

Fot, Metatarsale 5-fraktur (Jonesfraktur)

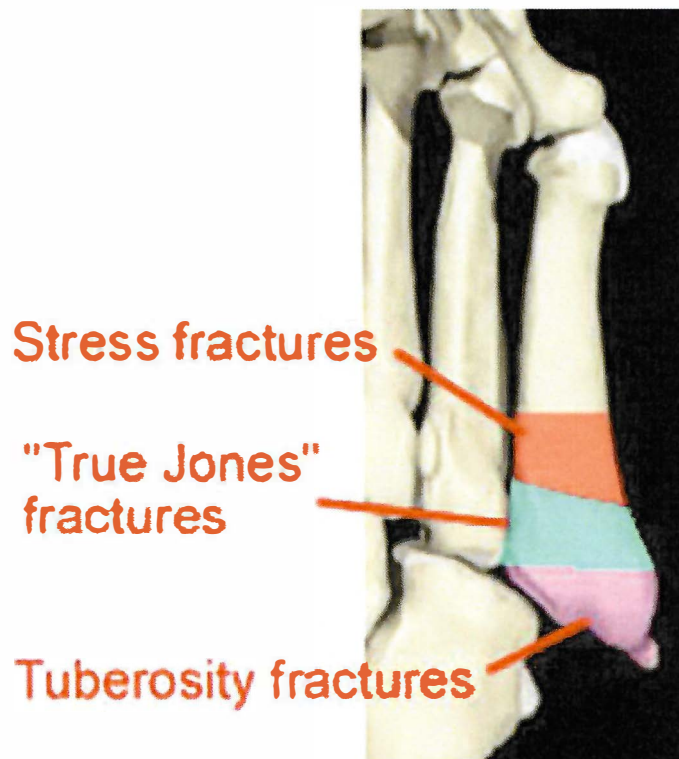
Hitta i dokumentet

[Introduktion](#)
[Avulsionsfraktur](#)
[Jonesfraktur](#)
[Stressfraktur](#)
[Undersökning](#)

[Konservativ behandling](#)
[Kirurgisk behandling](#)
[Uppdaterat från föregående version](#)

Introduktion

Frakturer i proximala änden av femte metatarsalbenet kallas ofta för "Jonesfraktur". Detta efter Robert Jones som själv ådrog sig frakturen när han dansade och beskrev den i en publikation [Annals of Surgery 1902]. Numera definierar man Jonesfraktur som en speciell subtyp av proximal metatarsale 5-fraktur. Den moderna indelningen av dessa frakturer härstammar från Lawrence & Botte [FAI 1993] som delade in dem i 3 subtyper: avulsionsfraktur (tuberosity fractures), "true-Jones"-fraktur och stressfrakturer.



Avulsionsfrakturer och "true Jones"-frakturer (hädanefter benämnda Jonesfrakturer) brukar orsakas av ett inversionstrauma mot foten. Ungefär som vid stukning av fotledens laterala ligament. Stressfrakturer uppstår vanligen spontant i samband med belastning och kan upplevas som att något "knäppte till".

Frakturtypen avgör läkningsbetingelserna.

Avulsionsfraktur

Den vanliga avulsionsfrakturen läker vanligtvis bra utan komplikationer. Vid diastas på >5 mm är det emellertid bra att vara uppmärksam på eventuella läkningsproblem.

Jonesfraktur

Jonesfrakturerna tar längre tid på sig att läka på grund av blodförsörjningen i proximala metatarsale 5. Frakturen löper genom ett område där den proximala och distala blodcirkulationen möts och läkningen är därför nedsatt av biologiska skäl.

Stressfraktur

Dessa frakturer har cirkulatoriskt goda förutsättningar för läkning men mekaniskt ofördelaktiga. Den proximala delen av metatarsalbenet fram till diafysen är väl infäst med ledkapsel och ligament till intilliggande ben. Den distala delen har inte samma stabilitet utan rör sig när foten belastas. Det bildas alltså ett rörelseområde precis i frakturnivån. Därför behöver dessa frakturer behandlas med walkerortos.

Undersökning

Smärtlokaliseringen brukar vara lätt för patienten att markera ut. Röntgen avgör diagnosen.

Konservativ behandling

Avulsionsskador kan behandlas med elastisk linda och skor med hård sula men det kan vara mycket praktiskt för patienten att erhålla en walkerortos. Det kan göra att patienten kan återgå tidigare i arbete.

Jonesfrakturer och **stressfrakturer** behandlas med walkerortos 6-8 veckor. Endast belastning under smärtgränsen. Någon uppföljning behövs normalt inte. Patienten får höra av sig om symptomen inte gått i regress efter 8 veckor i walkerortos. Det vanligaste är då att förlänga immobiliseringen ytterligare upp till någon månad och då brukar läkning inträda.

Vad är en walkerortos?

En stabil stövel av plast och/eller metall som går att dra åt fast över underbenet och fot. Poängen med ortosen är att den avlastar framfoten vid gång genom att kraften istället läggs mot plösen på framsidan av underbenet. För att det skall fungera behöver ortosen dras åt fast runt underbenet. Lite som en slalompjäxa.

Kirurgisk behandling

Primär operation är onödigt eftersom nästan alla frakturer läker konservativt. Vid stora felställningar eller andra avvikelser kan det dock finnas utrymme för diskussion kring primäroperation. Annars är det bara ett fåtal fall som ej läkt konservativt som blir föremål för operation.

Tips vid kirurgi

Intramedullär skruvfixation är den vanligaste operationsmetoden. Det kan vara bra att använda gängtappen eftersom insidan av MT5 är ganska glatt. Istället för intramedullär skruv kan man lika väl sätta en dragskruv mot bortre cortex. Zuggurtung är en metod som lämpar sig för avulsioner där det är svårt att få plats med en skruv. Postoperativt gips eller

walkerortos fram till konstaterad läkning. Belastning till smärtgräns. Återbesök med röntgen rimligt efter cirka 8-10 veckor.

Uppdaterat från föregående version

Ny vårdriktlinje