

Barnfrakturer och luxationer i Öppenvård

Astrid Lindgrens Barnsjukhus

Verksamheten för Rörelseorganens sjukdomar och Hemsjukvård

Vårdprogram vid Astrid Lindgrens Barnsjukhus för handläggning i öppenvård av de vanligaste barnfrakturerna med angivande av felställningar som inte kräver operativ behandling, samt handläggning i öppenvård av de vanligaste luxationerna och distorsionerna.

Uppdaterad 2019

Vårdprogrammet bygger på barnsjukhusets **Kompendium i Barnfrakturer** och beskriver handläggning av de vanligaste barnfrakturerna vid felställningar som inte kräver operativ åtgärd. Antalet återbesök har begränsats för att ge ett effektivt omhändertagande. Vårdprogrammet ger också riktlinjer för den primära handläggningen i öppenvård av de vanligaste luxationerna och distorsionerna. Syftet med vårdprogrammet är att ge hög kvalitet och effektivitet vid omhändertagandet av de vanligaste akuta barnortopediska skadorna och vara ett stöd för akutläkare.

Förmågan till ombyggnad av felställningar (remodellering) vid olika barnfrakturer och därmed vilka felställningar som kan accepteras, påverkas av flera faktorer. Remodelleringsförmågan är bättre hos yngre barn genom deras större kvarvarande tillväxt. Remodelleringen förbättras om frakturen är belägen nära en tillväxtzon, samt om rörbenets huvudsakliga tillväxt sker vid just denna tillväxtzon, samt om felställningen är i intilliggande leds huvudsakliga rörelseplan.

Yngre barn läker frakturer snabbare och har därmed kortare gipstid än äldre barn.

För att undvika misstag har vårdprogrammet medvetet en viss säkerhetsmarginal avseende gipstider och accepterade frakturlägen. Vid osäkerhet, eller om man vill avvika från vårdprogrammet, kontaktas barnortopedbakjour (tel. nr 08-517 770 60) och dokumenterar detta i journalen.

Det frakturerade benets intilliggande proximala och distala leder ska vara röntgade i frontal- och sidoprojektion för att kunna fastställa skadans hela omfattning. Detta är t.ex. viktigt vid Monteggia-frakturen (isolerad ulnafraktur med samtidig luxation av caput radii) som är en av de vanligaste missade barnortopediska diagnoserna.

Till de gipsmetoder som beskrivs används traditionellt kalkgips.

Med **helbensgips** menas en cirkulär gips som börjar mitt på låret och slutar vid tårna. En **gipsstövel** är en cirkulär gips som börjar omedelbart nedanför knäleden (utan att inkräkta

på knärörligheten) och slutar vid tårna. Vid bägge dessa gipsar skall man alltid försöka få fotleden i 90 grader för att kunna gå/belasta i gipset. En **knäkappa** är en cirkulär gips som börjar proximalt på låret och slutar c:a 15 – 20 cm proximalt om malleolerna, för att inte skava på malleolerna om den ”glider” ner.

Collar'n-cuff är en avtagbar slynga av skumplastband i tygstrumpa runt hals och handled med armbågen i 70-90 graders flektion. En mitella kan vara ett bättre alternativ för yngre barn.

En **hög gipsskena** på armen börjar på utsidan av överarmen i höjd med armhålan, går ned på dorsalsidan av armbågen och svänger sedan fram och täcker hela dorsalsidan av underarmen och handleden fram till knogarna. Den kräver förstärkningsskenor på in- och utsidan av armbågen. Med en **dorsal gips på underarmen** menas en gipsskena som går utefter hela underarmens dorsalsida fram till knogarna och är så bred att den täcker hela underarmens dorsalsida.

Tvillingförband innebär att man tejpar det skadade fingret mot intilliggande finger (två fingrar = **Trillingförband**) genom att linda tejp runt falangerna, men som lämnar lederna fria. Det skall vara kompress mellan fingrarna. Förbandet lämpar sig bäst för äldre barn med stabila frakturer. Prefabricerade finger fixations-förband kan också användas.

Med **mjukgips** menas lindning av benet med polster-vadd i minst 4 - 6 lager och därefter elastisk linda som åstadkommer ett mjukt men fast och halvstyvt förband med ”Michelingubbe”-utseende.

Fix-över-rulle kan användas vid olika hand och fingerfrakturer, framförallt på mindre händer/yngre barn.

Först läggs en rulle av elastisk linda i handen som fingrarna får omsluta varvid 60 graders flektion fås i MCP- och IP-lederna samt 45 graders dorsalextension i handleden. Kompress/gasbinda läggs mellan fingrarna! Därefter lindas hela handen, eller del av handen, utom tummen, med elastisk linda. Till sist tejpas förbandet för att hålla den elastiska lindan på plats. Förbandet kan göras för två, tre eller fyra fingrar.

