

Fotledsfraktur

Hitta i dokumentet

[Definitioner](#)

[Utredning och bedömning](#)

[Behandling](#)

[Omvårdnad](#)

[Rehabilitering](#)

[Uppföljning/avslut](#)

[Utvärdering](#)

[Uppdaterat från föregående version](#)

Definitioner

Smärta, ömhet, svullnad och eventuell felställning i fotleden efter direkt eller indirekt trauma mot densamma. Vissa patienter kan belasta trots fraktur.
För klassifikation var god se slutet av dokumentet.

Utredning och bedömning

Klinisk undersökning av hela underbenet. Verifiera eller uteslut status ventralt, medialt, posterioert och lateralt i fotleden. Notera distalstatus i foten. Röntgen.

Röntgen fotled och eventuellt underben. Frakturluxationer skall grovreponeras innan röntgen. Högläge och elastisk binda. Bakre gipsskena eller pappskena vid reponerad fraktur anläggs vid ankomsten till akutmottagningen, med fördel plastgips för att underlätta tolkning av röntgenbilderna. Frakturen klassificeras enligt Lauge-Hansen (var god se sist på sidan och se även Vårdriktlinje: Klassifikationssystem frakturer). En enklare men också mer oprecis klassifikation enligt Danis-Weber kan vid behov användas. Var god se tabell i slutet av detta dokument. Föreligger operationskrävande fraktur förbereds patienten på adekvat sätt för operation (blodprover, EKG, narkoskonsult). Sidomarkering görs av behandlande läkare på akutmottagningen.

Behandling

Icke-operativ behandling: SI I, SE I samt SE II med dislokation ≤ 2 mm i fibulafrakturen, PA I samt PE I. Detta är likvärdigt med Danis-Weber A samt B med < 2 mm dislokation. Får gipsstövel eller elastisk binda på akutmottagningen. Även Air-Cast och ortos kan användas. SI II utan dislokation får gipsstövel. Full belastning tillåten. Kryckkäppar. Analgetika (Alvedon® 665 2 x 3 och Oxycontin® 5 mg x 2) under 7 – 14 dagar. Avgipsning efter 6 veckor. Ofta veckokontroll med röntgen om gipsbehandlad fraktur där det rör sig om gränsfall vad beträffar dislokation.

Operativ behandling: SI II med dislokation, SE II med dislokation >2 mm i fibulafrakturen, SE III – VI, PA II – III samt PE II – IV = Danis-Weber B > 2 mm dislokation samt C. (Ge särskilt akt på stötfakturer i distala tibia så kallade Pilonfrakturer, svullnar snabbt och kraftigt.) Opereras akut (ej nattetid) i full narkos eller spinalanestesi. Blodtomt fält på önskemål av operatören. Peroperativt antibiotikaproylax med infusion Ekvacillin® 2 g x 1, 15 - 45 minuter innan knivstart. Vid nedsatt njurfunktion dosreduktion enligt FASS. PC-allergiker erhåller infusion Dalacin® 600 mg x 3 intravenöst enligt samma schema.

Operatören avgör operationsmetod, dock vanligen enligt AO. Om pilonfraktur föreligger är temporär överbroande externfixation ett alternativ. Definitiv osteosyntes sker då efter ett par dagar då huden är återställd. Vanligen inom 7-10 dagar och kartläggning av pilonfraktur med CT.

Om huden är ansträngd men utan blåsbildning ska operation företas snarast möjligt. Om huden är ansträngd med blåsbildning (blåsor kan med fördel aspireras sterilt och täckas med sterilt förband) läggs patienten in med foten i högläge, och operation företages efter 5 – 8 dagar.

Patienter med uttalad osteoporos i fotleden behandlas enligt särskilda rutiner, vilka får avgöras i varje enskilt fall. Skulle operation med normala metoder inte bli aktuell kan efter reposition, transfixation med Kirschnerstift genom kalkaneus, talus och tibia göras, kan ibland behövas vid gravt instabil luxationsfraktur i avvaktan på avsvällning.

Omvårdnad

Peroperativt

- Ankomstsamtal och information till patienten. Fasta från klockan 24.00.
- Blodprover enligt Vårdriktlinjer: Blodprover och blodbeställning preoperativt.
- Preoperativ lungröntgen och EKG enligt Vårdriktlinjer: Operationsförberedelser.
- Sängen: Se Vårdriktlinjer: Operationsförberedelser. Kilkudde.
- Antibiotikaproylax enligt "BEHANDLING" högre upp på sidan.
- Innohep till äldre svårmobiliserade patienter.

