

Publicerat för enhet: Ortopedklinik; Akutmottagning NÄL

Innehållsansvarig: Sofia Lindqvist Bueneman, Underläkare, ST, Ortopedklinik läkare (sofli24)

Granskad av: Thomas Berglund, Överläkare, Ortopedklinik läkare (thobe3)

Godkänt av: Ove Karlsson, Verksamhetschef, Område II gemensamt (oveka1)

Version: 1

Giltig från: 2020-06-10

Giltig till: 2022-06-10

Fotledsfrakturer - akutmottagningen

Revidering i denna version

Ny rutin

Bakgrund

Akutmottagningen är den första anhalten för patienter med fotledsfraktur, vilka kan behandlas både konservativt och operativt. Fotledsfraktur är en vanlig skada där operationsindikation ofta föreligger. Det är viktigt att vi handlägger dessa patienter på bästa sätt.

Syfte

NU-sjukvården har i nuläget ingen riktlinje för hur fotledsfrakturer ska behandlas och omhändertas. På akutmottagningen arbetar både ortopedier, akutläkare, AT-läkare samt kandidater och det är viktigt att vi bedriver evidensbaserad vård som också är enhetlig med övriga sjukhus i regionen.

Vilka berörs

Läkare på ortopedkliniken och akutmottagningen

Anatomi och undersökning

Fotleden har följande viktiga strukturer:

- Bildas mellan tibia, fibula och talus
- Mellan tibia och fibula finns ett främre och ett bakre syndesmosligament som stabiliserar fotleden.
- Fibula bildar laterala malleolen, tibia bildar mediala malleolen och baktill ses processus posterior tibia ("tredje malleolen").

Vid undersökning ska följande dokumenteras i journalen:

- Felställning – en synligt felställd fotled ska reponeras och gipsas med fotpump INNAN röntgen. Reponering görs med fördel med hjälp av intra-artikulär lokalanestetika alt. Morfin och Midazolam iv. Viktigt att hålla kvar tills gipset stelnat. Vid svårigheter kontakta NK/bakjour.
- **Öppen skada ska dokumenteras enligt Gustillo – Andersen**, v g se nedan:
Typ 1 – sår ≤ 1 cm, minimal kontamination och muskelskada (även genomstick)
Typ 2 – sår 1-10 cm, måttlig muskelskada
Typ 3a – Sår ofta > 10 cm, högenergi, kontaminerat och med stor mjukdelskada men där täckning med mjukdelar är möjlig.

Typ 3b – Samma som 3a men med uttalad vävnadsskada som ej går att täcka med egen vävnad utan rekonstruktion. Vanligtvis kontaminerad.

Typ 3c – Öppen fraktur med kärlskada som kräver kärlkirurgisk åtgärd.

- Hudstatus – är huden rynkbar. Blåsor som är klara eller blodfyllda.
- Palpationsömheter – tänk på proximala fibula.
- Rökning samt tidigare sjukdomar – speciellt diabetes, osteoporos, njursvikt, alkoholism.
- Ange gärna om det föreligger en intra-artikulär skada eller ej.

Röntgen

Ibland kan det vara svårt att avgöra om det behövs en röntgen. Använd gärna OTTAWA ankle rules där följande fynd föranleder röntgen:

- Ömhet vid bakre delen eller över laterala eller mediala malleolen och 6 cm uppåt.
- Patienten har inte kunnat stödja efter skadan
- Patienten kan ej ta 4 steg i undersökningsrummet.

Följande länk kan användas: <http://icd.internetmedicin.se/Ottawa-Ankle-Rules>

Differentialdiagnoser

Fotledsdistorsion – Ge elastisk binda och mobilisera direkt, inga restriktioner. Remiss till sjukgymnast.

Distal tibiafraktur – På akuten handläggs dessa frakturer likadant som fotleder, men operationsmetod skiljer. Eventuellt behövs CT.

