



LANDSTINGET BLEKINGE

PM

Rubrik: Behandling av fingerfrakturer	
Enhet/förvaltning: Ortopedkliniken Blekingesjukhuset	Huvudområde/delområde: Medicinska PM/handled/hand
Ansvarig: Tomas Ericson, verksamhetschef	Utfärdare: Helena Gladh, överläkare
Gemensamt med:	Version: 2
Godkänt datum: 2018-08-06	Nästa revidering: 2020-08-06

Fingerfrakturer kan se ut på ett stort antal sätt. Vid behandling av hand- och fingerfrakturer är det viktigt att prioritera handfunktion framför röntgenologisk benläkning. **Detta medför att fixationstiden för fingerfrakturer endast i undantagsfall bör överstiga 3 veckor.** Tydlig röntgenologisk benläkning inträder som regel långt senare. I de fall en veckokontroll med röntgen ska göras kan denna i de flesta fall sättas till sköterska. Överväg dock läkarkontroll vid misstanke om instabil fraktur eller om man befärrar att veckokontrollen kan resultera i ändrad handlings-regim.

KOPIA

Ytterfalangfrakturer:

Konservativ behandling är att föredra, även vid de flesta intraartikulära frakturer. Vid tvärfakturer med stor dislokation kan repositionsförsök i fingerbasblockad göras. Immobilisering med fixation över DIP-led ca 3 v, lämna PIP-led fri.
Malletskada: Se separat PM.

Mellan- och grundfalangfrakturer:

Stabil fraktur, med ingen eller obetydlig felställning behandlas med "tvillingförband". Vid dislokation: Försök till sluten reposition samt stabilisering med skena. Veckokontroll med röntgen på ortopedmottagningen. Avgipsning hos läkare efter 2-3 veckor. Om stelhet efter avgipsning: Remittera patienten till arbetsterapeut för hjälp med mobilisering.

Om dislokation med instabilitet alternativt intraartikulär fraktur: Överväg operation med frakturfixation.

Epifyseolys: Sluten reposition och immobilisering av leden 10-14 dagar.
Om reponerad: Veckokontroll med röntgen på mottagningen Lätt sidoförskjutning och en måttlig dorsovolar vinkling kan korrigeras spontant under den fortsatta tillväxten. En lateral deviation och rotationsfelställning tenderar däremot att accentueras över tid.



LANDSTINGET BLEKINGE

Metacarpalfrakturer:

Subcapitulära frakturer: Vanligast metacarpale 5, om dislokation vanligen volarbockad. Försök till sluten reposition ska göras, men rel uttalad volarbockning upp till 50° kan ibland accepteras. I metacarpale 4 30-40°, metacarpale 2-3 15-20°.

Spiralfrakturer: Vanligt. Kan resultera i både förkortning och rotationsfelställning samt vinkelfelställning. Upp till 2 mm förkortning kan accepteras. Rotationsfelställning accepteras EJ. Försök till sluten reposition ska göras vid dislokation, om kvarstående felställning som ovan bör kirurgi övervägas.

Diafysära tvärfrakturer: Ofta kraftigt instabila. Ofta operationsfall.

KOPIA

Bennetfraktur: Intrarartikulär fraktur genom CMC1-leden. Ofta instabil med stor dislokationsrisk pga tensionen i abduktor pollicis longus. Om dislokation ska operation övervägas, eftersom en kvarstående inkongruens i leden kan leda till artrosutveckling. Vid operationsindikation ska dessa frakturer planeras inom 2-3 dagar, då hematomet sedan riskerar att kraftigt försvåra sluten reposition och stiftning.

Ett specialfall är den sk **Rolandofrakturen**. Denna är en komminut, intraartikulär fraktur i basen av metacarpale 1, där det stora antalet fragment gör att möjligheten att återställa kongruensen i ledytan är liten. Behandlas således oftast med sluten reposition och gipsskena.