Glöm inte att ge råd om **”högläge, riktlinjer för mobilisering och träningsprogram”** före hemgång. Med **markeringsgång** menas att patienten får belasta till smärtgränsen vid gång med kryckor. **”Skriftliga gipsanvisningar”** ges till samtliga patienter som går hem med gips. Informera om att hälta kan förekomma långt tid, ofta flera månader, efter avgipsning av nedre extremitet.

”Undvika risker” innebär att avstå från aktivitet med risk för fallolycka (gymnastik och idrott, studsatta, cykling, klättring i träd, på lekplats etc.). Full återgång till organiserad tävlingsidrott kräver avslutad rehabilitering. Tidigare immobiliserade leder ska ha återfått

fullt rörelseomfång samt ha återställd muskelstyrka men svullnad kan kvarstå.

Före hemgång ska adekvat och regelbunden smärtlindring för de närmaste 2 - 3 dyggen vara ordinerad, exempelvis paracetamol och/eller NSAID.

Ytterligare röntgenkontroll kan övervägas (inom en vecka) vid instabil fraktur med risk för försämrat frakturläge.

Stabil fraktur och odislocerad fraktur i fraktur-ögonblicket behöver inte röntgenkontrolleras alls utan kan själv avlägsna sin gipsskena i hemmet. Cirkulärgips kräver återbesök för avgipsning.

Angivna tider är räknade från olycksfallsdagen.

Om en gips byts ut under behandlingstiden och frakturen är instabil, ska röntgenkontroll göras i den nya gipsen.

Skada	Fraktur i distala falangen "klämskada"
Behandling	<p>Alla klämskador i distala falangen, som inte vid klinisk undersökning kan frias från DIP-leds fraktur ska röntgas.</p> <p>Ofta är skadan kombinerade med nagelskada och behandlas enligt barnkirurgikompendiet. Som regel tas nageln bort. Eventuell nivåskillnad i nagelbädden ska åtgärdas. Fraktur i den mest distala delen (proc. unguicularis) kan lämnas utan behandling. Man bör inte nypa av ben utan mjukdelstäckning, utan istället låta detta granulera för att inte få permanent kort finger.</p> <p>Fyseolysfraktur (Salter-Harris typ I) i distala falangen med felställning < 3 mm ad latus accepteras och fixeras med tejp med DIP-leden i full extension.</p>
Uppföljning & Fixationstid	Tejp bort i hemmet efter 1 – 2 v. Undantagsvis klinisk kontroll i öppenvård.

Skada	Distal falangfraktur - intraartikulär
Gränsvärde	<p>Extensorsenfäste = droppfinger = Mallet finger utan sublux i DIP-led samt ≤ 3 mm diastas i ledytan.</p> <p>Flexorsenfästet - kontakta ortopedjour för ställningstagande till op.</p>
Behandling	Extensorsenfäste: Hyperextension i DIP-leden med tejp i 2v.

Uppföljning & Fixationstid	Extensorenfäste: Uppföljning hos arbetsterapeut efter 3 - 5 v.

Skada	Mellan- och proximal falangfraktur (både metafysär och diafysär)
Gränsvärde	≤ 10° felställning och ≤ 2 mm förkortning. Ingen rotations- eller omlott-felställning accepteras.
Behandling	Tvillingförband. På små barn fix-över-rulle.
Uppföljning & Fixationstid	Reponerad fx; röntgen i förband efter 4 - 6 d. Avlägsnande av förband i hemmet efter 2 v.
Undvika risker	2 v efter att förbandet avlägsnats.

Skada	Trochleafraktur i mellan- eller proximala falangen
Gränsvärde	Ingen instabilitet eller dislocerat fragment accepteras. Ingen rotations- eller omlott-felställning accepteras.
Behandling	Kontakta ortopedjouren för ställningstagande till op. Trillingförband. På små barn fix-över-rulle.
Uppföljning & Fixationstid	Rtg i förband efter 4 - 6 d. Förband av i hemmet efter 2 v.
Undvika risker	2 v efter att förbandet avlägsnats.

Skada	Fyseolys i mellan- eller proximala falangen
Gränsvärde	≤ 20° felställning. Ingen rotations- eller omlottfelställning accepteras.
Behandling	Tvillingförband. På små barn fix-över-rulle.
Uppföljning & Fixationstid	Avlägsnande av förband i hemmet efter 2 v.
Undvika risker	2 v efter att förbandet avlägsnats.

