

# Barn, Höftledsfysiolog

---

## Hitta i dokumentet

[Sammanfattning](#)  
[Utredning och bedömning](#)  
[Klinik](#)  
[Objektiva fynd:](#)  
[Röntgen:](#)

[Behandling](#)  
[Referenser](#)  
[Uppdaterat från föregående version](#)

---

## Sammanfattning

Höftledsåkomma med dislokation i femurs proximala tillväxtzon. Bakomliggande svaghet i tillväxtzonen och hereditära, hormonella och mekaniska faktorer är av betydelse. Åkomman uppträder i prepuberteten eller i puberteten (9-15 år) och är vanligare hos överviktiga individer (adiposogenitalt utseende). Incidensen för pojkar är 5/10 000 och för flickor 4/10 000 individer.

Den vanligaste komplikationen till höftledsfysiolog är deformation av caput femoris vilket i stor grad ger förtidig artros samt impingementproblem. Caputnekros är en fruktad komplikation till framförallt en akut glidning men förekomsten kan minskas genom förebyggande behandling under vissa förutsättningar, var god se nedan samt [Appendix](#).

## Utredning och bedömning

Utan behandling progredierar ofta dislokationen tills tillväxtzonen har slutits. Behandlingsmetoder med reposition av felställningen leder till svåra komplikationer (segmentell nekros i epifysen och/eller kondrolys) i 25-50% av fallen (2,3) och rekommenderas ej. Dominerande åsikt idag är att flertalet fall bör behandlas med fixation in situ utan föregående reposition (3).

Fixationen bör utföras med en slät spik (LIH), vilket har flera fördelar. Det är visat att höftleden fortsätter utvecklas och remodeleras i viss mån efter spikning och att risken för långsiktiga komplikationer minskar (4).

## Klinik

Debuten är vanligen långsam (kronisk), men kan vara akut eller akutisering av kroniska besvär (acute-on-chronic).

### A. Kronisk (stabil)

Successivt insättande smärta i höft och/eller knä, ibland debuterande med hälta utan påtaglig smärta. Ofta dominerar knä-besvär, och inte sällan är symptomen diskreta. Mycket vanligt med fördröjd diagnos (4), vilket därmed ökar risken för akutisering.

### B. Akut (instabil)

Akut svår smärta i höft eller ben med eller utan trauma. Patienten har svårt att röra benet och kan ej belasta. Övrig klinik och rgt som under punkt a.

### C. Akutisering (instabil)

Enligt b. hos patient med anamnes på tidigare smärta i benet. Röntgen visar ofta ombyggnad som tecken på tidigare kronisk glidning + akut uttalad dislokation.

### Objektiva fynd:

- Utåtrotationsställning av benet, framför allt vid flexion (Drehmanns tecken).
- Inskränkt inåtrotation vid prövning av rörelseomfånget i höften.
- Ofta lätt benförkortning.

### Röntgen:

- Beställ höftled samt Lauensteinprojektion.
- Visar bakåttippning av caputepifysen på collum.
- Vinkelrät sidobild på collum är viktig: fråga specifikt efter fyseolys vid misstanke på åkomman.

### Behandling

#### BEHANDLINGSPRINCIPER

Glidning oavsett grad såväl akut som kronisk, behandlas med LIH-spikning in situ. I ensidiga fall bör även kontralaterala höften spikas profylaktiskt. Hållfastheten är nedsatt i andra höften och klinisk glidning uppträder i 25% och asymtomatisk glidning i ytterligare ett antal fall.

Operationstekniskt måste man tänka på att borrh och spik måste sättas in längre ventralt på collum än vid sedvanlig spikning av collumfrakturer, eftersom epifysen är dislocerad bakåt. Man bör välja en spik, som ger 10-15 mms protrusion utanför laterala cortex pga förväntad indragning av spiken under fortsatt tillväxt. (Graden av utstickande beräknas efter allmän skelettmognad och utseende på Y-brosk, som indikation på förväntad återstående tillväxt). Röntgenkontroller görs med 6-12 månaders intervall till avslutad tillväxt. Skulle spiken tendera att dras in innanför laterala cortex före avslutad tillväxt byter man till en längre spik. Spikextraktion görs 6 - 12 månader efter röntgenologisk slutning av tillväxtzonen.

Risken för caputnekros/AVN (avaskulär nekros) är stor framförallt vid instabil glidning. Risken ökar vid ökad grad av glidning. Vid typ C enligt ovan finns vanligen pågående remodelering av collum vilket ger en relativ förkortning av bakre kärl. Således ytterligare känsligt för försök till reposition (4).

En arbetsgrupp inom SBOF(Svensk barnortopedisk förening) har tagit fram ett vårdprogram med rekommendationer vid hotande caputnekros. Syftar till att tidigt hitta riskpatienter för eventuell caputnekros/AVN. Vid typ B och C enligt ovan görs en perfusionsscint alternativt MR och vid nedsatt cirkulation insätts behandling med bisfosfonat och avlastning, var god se Appendix. Detta kan även appliceras vid dislocerade cervikala höftfrakturer hos barn.

### Referenser

1. Ordeberg G, Hansson L I and Sandström S: Slipped capital femoral epiphysis in southern Sweden. Long-term result with no or symptomatic primary treatment. Clin Orthop 191:95, 1984.

2. Boyer D W, Mickelson M R, Ponseti I V: Slipped capital femoral epiphysis. Long-term follow-up study of one hundred and twenty-one patients. J Bone Joint Surg 63A:85, 1981.
3. Hansson L I, Hägglund G and Ordeberg G: Slipped capital femoral epiphysis in southern Sweden 1910 - 1982. Acta Orthop Scand Suppl 226, 1987.
4. Örtegren J: Slipped Capital Femoris Epiphysis, Growth, Remodelling and Cartilage Quality after Unthreaded Fixation. Doctoral dissertation, Lund University, Department of Orthopedics, Clinical Sciences, Lund, 2018-06-02

### **Uppdaterat från föregående version**

Ersätter 2018-05-30, förändring under samtliga rubriker.