

RPO rörelseorganens sjukdomar

Distal radiusfraktur

Riktlinjer för Sydöstra sjukvårdsregionen (Region Jönköpings län, Region Kalmar län och Region Östergötland).

Bakgrund

Den stora betydelsen av patientens ålder, skelettkvalitet och funktionsnivå för vilken behandling som är aktuell gör att ett fast schema omöjligen kan upprättas. Nedanstående gränser utgör dock riktlinjer:

Vårdnivå och remiss

Bedömning

Patient <65 år

Bör vi i operera om vi tror att det förbättrar slutresultatet (se nedre omfånget av felställning i indikationer nedan)

Patient 65-80 år

Utgör en mellangrupp där patientens allmänna hälsotillstånd bör vara vägledande för vilken felställning som accepteras. Felställningar över det övre omfånget av angiven acceptabel felställning bör i regel åtgärdas.

Patient >80 år

Bör man vara restriktiv med operativa åtgärder. En klassiskt dorsal- och radialkomprimerad fraktur i detta klientel ger visserligen funktionsnedsättning och svaghet, men mer sällan värk eller förlust av autonomi. Slutresultatet förbättras pga osteoporos ofta inte så mycket som vi tror av en operation.

Hos yngre personer är kraven på korrekt reposition högre, men chansen att läget efter en sluten reposition kan behållas med hjälp av gips genomsnittligt större. Vid stor initial felställning minskar dock chansen oavsett det primära repositionsresultatet.

Högenergifraktur

Utgör en särskild grupp där hänsyn i större grad behöver tas till framförallt associerade mjukdelsskador, t ex intercarpala ligament

Diagnostik och utredning

Operationsindikationer

Volar och dorsalböckning samt radial inklinering anges från 90 grader mot radius längsaxel. Den anatomiska vinkeln är således kring 10 graders volarböckning och drygt 20 graders radial inklinering.

- Intraartikulära frakturer med > 1-2 mm ledyttehak.

- kompression > 5-6 mm före eller 2-4 mm efter reposition. Ibland sker kompressionen bara radially och innebär inte förkortning ulnart.
- Dorsalbockning > 30-40 före eller 5-20 grader efter reposition.
- Volarbockning > 15-20 grader
- Radial inklinering < 10 grader

Komminution av dorsala cortex indikerar hög risk för att reposition bara åstadkommer tillfällig förbättring och ökar därför indikationen för operation. Komminut volart cortex utgör oftast operationsindikation. Om kliniskt instabil (kräver viss vana hos bedömare) opindikation även om slutet rep tillfälligt åstadkommer hyggligt resultat

Behandling

Vid behov slutet reposition och i normalfallet 4 v i välmodellerad dorsal skena i funktionsställning. Starkt volarflekterade och ulnardevierade gipsar skall undvikas! Knogarna ska vara fria. Volarbockade frakturer ska fixeras med volar skena. Cirkulärgips används med fördel på dementa patienter och vid samtidig ulnafraktur

Röntgenkontroll efter 7-10 dagar vid behov, se nedan.

Reposition ska i ett osteoporosklientel inte antas uppnå ett slutresultat med mindre kompression än utgångsläget. Om utgångsläget inte föranleder operation på äldre patient behöver veckoröntgen i normalfallet ej göras.

Komminuta frakturer bör röntgenkontrolleras även om reposition ej gjorts, sen dislokation kan uppstå.

Om felställningen ökat vid veckokontroll och den initiala felställningen varit ännu större, ska veckokontrollen ej anses utgöra slutresultat vad gäller felställning. Viss ytterligare dislokation efter veckokontrollen är regel i sådana fall och bör tas med i beräkningen. Om felställningen är "på gränsen" vid veckokontroll och har ökat sedan primära repositionen bör operativ åtgärd starkt övervägas.

Kontroll 7-10 dagar via arbetsterapeut med läkarbedömning av röntgenbilder om sådana tas. Remiss till arbetsterapeut med angivelse av om röntgenkontroll ska företagas handskrivs vid akutomhändertagandet.

Om byte av gips på reponerad fraktur sker före 14 dagar efter repositionen skall röntgenkontroll göras efteråt.