Skada	Ulnar kollateral-ligamentskada på tummen
Gränsvärde	Vid eventuellt ben-fragment accepteras ingen dislokation av fragmentet.
Behandling	<ul style="list-style-type: none"> • 1. Intraartikulärt odilocerat fragment behandlas med gipsskena. • 2. Negativ rtg men klinisk instabilitet (ledbandet ligger dislocerat och kan inte läka fast på rätt ställe). Mycket ovanligt! • 3. Negativ rtg men med misstänkt instabilitet vid undersökning av MCP-leden, lägg gipsskena.
Uppföljning & Fixationstid	<ul style="list-style-type: none"> • 1. Åb efter 3 v för avgipsning och klinisk kontroll. • 2. Kontakta ortopedjour för planering av operation. • 3. Åb efter 1 v för avgipsning och ny stabilitetstest.
Undvika risker	2 v efter avgipsning.

Skada	Subcapitulär metacarpalfraktur
Gränsvärde	Felställning i rörelseplanet. MC II + III $\leq 30^\circ$, MC IV + V ≤ 50 gr. Ingen rotationsfelställning accepteras.
Behandling	Fix-över-rulle.
Uppföljning & Fixationstid	Kontroll-rtg i förband efter 4 - 6 d om reponerad. Avlägsnande av förband i hemmet efter 2 v.
Undvika risker	2 v efter att förbandet avlägsnats.

Skada	Diafysär metacarpalfraktur
Gränsvärde	$\leq 20^\circ \leq 2$ mm förkortning. Ingen rotations- eller omlott-felställning accepteras.
Behandling	Fix-över-rulle
Uppföljning & Fixationstid	Avlägsnande av förband i hemmet efter 2 v.
Undvika risker	2 v efter att förbandet avlägsnats.

Skada	Proximal fraktur/fyseolys metacarpale I
Gränsvärde	$\leq 45^\circ$
Behandling	Gipsskena omfattande MCP samt handleden.
Uppföljning & Fixationstid	Avgipsning i hemmet efter 3 v.
Undvika risker	2 v efter avgipsning.

Skada	Proximal fraktur metacarpale V
Gränsvärde	$\leq 30^\circ$
Behandling	Fix-över-rulle
Uppföljning & Fixationstid	Avlägsnande av förband i hemmet efter 3 v.
Undvika risker	2 v efter att förbandet avlägsnats.

Skada	Scaphoideumfraktur
Gränsvärde	≤ 1 mm. (Vanligtvis uppkommer ingen större felställning)
Behandling	Scaphoideumgips med MCP I fixerad.
Uppföljning & Fixationstid	1. Vid tuberositas avulsion, elastisk linda i 2 v som smärtlindring. Tas av i hemmet. 2. Vid proximal- eller midjefraktur, välmodellerat scaphoideumgips (=cirkulärt underarmgips som innefattar MCP led I, men lämnar IP leden fri). Klin kontroll 4 v.
Undvika risker	2 v efter avgipsning.
OBS	Vid negativ röntgen i det akuta skedet, men kvarstående misstanke om fraktur (lokal ömhet): Gips radiusskena med tumslå, återbesök efter 2 v för kk och ev. rtg utan gips.

Skada	Distal radius/ulnafyseolys (SH 2) med dorsalböckning
-------	--

Gränsvärde	$\leq 30^\circ \leq \frac{1}{2}$ benbredd ad latus <10 år flickor, <12 år pojkar $\leq 20^\circ \leq \frac{1}{4}$ benbredd ad latus dorsalt >10 år flickor, >12 år pojkar
Behandling	Dorsal gipsskena på u-armen.
Uppföljning & Fixationstid	Rtg i gips efter 5 - 7 d. Avgipsning i hemmet efter 3 v.
Undvika risker	2 v efter avgipsning.
OBS	Om frakturen har försämrat läge vid återbesök, även om det är inom gränsvärdet, tas ny rtg efter 5 d.
	Distal metafysär radiusinfraktion (=dorsal eller volar kortikal kompression)
Gränsvärde	Definitionsmässigt ingen felställning.
Behandling	Dorsal gipsskena eller elastisk linda på underarmen.
Uppföljning & Fixationstid	Avgipsning i hemmet efter 2-3 v. Inga återbesök.
Undvika risker	2 v efter avgipsning.
OBS	Vid tveksamhet om genomgående fraktur, behandla som distal radiusfraktur.

Skada	Distal metafysär radiusfraktur
Gränsvärde	$\leq 30^\circ$ dorsalt $\leq 15^\circ$ volart $\frac{1}{2}$ benbredd ad latus. ≤ 2 cm från fysen, ≤ 10 år $\leq 20^\circ$ dorsalt $\leq 10^\circ$ volart $\frac{1}{2}$ benbredd ad latus. ≤ 2 cm från fysen, 11 - 14 år $\leq 20^\circ$ dorsalt $\leq 10^\circ$ volart $\frac{1}{2}$ benbredd ad latus. > 2 cm från fysen, ≤ 10 år $\leq 15^\circ$ dorsalt $\leq 10^\circ$ volart $\frac{1}{2}$ benbredd ad latus. > 2 cm från fysen, 11 - 14 år
Behandling	Dorsal gipsskena på u-armen.
Uppföljning & Fixationstid	Rtg i gips efter 1 v. Avgipsning i hemmet efter 4 v.
Undvika risker	4 v efter avgipsning.
OBS	Om frakturen har försämrat läge vid återbesök, även om det är inom gränsvärdet, tas ny rtg efter 5 d