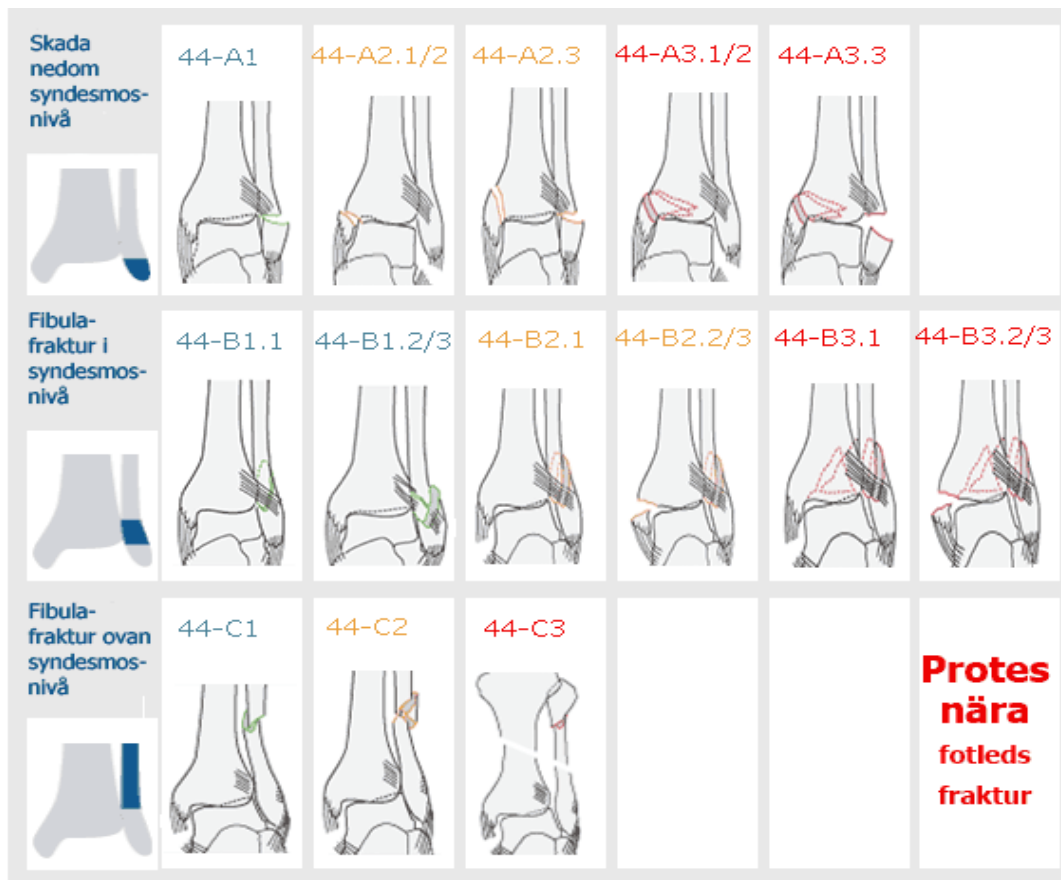
Hög fibulafraktur och syndesmosruptur – viktigt att undersöka hela underbenet och att ta röntgen på fotleden vid isolerad proximal fibulafraktur.

Frakturtyper

Frakturer i fotleden klassificeras enligt Weber på följande sätt:

- A-frakturer ligger nedanför syndesmosnivå och misstänks inte ha föranlett någon syndesmosskada
- B-frakturer ligger i syndesmosnivå och en syndesmosskada ska misstänkas
- C-frakturer ligger ovan syndesmosnivå men syndesmosskada kan ändå föreligga och ska misstänkas.

Ytterligare hjälp kan fås av AO's klassificering, v g se figur nedan



Behandling

De vanligaste frakturerna är B1, följt av A1 och därefter de övriga B-frakturerna. Dessa står för 80% av frakturerna i fotleden.

Stabila frakturer:

A1: Belägna nedom syndesmosen, har endast lateral smärta och bedöms stabila. Behandling sker med elastisk linda alt. gips (vid stark smärta).

B1.1 Här har vi en isolerad lateral skada utan tecken till inkongruens i fotleden på röntgen. Inget medialt status. Minimal dislokation (<2 mm). Gips/ortos i 4-6 veckor med full belastning.

Potentiellt instabila frakturer:

B1.2 och B1.3 kan vara instabila. Är fotleden kongruent på röntgen (Mortise view) OCH den posterora dislokationen är < 2 mm (2) behöver ingen stabilitetstestning göras. Gipsas i 6 veckor, återbesök efter 1 v med röntgen.

Instabila frakturer:

A.2, A.3
B2, B3
C1-3

Dessa frakturer behöver nästintill alltid åtgärdas operativt. Följande görs på akuten:

- Gipsas med gipsskena och fotpump

- Hjärt/lungstatus samt blodtryck tas
- Sätt in peroperativ antibiotika. Fragmin sätts in vid riskfaktorer, se PM antikoagulantia (som kommer inom kort). Patientens övriga läkemedel.
- Pila benet
- Dokumentera blåsor, genomstick, svullnad samt rynkbarhet i journalen.
- Operationsanmäl för platta och skruvar

OBS!

Stora öppna skador, artärpåverkan eller svårigheter att få till acceptabelt läge vid reponering är indikation för akut kirurgi – kontakta bakjour/konsult.

Har patienten riskfaktorer för kirurgi (rökare, diabetiker, ålder > 80 år, osteoporos, demens, njursvikt) kan det bli aktuellt med konservativ behandling trots instabil fraktur – diskutera med Bakjour/Konsult.

Uppföljning

Uppföljning sker med röntgen för de frakturer som behandlas konservativt med gips och ska beställas från akutmottagningen vid akutbesöket. Röntgenkontroll sker efter 1 vecka, viktigt att komma ihåg att frakturregistrera samt sjukskriva patienten.

Sjukskrivning

Det är bra om patienten kan få sjukskrivning redan vid akutbesöket i de fall där patienten inte läggs in. Rimlig sjukskrivningstid är vanligtvis runt 8 veckor, längre vid fysiskt krävande arbeten. Det är önskvärt att patienten sjukskrivs för hela perioden direkt.

Referenser

1. **Fotledsfrakturer - Ortopedisk handläggning av fotledsfrakturer** rutin Mölndals sjukhus Ortopeden, av David Wennergren, Mikael Sundfeldt och Michael Möller, ansvarig Henrik Malchau.
2. **Complications in ankle fracture surgery**, Acta Orthopaedica, volume 86, Feb 2015
3. **In defense of the posterior malleolus**, T. O. White, Bone and Joint Journal 2018, Volume 100-B, Issue 5, May 2018, Pages 566-569