

SCAPHOIDEUMFRAKTUR

Allmänt

Scaphoideumfrakturen uppkommer i allmänhet genom fall mot dorsalextenderad + radialdevierad hand vilket medför att os scaphoideum fraktureras mot dorsala radius. Skilj mellan lågenergiskadan som typiskt ger en isolerad scaphoideumfraktur och högenergiskadan där scaphoideumfrakturen kan vara en del av en mer omfattande frakturluxation i handleden.

Anatomi

Scaphoideum fungerar som en brygga mellan proximala och distala carpalbensraderna, vilket ger ett krav på stor rörlighet, men också att den är svår att fixera och mer utsatt för skada. 80 % av ytan är broskklädd och denna leddominans för benet ger lite kvarvarande utrymme för kärlförsörjning. Kärlanatomien medför att proximal skada oftare leder till icke läkning och osteonekros.

Klassifikation

Klassifikationer och behandling bygger på om frakturen är belägen proximalt, i midjan eller distalt; om frakturen är dislocerad eller ej; om frakturen är associerad med carpal luxation. Till det tillkommer gruppen patienter med äldre, icke läkta frakturer som hittas accidentellt. Odislocerade midjefrakturer och distala tuberkelfrakturer betecknas som stabila; dislocerade midjefrakturer, proximala frakturer och kombinationen med ledbandsskador i mellanhanden som instabila med ökade krav på kirurgisk fixation och ökad risk för läkningsstörning.

Utredning

Status

Oftast nedsatt rörlighet, fr.a. vid dorsalextension, nedsatt greppkraft och radiell handledssmärta. Ofta ses en antydd svullnad över fossa Tabatière. Lokal smärta kan ofta provoceras vid palpation dorsalt av fossa Tabatière, volart över tuberculum scaphoidei, ibland vid longitudinell kompression av tummen/MC1. Alla patienter med radiologiskt klar fraktur har dock inte tydlig palpationssmärta.

Radiologi

Akut är slätröntgen standard med åtminstone 3 projektioner; anteroposterior, lateral och snett diagonal.

Datortomografi är indicerad vid konstaterad dislokation, vilket ger ett stöd inför bedömning av operationsindikation.

Magnetkamera är standardundersökning vid misstänkt scaphoideumfraktur och negativ primärröntgen. MR har fördelen att kunna detektera även andra skador i handen.

Handläggare: Peter Landell
Fastställare: Gunnar Sandersjö
Organisation: Tema ARM, ME Trauma Akutkirurgi och Ortopedi

Dokumentnr:
Version:
Giltig fr o m: 2021-11-09
Utskriftsdatum: 2022-02-10

Behandling – akut

Vid radiologiskt konstaterad odislocerad midjefraktur anläggs scaphoideumgips där tummens MCP-led lämnas fri.

Vid dislocerad fraktur beställs akut CT för kartläggning. Ortopedjour beslutar efter CT om val av behandlingsmetod.

Vid negativ röntgen men misstanke om ockult fraktur beställs MR. MR undersökningen akutmärks och som prio anges en vecka. Patienten gipsas med dorsal handledsskena ”radiusgips”.

Återbesök sker efter utförd MR. Patienten ringer och bokar tid på ortopedmottagningen så snart denne fått kallelsen till röntgen. Alternativt bokas återbesök efter 2 veckor på ortopedmottagningen. Det sker då utvärdering av MR, klinisk kontroll omgipsning och planering för vidare behandling.

Distala odislocerade s.k. tuberkelfrakturer erhåller dorsal handledsgipsskena ”radiusgips” eller handledsortos.

Tuberkelfrakturer avgipsas hos arbetsterapeut efter c:a 4 veckor.

Återbesök på ortopedmottagning behövs ej för dessa patienter.

Frakturer i scaphoideums proximala pol är ovanliga och har hög risk för läkningsstörning. Patienter med proximal scaphoideumfraktur utreds med CT och behandlingsbeslut tas av ortopedjour.

Gipsas med scaphoideumgips där MCP leden lämnas fri.

Poängtera vikten av rökstopp för att minska risken för läkningsstörning.

Behandling – definitivt

För patienter med från akuten konstaterade odislocerade midjefrakturer bokas återbesök till läkare för klinisk och radiologisk kontroll med CT efter sex veckor. Patienten bör även få ett återbesök till gipstekniker 1-2 veckor efter skada.

Om icke-läkt fraktur vid sex veckor gipsas patienten om och bokas för nytt läkarbesök med CT-kontroll efter ytterligare 4-6 veckor. Gipstiden kan förlängas upp till 16 veckor.

Kliniskt och radiologiskt läkt fraktur (>50% vid CT-undersökning) remitteras till arbetsterapeut för vidare träning. Full belastning tillåts efter 3 månader.

Dislocerad fraktur (felställning >1,5 mm eller volarvinkel > 35 grader) behandlas företrädesvis kirurgiskt då skadan ofta är associerad med rubbad balans i carpus. Tekniken utgörs av kompressionsskruv eller möjligen stiftfixation, följt av gipsbehandling eller orthos tills läkning.

Vidare vård

Vid kvarvarande besvär trots radiologiskt läkt fraktur kan associerade ligamentskador förekomma och patienten remitteras lämpligen till handkirurgisk klinik.

Vid pseudartros utgörs den kirurgiska behandlingen av åtgärder för läkning av pseudartrosen, stabilisering av carpus och korrektion av carpal kollaps.



Handläggare: Peter Landell
 Fastställare: Gunnar Sandersjö
 Organisation: Tema ARM, ME Trauma Akutkirurgi och Ortopedi

Dokumentnr:
 Version:
 Giltig fr o m: 2021-11-09
 Utskriftsdatum: 2022-02-10



Versionshistorik

Varje dokument bör innehålla en historik som för varje version talar om vad som ändrats, vem som gjort ändringen och när ändringen gjordes.

Version	Datum	Förändring och kommentar	Ansvarig
1	20211109		Gunnar Sandersjö

Handläggare: Peter Landell
Fastställare: Gunnar Sandersjö
Organisation: Tema ARM, ME Trauma Akutkirurgi och Ortopedi

Dokumentnr:
Version:
Giltig fr o m: 2021-11-09
Utskriftsdatum: 2022-02-10