Postoperativt

- Åter till avdelningen efter några timmars övervakning.
- Högläge av det opererade benet med kilkudde.
- Analgetika: Alvedon® 500 mg 2 x 4 och Oxycotin® 5 mg 1-2 x 2.
- Mobilisering: Enligt operationsberättelse.
- Sutur- eller clipstagnation enligt föregående sida.
- Återbesök till operatören enligt "UPPFÖLJNING" längre ner på sidan.
- Hemgång vanligen 1 dag postoperativt då patienten klarar kryckkäppar och välfungerande cirkulärgips är anlagd.
- Patienten ska erhålla gipsföreskrifter.

Rehabilitering

Vid icke-operativ behandling tillåts normalt full belastning, såvida inte annat anges i varje specifikt fall. Vid operativ behandling ska anges i operationsberättelse vilken belastning som tillåts samt gipstidens längd. Efter avgipsning frikostigt med sjukgymnastremiss, undantagsvis träning på egen hand.

Uppföljning/avslut

Om konservativ behandling, återbesök efter 1 vecka med röntgen.
Sedan återbesök 6 veckor med avgipsning, röntgen vid sexveckorskontrollen om "gränsfallsfraktur".
Observera att diabetiker skall ha längre gipstid 8 - 10 veckor samt alltid röntgas.
Normalt inga ytterligare återbesök efter detta.

Operativ behandling: Vanligen läggs bakre gipsskena vid operationen. Denna bytes 1 – 3 dygn postoperativt till cirkulärgips. Bedöms denna gips kunna bli välsittande resten av gipstiden, återbesök enligt operationsberättelse (6 veckor) för suturtagning och avgipsning. Är fotleden

vid bytet från skena till cirkulärgips svullen ges återbesök 2 veckor postoperativt för gipsbyte och suturtagning, samt nytt återbesök vid gipstidens utgång.

Därefter normalt inga ytterligare återbesök, utom vid mer allvarliga frakturer (luxationsfrakturer eller vid skada på ledbrosk).

Sjukskrivning beroende på yrke; normalt 1 – 10 veckor.

Utvärdering

Komplikationer Nedsatt rörlighet i fotleden. Instabilitetsbesvär. Artros i talokruralleden. Infektion. Pseudartros. Trombos.

Klassifikation enligt Lauge-Hansen Skadan kan vara ligamentär eller osseös. Ett högre nummer innefattar samtliga skador i de lägre stadierna.

SI I **Supination - Inversion**
Ruptur av ligamentum fibulo-talare anterior (+ eventuell ligamentum fibulo-calcaneare) eller horisontell fibulafraktur nedom syndesmosen.

SI II SI I + sned eller vertikal fraktur av mediala malleolen.

SE I **Supination - Eversion**
Ruptur av ligamentum tibio-fibulare anterior (främre syndesmosligamentet).

SE II SE I + sned fraktur i distala fibula, börjandes i ledspringehöjd och förlöpandes uppåt - bakåt.

SE III SE II + ruptur av ligamentum tibio-fibulare posterior, vanligen med ett fragment från processus posterior tibiae.

SE IV SE III + horisontell fraktur av mediala malleolen eller ruptur av ligamentum deltoideum.

SE V SE IV + spiralfraktur mitt på tibia.

SE VI SE V + hög spiralfraktur på fibula.

PA I **Pronation-Abduktion**
Horisontell fraktur av mediala malleolen eller ruptur av ligamentum deltoideum.

PA II PA I + ruptur av ligamentum tibio-fibulare anterior och posterior.

PA III PA II + tvär eller kort sned böjfraktur i fibulas supramalleolära del.

PE I **Pronation - Eversion**
Horisontell fraktur av mediala malleolen eller ruptur av ligamentum deltoideum.

PE II PE I + ruptur av ligamentum tibio-fibulare anterior och nedre delen av ligamentum tibio-fibulare interosseum.

- PE III** PE II + spiralfraktur på fibula på varierande höjd från 6 cm ovan malleolspetsen till caput fibulae.
- PE IV** PE III + ruptur av ligamentum tibio-fibulare posterior. Gaffelsprängning.

**Klassifikation
enligt Danis-Weber**

- Typ A** Fraktur nedom syndesmoshöjd ej förenad med syndesmossymtom.
- Typ B** Fraktur i syndesmoshöjd - i cirka 50 % föreligger syndesmossymtom.
- Typ C** Fraktur ovan syndesmoshöjd – i stort sett alltid syndesmossymtom.

Uppdaterat från föregående version

Ersätter 2015-12-23