Skada	Diafysär radius-ulnafraktur
Gränsvärde	$\leq 10^\circ$ kontakt mellan frakturändarna utan förkortning.
Behandling	Hög gipsskena med armbågsled i 90° flexion
Uppföljning & Fixationstid	Rtg i gips efter 1 - 2 v. Avgipsning efter 4 - 6 v(den kortare gipstiden för barn i förskoleålder), eventuell slagskena i 2 v. Inga ytterligare återbesök efter kliniskt läkt fraktur.
Undvika risker	4 v efter avgipsning.
OBS	Dokumentera underarm + armbåge med röntgen. Om frakturen har försämrat läge vid återbesöket, även om det är inom gränsvärde, tas ny rtg efter 1 v.

Skada	Isolerad diafysär ulnafraktur
Gränsvärde	$\leq 10^\circ$, kontakt mellan frakturändar utan förkortning.
Behandling	Dorsal gipsskena.

Uppföljning & Fixationstid	Avgipsning i hemmet efter 4 v.
Undvika risker	4 v efter avgipsning.
OBS	Dokumentera alltid underarm + armbåge med rtg. Frakturen kan vara en del i en Monteggiafraktur (ulnafraktur + caput radii - luxation) som behöver reponeras på operation.

Skada	Isolerad diafysär radiusfraktur
Gränsvärde	≤ 10° kontakt mellan frakturändar utan förkortning.
Behandling	Hög gipsskena med armbågsled i 90° flexion
Uppföljning & Fixationstid	Röntgen efter 1 - 2 v om reponerad. Avgipsning i hemmet efter 4 v.
Undvika risker	4 v efter avgipsning.
OBS	Dokumentera alltid underarm/handled + armbåge med rtg. Frakturen kan vara en del i en Galeazzifaktur (radiusfraktur med luxation av caput ulnæ) som behöver reponeras på operation.

Skada	Caput radii fyseolys-fraktur / Collum radii fraktur
Gränsvärde	≤ 20°, ≤ 2mm ad latus.
Behandling	Hög gipsskena med armbågsled i 90° flexion
Uppföljning & Fixationstid	Röntgen i gips efter 1 v. Avgipsning i hemmet efter 3 v.
Undvika risker	3 v efter avgipsning.
OBS	Information om att 2 v efter avslutad gipsbehandling ska normalt rörelseomfång föreligga.

Skada	Caput radii-luxation
Gränsvärde	Radius längsaxel ska på röntgen gå centralt genom capitellum humeri både på frontal och sida.
Behandling	Kontakta ortopedjour för ställningstagande till op.
Uppföljning & Fixationstid	Rtg efter 1 v. Klin kontroll efter 3 v.
Undvika risker	3 v efter avgipsning.
OBS	Dokumentera underarm + armbåge med rtg då luxationen kan vara del av Monteggiafraktur . Information om att 2 v efter avslutad gipsbehandling ska normalt rörelseomfång föreligga. Vid isolerad caput radii-lux röntga kontralaterala sidan.

Skada	Armbågsluxation
Gränsvärde	
Behandling	Sluten reposition och hög gipsskena med armbågsleden i 90° flexion. Reponering kan göras på akutmottagningen med adekvat

	sedering/smärtlindring. Armbågsluxation kan vara kombinerad med avulsion av ulnara humerusepikondylen. Rtg utan gips utförs direkt efter reposition för att bekräfta repositionen och för att utesluta att epikondylen ligger inslagen i leden.
Uppföljning & Fixationstid	Avgipsning vid återbesök efter 1 v. Vid eventuell avlösning av ulnar epikondyl bör patienten ha gips i 3 v. För handläggning se Ulnar epikondylfraktur (vid armbågsluxation).
Undvika risker	3 v efter avgipsning.
OBS	Armbågsluxation kan som resttillstånd få inskränkt rörlighet. Inga ytterligare återbesök men patienten remitteras vid avgipsning till fysioterapeut /arbetsterapeut för hjälp med mobilisering. Remissvar från sjukgymnast efter 4 - 8 v. Vid inskränkt rörlighet ordnas snabbt återbesök.

Skada	Olecranonfraktur
Gränsvärde	≤ 2 mm diastas och ≤ 1 mm nivåskillnad i ledyteplanet.
Behandling	Hög gipsskena med armbågsleden i 90° flexion.
Uppföljning & Fixationstid	Rtg efter 1 v. Avgipsning i hemmet efter 4v.
Undvika risker	3 v efter avgipsning.
OBS	Information om att 2 v efter avslutad gipsbehandling ska normalt rörelseomfång föreligga.

