger:** Injekjonsvæske: De mest vanlige bivirkningene er forbigående smerte på injeksjonsstedet, søkling/brusende følelse, opphovning, erytem, merke og blødding har også vært rapportert. Nesespri: Den vanligste rapporterte bivirkning for nesepri er sprøyens smak. Mindre hyppig er lett, forbigående irritasjon eller brennende følelse i neseløvel, eller neselblødning. Hyppige (>1/100): Generelle: Smerte, kribling, varme, tyngde, trykk eller strømminger i deler av kroppen, inkludert bryst og halsregion. Symptomene er hovedsakelig milde og kortvarige, men kan i enkelte tilfeller være intense. Tretthet, døsighet og mauthet. Kardiovaskulær: Forbigående blodtrykksstigning (10 mm Hg). Rødme. Nevrologiske/psykiske: Svimmelhet. Gastrointestinale: Kvalme og oppkast.

Mindre hyppige: Hud: Utslett. Endringer i leverfunksjonsparametre. Sjeldne (<1/1000): Generelle: Overfølsomhetsreaksjoner (fra hudreaksjoner til sjeldne tilfeller av anafylaksi). Nevrologiske/psykiske: Epileptiforme anfall. Kardiovaskulær: Blodtrykksfall, bradykardi, takykardi og hjertebank. Kortvarig økning i perifer karmotstand. Dye: Flimmer, dobbeltsyn, nystagmus, scotoma, nedsatt syn.

Sumatriptan har vært assosiert med forbigående symptomer som brystsmerte og strømminger, også i halsregion. Disse kan føles intense. Disse symptomene kan forveksles med angina pectoris og kan i sjeldne tilfeller (<1/1000) være forårsaket av koronarvasospasme. Nødvendige undersøkelser må foretas dersom symptomene tyder på ischemisk hjertesykdom. I ekstremt sjeldne tilfeller (<1/10000) har det vært rapportert arytmier, forbigående ischemiske EKG-forandringer eller hjerteanfall ved bruk av sumatriptan. I veldig sjeldne tilfeller har forbigående tap av syn vært rapportert. Symptomene kan også skyldes selve migreneanfall. Forsiktighetsregler: Sumatriptan skal ikke injiseres intravenøst. Sumatriptan bør bare brukes i tilfeller hvor det ikke er tvil om diagnosen migrene eller Cluster hodepine. Ved tvil bør pasientene henvises til nevrolog. Sumatriptan er ikke indisert ved hemiplegisk, oftalmoplegisk eller basilaris migrene. Som ved annen akutt migrenebehandling, bør alvorlige nevrologiske tilstander utelukkes før man behandler en ryddigstet migrene eller migrepasienter med atypiske symptomer. Migrene-pasienter kan være spesielt utsatt for cerebrovaskulære hendelser (f.eks. cerebrovaskulær skade, TIA) som i enkelte tilfeller kan forveksles med symptomer på migrene. Koronar sykdom må utelukkes før Imigran forskrives til pasienter hvor hjertesykdom kan mistenkes. Sumatriptan må brukes med forsiktighet hos pasienter med høyt blodtrykk (kontrollert), da blodtrykksstigning og økt vaskulær motstand er rapportert hos et fåtall pasienter. Det har vært rapportert slapphet, hypotensjon og koordinasjonsvansker etter samtidig bruk av selektiv reseptoragonist (SSRI) og sumatriptan. Pasienten bør følges opp dersom samtidig bruk av sumatriptan og SSRI er indisert. Sumatriptan bør brukes med forsiktighet av pasienter med epilepsi eller andre forandringer i hjernen som senker krampeerskelen. Pasienter med kjent overfølsomhet overfor sulfonamider kan utvikle en allergisk reaksjon (fra hudreaksjoner til anafylaksi) ved bruk av sumatriptan. Disse er begrenset informasjon om slike krysreaksjoner, men forsiktighet bør utvises før bruk av Imigran. Dersom ergotamin brukes, må ikke sumatriptan tas tidligere enn 24 timer etter inntak av ergotamin. Tilsvarende må det gå 6 timer før ergotamin kan tas etter inntak av sumatriptan. Forsiktighet utvises hos pasienter med sykdom som kan føre til endret absorpsjon, metabolisme eller utskillelse av legemidlet, som f.eks. nedsatt nyrefunksjon. Lavere dosering bør vurderes til pasienter med nedsatt leverfunksjon. Døsighet kan oppstå som et resultat av migrene eller behandling av denne. Forsiktighet bør utvises hos pasienter ved biljering, betjening av maskiner o.l. På grunn av begrenset erfaring, bør sumatriptan innta videre ikke brukes av pasienter under 18 eller over 65 år. En tendens til økning av visse svulsttyper i dyreforsk innen normal spontan forekomst er rapportert. **Graviditet/Amning:** Erfaring med bruk av Sumatriptan hos gravide er begrenset. Det er forholdsvis lav margin mellom anbefalt klinisk dose hos menneske og doser som har gitt økning av fosterdød i dyreforsk. Bruk under svangerskap frarådes derfor. Amning: Sumatriptan utskilles i morsmelk. Amning bør unngås de første 24 timer etter behandling. **Interaksjoner:** Ergotamin, MAO-hemmere. Teoretisk mulighet for interaksjoner med litium. I sjeldne tilfeller er det observert en interaksjon mellom sumatriptan og serotoninnopptakshemmere, se Forsiktighetsregler. **Dosering:** Til behandling av akutte anfall av migrene og cluster hodepine. Må ikke brukes profylaktisk. De anbefalte doser bør ikke overskrides. **Cluster hodepine: Voksne (18–65 år): Injekjonsvæske:** Dosering, se tabell. **Migrene: Voksne (18–65 år): Injekjonsvæske, nesespri, stikkpiller og tabletter:** Dosering, se tabell. For tabletter er anbefalt startdose 50 mg, men 100 mg kan være nødvendig ved enkelte anfall og for enkelte pasienter. For nesespri kan en lavere dose være effektiv for noen anfall hos enkelte pasienter og bør spesielt vurderes ved bivirkninger. Injeksjon eller nesespri bør brukes hvor rask innsettende effekt er nødvendig eller ved kvalme og oppkast. Det anbefales å starte behandlingen ved første tegn på migrenehodepine. Sumatriptans effekt er imidlertid uavhengig av hvor lenge anfall har vart når behandlingen starter. Dersom symptomene lindres av den første dosen, men kommer tilbake, kan en ny dose gis, se tabell for tid mellom doser. Dersom effekt av første dose uteblir, er det lite sannsynlig at en andre dose vil gi effekt ved det samme migreneanfall. Imigran kan imidlertid forskrives ved neste anfall. **Injekjonsvæske:** Bare til subkutan injeksjon. Pasientene bes lese bruksanvisningen nøye, og spesielt legge merke til håndtering av brukt sprøyte. En ferdig fylt sprøyte (6 mg) injiseres subkutan. **Tabletter:** Tabletten svelges hele med 1/2 glass vann.