Operationsmetoder

Fraktur med volart stöd och utan volar omlottställning efter reposition

Stiftning enl Kapandji (någon gång kan en volar instabilitet stabiliseras med stift men detta kan vara tekniskt svårt) Huruvida stiften ska sticka ut genom huden är kontroversiellt. Ska de sticka ut ska huden incideras så spänning ej uppstår. Kortas de under hudplanet ska de vara så långa att spetsen inte skaver mot extensorsenorna.

Fraktur utan volart stöd, komminut fraktur, volarbockad fraktur, Bartonfraktur

Volar platta med vinkelstabla skruvar. Skruvarna distalt sitter ofta nära leden och det kan vara omöjligt att på postopröntgen se att de ej går in i densamma. Operatören måste därför peroperativt förvissa sig om att så inte är fallet. Försök tillse att skruvarna inte är för långa.

Volara plattor behöver sällan tas bort, och ibland utgör lång skruv enda orsak till extraktion vilket kan kännas lite onödigt. De kan också i sämsta fall påverka extensorerna. Temporär stiftning under operationen är ofta till stor hjälp.

Intraartikulär fraktur med mer än 1 mm ledytehak

Ledytan ska reponeras och detta kan som regel endast ske via dorsal insicision (4:e senfacket) Härifrån kan leden i viss mån överblickas och reponeras. Ofta är bentransplantat eller syntetiskt bensubstitut aktuellt. Fixation beroende på huvudfrakturans utseende (stift, skruv, platta). Ibland kan fixationen ske med enbart en volar platta trots att repositionen sker från dorsalsidan. Dorsala plattor bör så långt det är möjligt undvikas, men kan bli nödvändiga. I normalfallet bör man då planera extraktion av den dorsala plattan efter c:a 3-6 mån för att undvika komplikationer pga interaktion med extensorsenorna. EPL-ruptur är en realitet även med ”EPL-vänliga” plattor.

Externfixation har en liten plats i arsenalen, oftast på mycket komminuta frakturer och i kombination med annat, alternativt vid stora mjukdelsskador eller compartmentsyndrom. Den kan någon gång användas peroperativt för reposition. Om man fixerat med annat än bara exfixen bör man (om möjligt) släppa något på traktionen efteråt för minska den postoperativa stelheten.

Radiusfraktur med samtidig ulnafraktur/ligamentskada i DRU-leden

Om caput ulnae är instabil efter fixation av radius skall processus styloideus återfästas om fraktur finns (stift + cerklage). Indikationen ökar vid proximal avlösning. Om fraktur ej finns men instabilitet föreligger, görs transfixation radius/ulna i lätt supinerat läge (2 st släta 2 mm stift omedelbar proximalt om DRU-leden) och hög gips anbringas. Fixationstid 6v. På unga patienter kan primär sutur av triangulärligamentet övervägas.

Komminut eller meta/diafysär ulnaraktur

Fixation med platta eller stift/cerklage om operatör så bedömer nödvändigt.

Uppföljning

Postoperativ behandling

Volar platta: Gips 2v. Därefter obelastad mobilisering. Lätt belastning efter 4v . Röntgenkontroll utöver direkt postop endast om operatör bedömer detta nödvändigt.

Stiftfixation: Gips 4v. Ska stiften extraheras görs det med fördel 1-2 v senare efter försiktig mobilisering. Röntgenkontroll postop och efter 7-10 dagar eftersom stiftfixationen ej alltid åstadkommer helt pålitlig stabilitet.

Dorsal platta: Individuellt beroende på (den ofta komminuta/intraartikulära) frakturans utseende. Röntgenkontroller efter operatörs bedömning.

För volar platta och stiftfixation av ”normal” fraktur finns arbetsterapeutiskt PM för postoperativt omhändertagande. Operatör kan hänvisa till detta, men måste också ange om avvikelser ska ske från detta program. För dorsala plattor och intraartikulära frakturer skall operatör ange immobiliseringstid.

Om dokumentet

Fastställt 2016-04-20 av regional arbetsgrupp handkirurgi

Framtaget av

- Thomas Hansson, överläkare, Ortopedkliniken, Universitetssjukhuset i Linköping
- Andra Irbe, överläkare, Ortopedkliniken, Länssjukhuset i Kalmar
- Markus Engqvist, överläkare, Ortopedkliniken, Universitetssjukhuset i Linköping
- Lasse Adolfsson, överläkare, Ortopedkliniken, Universitetssjukhuset i Linköping
- Mats Håkansson, överläkare, Ortopedkliniken, Norrköping