Skada	Radial humeruskondylfraktur
Gränsvärde	≤ 2 mm diastas, ≤ 1 mm nivåskillnad i ledyteplanet, $\leq 20^\circ$ dorsalböckning.
Behandling	Hög gipsskena med armbågsleden i 90° flexion.
Uppföljning & Fixationstid	Rtg efter 1 v. Rtg utan gips vid osäkerhet om frakturläget. Avgipsning i hemmet efter 3 - 4 v.
Undvika risker	3 v efter avgipsning.
OBS	Radial humeruskondylfraktur kan som resttillstånd få inskränkt rörlighet. Inga ytterligare återbesök men patienten remitteras vid avgipsning till sjukgymnast/arbetsterapeut för hjälp med mobilisering. Remissvar från fysioterapeut efter 4 - 8 v. Vid inskränkt rörlighet ordnas snabbt återbesök.

Skada	Ulnar epikondylfraktur
Gränsvärde	≤ 1 cm, ingen rotation.
Behandling	Hög gipsskena med armbågsleden i 90° flexion.
Uppföljning & Fixationstid	Vid samtidig armbågsluxation skall röntgen göras efter 1 v och avgipsning efter 3 v.
Undvika risker	3 v efter avgipsning.
OBS	Patienten ska vid avgipsning remitteras till fysioterapeut /arbetsterapeut för hjälp med mobilisering. Remissvar från sjukgymnast efter 4 - 8 v. Vid inskränkt rörlighet ordnas snabbt återbesök.

Skada	Suprakondylär humerusfraktur
Gränsvärde	"Rogers Line" tangerar capitulum radiis framkant (dvs. $\leq 20^\circ$ dorsalt $\leq 10^\circ$ valgus) Ingen varus. Liten rotationsfelställning tillåts.

Behandling	Hög gipsskena med armbågsleden i 90° flexion.
Uppföljning & Fixationstid	Avgipsning i hemmet efter 3 - 4 v.
Undvika risker	4 v efter avgipsning.
OBS	Kontrollera kärl- och nervstatus före respektive efter gipsning och dokumentera i journal. Information om att 2 v efter avslutad gipsbehandling ska normalt rörelseomfång föreligga.

Skada	Distal humeruskondylfraktur, typ Y eller T
Gränsvärde	Ingen dislokation accepteras.
Behandling	Hög gipsskena med armbågsleden i 90° flexion.
Uppföljning & Fixationstid	Rtg kontroll efter 1 v. Avgipsning i hemmet efter 4 - 5 v.
Undvika risker	4 v efter avgipsning.
OBS	Remiss till fysioterapeut /arbetsterapeut för rörelseträning. Remissvar från fysioterapeut efter 4 - 8 v. Vid inskränkt rörlighet ordnas snabbt återbesök.

Skada	Diafysär humerusfraktur
Gränsvärde	≤ 45° (Större vinkelfelställningar accepteras på yngre barn, 0 - 9 år). ≤ 1,5 cm förkortning. Kontakt mellan fragment.
Behandling	Collar'n-cuff.
Uppföljning & Fixationstid	Rtg efter 1 v (< 30°). Start av mobilisering inom 2 v (så fort smärta tillåter). Collar'n-cuff bort efter 2 - 3 v. Klin kontroll 4 v.
Undvika risker	4 v efter sista återbesök.

Skada	Proximal metafysär humerusfraktur
Gränsvärde	≤ 45° (Större vinkelfelställning accepteras på yngre barn). Förkortning ≤ 1,5 cm.
Behandling	Collar'n-cuff.
Uppföljning & Fixationstid	Rtg efter 1 v vid stora felställningar eller endast klin kontroll efter 1 - 2 v. Start av mobilisering inom 2 v (så fort smärta tillåter). Collar'n-cuff bort efter 2 v.
Undvika risker	3 v efter avslutad immobilisering.
OBS	Information om att man inom 3 - 4 v ska kunna sträcka armen rakt upp och lägga handen på ryggen med armbågsleden i 90° flektion.

Skada	Proximal humerufyseolys
Gränsvärde	≤ 45°. Förkortning ≤ 1,5 cm. Kontakt mellan fragmenten.
Behandling	Collar'n-cuff.
Uppföljning & Fixationstid	Rtg efter 1 v vid stora felställningar eller endast klin kontroll efter 1 - 2 v. Start av mobilisering inom 2 v (så fort smärta tillåter). Collar'n-cuff bort efter 2 v.
Undvika risker	3 v efter avslutad immobilisering.
OBS	Information om att man inom 3 - 4 v ska kunna sträcka armen rakt upp och lägga handen på ryggen med armbågsleden i 90° flektion.