	Vanlig dosering	Maksimal døgndose	Tid mellom dosene
Injekjonsvæske:			
Migrene:	1 sprøyte (6 mg) subkutan	2 injeksjoner (12 mg)	Min. 1 time
Cluster hodepine:	1 sprøyte (6 mg)	2 injeksjoner (12 mg)	Min. 1 time
Nesespri:	1 dosj (20 mg) i det ene nesebor	2 doser (40 mg)	Min. 2 timer
Stikkpiller:	1 stikkpille (25 mg) i endetarmen	2 stikkpiller (50 mg)	Min. 2 timer
Tabletter:	1 tablett à 50 mg evt. 100 mg	300 mg	Min. 2 timer

Oppbevaring og holdbarhet: Injekjonsvæske beskyttes mot lys. Nesepri og stikkpiller skal oppbevares mellom 2 og 30° C. **Pakninger og priser:** Injekjonsvæske: Med GlaxoPen: 0,5 ml (6 mg pr. sprøyte) x 2 kr 527,40. Refill: 0,5 ml (6 mg pr. sprøyte) x 2 kr 509,40. Refill: 0,5 ml (6 mg pr. sprøyte) x 6 kr 1436,90. Nesespri: 20 mg/dose: 6 doser (6 x 0,1 ml) endosebeholdere kr 624,20. 18 doser (18 x 0,1 ml) endosebeholdere kr 1699,58. Stikkpiller: 6 stk kr 369,30. Tabletter: 50 mg: Eripac: 6 stk. kr 369,30. 12 stk. kr 701,40. 100 mg: Eripac: 2 stk. kr 227,70. 6 stk. kr 624,20. 18 stk. kr 1699,58. T: 36.

Priser av mai 1998.

GlaxoWellcome

Postboks 4312 Torshov, N-0402 Oslo. Tlf: 22 58 20 00

Nå er det blitt enklere å velge Imigran!

Endret indikasjon:

Akutte anfall av migrene med eller uten aura

~~der symptomene er alvorlige og annen behandling ikke har ført frem.~~



Imigran nesespray.
Raskere effekt enn alle
triptan tabletter*.



Klinisk effekt etter ca. 15 minutter.

IMIGRANTM
sumatriptan

*Sammenligning av Felleskatalogtekster.

GlaxoWellcome
FOR HELSE OG LIVSKVALITET