Skada	Axelledsluxation
Gränsvärde	-
Behandling	Sluten reposition.
Uppföljning & Fixationstid	Adekvat smärtlindring och mitella/Collar´n cuff upp till 1v.
Undvika risker	4 v från trauma.
OBS	Rtg före och efter reponering. Kontroll av distalstatus före och efter reponering.

Skada	Diafysär klavikelfraktur
Gränsvärde	Operation endast då klavikelfragment penetrerar huden eller riskerar att orsaka hudnekros.
Behandling	Adekvat smärtlindring (exempelvis mitella/Collar´n cuff) och vila av arm 3 v.
Uppföljning & Fixationstid	Inget återbesök.
Undvika risker	2 – 4 v från trauma.
OBS	Informera om ”callusknöl”.

Skada	Medial klavikelfyseolys (Sternoklavikulär luxation)
Gränsvärde	Ev. kartläggning med DT. Operation endast då klavikelmetafysen trycker på kärl eller trachea och förorsakar andningshinder.
Behandling	Arm fixerad mot kroppen med armbågsled i 90° flexion i 2 - 3 v.
Uppföljning & Fixationstid	Inget återbesök.
Undvika risker	6 v från trauma.
OBS	Informera om ”callusknöl”.

Skada	Lateral klavikelfyseolys
Gränsvärde	Felställning överstigande 2 cm.
Behandling	Adekvat smärtlindring (exempelvis mitella/Collar´n cuff) och vila av arm under 2 - 3 v.
Uppföljning & Fixationstid	Inget återbesök.
Undvika risker	6 v från trauma.

Skada	Kilformade kotkompressionsfrakturer i bröst- och ländrygg
Gränsvärde	≤ 50 % av kotans höjd i framkant. Vid högenergivåld, neurologiska symptom eller oklart frakturläge utredning med DT.
Behandling	Symptomatisk. Vila och analgetika.
Uppföljning	Inget återbesök.
Fixationstid	
Undvika risker	4-8 v från trauma.
OBS	Successiv mobilisering när smärtan släpper, i början med kryckor. Remiss till sjukgymnast kan behövas för hjälp med mobilisering efter det akuta skedet. Det

	kan ta 8 - 12 v innan patienten är besvärsfri. Övriga kotfrakturer och multipla kotkompressioner diskuteras med ryggortoped-bakjouren Karolinska Sjukhuset, Huddinge. Halsryggsfrakturer diskuteras med neurokirurgjour.
--	--

Skada	Proximal och diafysär femurfraktur och fyseolys
Gränsvärde	Kontakta barnortopedbakjour.
Behandling	Dessa frakturer skall behandlas med sträck/operativt om > 1 års ålder, var god se PM Riktlinjer för skador i rörelseapparaten hos barn som genomgått operativ behandling. Mjukgips (vadd) ≤ 1 års ålder (Vid barnmisshandelsmisstanke lägg in för utredning)
Uppföljning & Fixationstid	Om < 1 års ålder klinisk kontroll 1 v.

Skada	Distal metafysär femurfraktur
Gränsvärde	Frontal och sagitell vinkelfelställning < 20°. Bajonettfelställning bör ej accepteras.
Behandling	Knäkappa i gips. Får mobilisera direkt med full belastning efter 2 v.
Uppföljning & Fixationstid	Röntgen efter 2 v förutom hos friska förskolebarn där rtg ej behövs. Avgipsning efter 3 - 4 v.
Undvika risker	3 - 4 v efter avgipsning.
OBS	Om barnet är äldre än 9 år och det samtidigt föreligger knäledshemartros, MR inom 2 veckor. Kontrollera benlängd och vinkelfelställning vid återbesök 1 år efter traumat.

Skada	Distal femurfyseolys SH 1 och 2
Gränsvärde	Vinkelfelställning 20°, ad latusfelställning 1 cm.
Behandling	Knäkappa i gips. Mobilisera direkt, full belastning efter 2 - 3 v.
Uppföljning & Fixationstid	Avgipsning efter 4 v.
Undvika risker	3 - 4 v efter avgipsning. Full rörlighet i knäleden före återgång till tävlingsidrott.
OBS	Om barnet är äldre än 9 år och det samtidigt föreligger knäledshemartros, MR inom 2 veckor. Kontrollera benlängd och vinkelfelställning vid återbesök 1 år efter traumat.

Skada	Distal femurfyseolys SH 3 och 4
Gränsvärde	Nivåhak i ledytan 1 mm, diastas 2 mm
Behandling	Knäkappa i gips. Mobilisera direkt, full belastning efter 4 v.

Uppföljning & Fixationstid	Röntgen efter 1 v. Avgipsning efter 4 v.
Undvika risker	3 - 4 v efter avgipsning. Full rörlighet i knät före återgång till tävlingsidrott.
OBS	Om barnet är äldre än 9 år och det samtidigt föreligger knäledshemartros, MR inom 1 vecka. Kontrollera benlängd och vinkelfelställning vid återbesök 1 år efter traumat.

Skada	Patellafraktur
Gränsvärde	Nivåhak i ledytan 1 mm, diastas 3 mm (gäller även vid s.k. Sleeve fraktur). OBS! Broskfragment innebär ofta betydligt större skada, ej synlig på konventionell rtg.
Behandling	Knäkappa i 4 v. Får belasta med gips.
Uppföljning & Fixationstid	Avgipsning efter 4 v.
Undvika risker	8 v efter avgipsning.
OBS	Remiss till sjukgymnast för rehabilitering.

Skada	Akut traumatisk patellaluxation med osteokondral skada
Gränsvärde	Hemartros med dislocerad osteokondral skada.
Uppföljning & Fixationstid	Skicka remiss för MR knä att utföra inom 1 v. Remiss till Ortopedimottagning. Elastisk linda och kryckor. Får belasta.
OBS	För detaljerad handläggning se specifikt vårdprogram för patellaluxationer.

Skada	Knäledsdistorsion med hemartros utan skelettskada på rtg < 9 år
Gränsvärde	
Behandling	Fri mobilisering, inga förband.
Uppföljning & Fixationstid	Uppmanas återkomma om man inte är fullt återställd och har full rörlighet i knät efter 4 v.
Undvika risker	2 - 3 v efter trauma.

Skada	Knäledsdistorsion/patellaluxation med hemartros utan skelettskada alternativt minimalt slitfragment på rtg, ≥ 9 år
Gränsvärde	-
Behandling	-
Uppföljning & Fixationstid	Skicka remiss för MR knä att utföra inom 1 v. Remiss till Ortopedimottagningen. Elastisk linda och kryckor vid behov. Full belastning.
Undvika risker	-
OBS	För detaljerad handläggning se specifikt vårdprogram för patellaluxationer.

Skada	Eminentiafraktur
--------------	-------------------------

Gränsvärde	Ett ringa dislocerat fragment med benkontakt fragmentet upplyft i framkant ≤ 3 mm.
Behandling	Knäkappa med extenderat knä 4 v. Full belastning med gips.
Uppföljning & Fixationstid	Röntgen i gips efter 1 - 2 v. Avgipsning efter 4 v Remiss till fysioterapeut vid avgipsning för mobilisering.
Undvika risker	3 - 4 v efter avgipsning.

Skada	Avulsionsfraktur av tuberositas tibiae
Gränsvärde	3 mm diastas.
Behandling	Knäkappa 4 v. Får belasta med gips.
Uppföljning & Fixationstid	Avgipsning efter 4 v Remiss till fysioterapeut efter avgipsning.
Undvika risker	3 - 4 v efter avgipsning.

Skada	Proximal tibiafyseolys
Gränsvärde	SH 1 och 2 10° vinkelfelställning 1 cm ad latusfelställning. SH 3 1 mm nivåhak i ledyta och 2 mm diastas.
Behandling	Knäkappa. Belasta till smärtgräns.
Uppföljning & Fixationstid	Avgipsning efter 4 v.
Undvika risker	3 v efter avgipsning.

Skada	Proximal metafysär tibiafraktur
Gränsvärde	$\leq 10^\circ$ Ingen valgusfelställning accepteras.
Behandling	Helbengips belasta till smärtgränsen.
Uppföljning & Fixationstid	Avgipsning efter 4 v.
Undvika risker	3 v efter avgipsning.
OBS	Risk för sen komplikation i form av progredierande valgusfelställning (som kan remodeleras under de påföljande åren). Patienterna kontrolleras 2 år efter skada.

Skada	Diafysär tibiafraktur (med eller utan diafysär fibulafraktur)
Gränsvärde	Vinkelfelställning $\leq 10^\circ$. Axial rotationsfelställning $< 10^\circ$. Förkortning ≤ 1 cm. Bajonettställning accepteras ej.
Behandling	Gipsstövel. Belasta till smärtgränsen.
Uppföljning & Fixationstid	Röntgen efter 2 v. Avgipsning efter 4 - 5 v.
Undvika risker	4 - 6 v efter avgipsning.

Skada	Tibiafissur odislocerad
Behandling	Mjukgips (vadd) ≤ 1 års ålder. Gipsstövel över 1 års ålder. Full belastning.

Uppföljning & Fixationstid	Mjukgips av i hemmet efter 2 v. Återbesök med avgipsning 2 - 3 v.
Undvika risker	2 v efter avgipsning.

Skada	Distal metafysär tibiafraktur/Distal tibiafyseolys (SH 2)
Gränsvärde	Vinkelfelställningen $\leq 10^\circ$ sagittellt $\leq 20^\circ$, ad laterus ≤ 1 cm
Behandling	Gipsstövel. Belastning till smärtgräns 2 v, därefter full belastning i gips.
Uppföljning & Fixationstid	Röntgen efter 1 - 2 v. Gips i 4 v.
Undvika risker	2 - 4 v efter avgipsning.

Skada	Distal tibiafyseolys (SH 3 och 4)
Gränsvärde	Nivåhak i ledytan, och därmed också vid fysen ≤ 1 mm och diastas ≤ 2 mm.
Behandling	Gipsstövel. Belastning till smärtgräns 1 - 2 v, därefter full belastning i gips.
Uppföljning & Fixationstid	Röntgenkontroll efter 1 - 2 v. Gips i 4 v.
Undvika risker	4 v efter avgipsning.

Skada	Distal tibiafyseolys (SH 3), Tillauxfraktur samt Treplansfraktur
Gränsvärde	Nivåhak i ledytan ≤ 1 mm, diastas $\leq 2 - 3$ mm.
Behandling	Gipsstövel. Belastning till smärtgräns 1 - 2v, därefter full belastning i gips.
Uppföljning & Fixationstid	Röntgenkontroll efter 1 - 2 v. Gips i 4 v.
Undvika risker	4 v efter avgipsning.
OBS	Oftast behövs DT för att avgöra grad av dislokation, vilken är avgörande för val av behandlingsmetod.

Skada	Distal fibulafyseolys
Gränsvärde	$\leq \frac{1}{4}$ benbredds ad laterus.
Behandling	Gipsstövel. Elastisk linda är ett alternativ vid små felställningar. Belastning till smärtgräns.
Uppföljning & Fixationstid	Återbesök för avgipsning efter 3 v för dem som erhållit gipsstövel. Mobiliseringsråd. Inget planerat återbesök.
Undvika risker	2 - 4 v efter avgipsning.

Skada	Fotledsdistorsion inkl slitfragment distala fibula
Gränsvärde	-
Behandling	Högläge och elastisk linda i 2 - 3 d minskar blödning och förkortar återgång till full aktivitet. Sedan elastisk linda dagtid i kombination med tidig mobilisering. Kryckor till äldre barn. Mobiliseringsråd. I enstaka fall gipsstövel, t ex vid avlöst ben-fragment. Avgipsning efter 2 - 3 v.

Uppföljning & Fixationstid	Se ”Behandling”.
Undvika risker	2 v från olyckstillfället/ 2 v efter avgipsning.
OBS	Det kan ta upp till 6 v, ibland längre tid innan besvärsfri.

Skada	Talusfraktur
Gränsvärde	Nivåhak i ledytan ≤ 2 mm, diastas $\leq 2 - 3$ mm.
Behandling	Gipsstövel. Avlastning under gipstid.
Uppföljning & Fixationstid	Avgipsning efter 4 - 6 v.
Undvika risker	6 v efter avgipsning.
OBS	Oftast behövs DT för att avgöra grad av dislokation, vilken är avgörande för val av behandlingsmetod. En komplikation till talusfraktur är avaskulär nekros vilket innebär att trochlea eller caput får störd blodförsörjning, går i nekros och senare deformeras.

Skada	Calcaneusfraktur (Intraartikulär)
Gränsvärde	$\leq 2-3$ mm i någon av de tre subtalara facetterna och kraftigt reducerad Böhlervinkel.
Behandling	Gipsstövel. Belasta till smärtgränsen.
Uppföljning & Fixationstid	Total gipstid 4v.
Undvika risker	2 v efter avgipsning.
OBS	Gör DT för att avgöra frakturtyp och grad av dislokation, vilket är avgörande för val av behandlingsmetod.

Skada	Metatarsalfraktur
Gränsvärde	$\leq 30^\circ$. Kontakt mellan fragmenten. Ingen klinisk rotationsfelställning i tå.
Behandling	Stadiga skor, kryckor och råd om högläge räcker oftast. Vid fraktur på flera metatarsalben hos äldre barn kan gipsstövel behövas för smärtlindring, ev. op. Full belastning.
Uppföljning & Fixationstid	Successiv mobilisering och avveckla ev. kryckor allteftersom smärtan släpper. Läkningstid 2 - 3 v. Inga återbesök, ska vara fullt återställt efter 6 v. De fåtal patienter som erhållit gips återkommer för avgipsning efter 3 v.
Undvika risker	4 v efter avgipsning.

Skada	Avulsionsfraktur basen MT 5
Behandling	Kryckor. Belasta till smärtgräns.

Undvika risker	3 v efter skada.

Skada	Tåfrakturer
Gränsvärde	Kontakt mellan fragment.
Behandling	Stadiga skor. Full belastning. Intraartikulär fraktur med felställning på dig I, kan ibland kräva reposition och stiftning, kontakta ortopedjour vid tveksamhet.
Uppföljning & Fixationstid	Successiv mobilisering allt eftersom smärtan släpper. Läkningstid 2 - 3 v.