

Dokumenttitel: Barn - Caput femur epifyseolys (SCFE)	Diarienummer: LS-OREK16-0185-1
Ämnesområde: Kärnprocess	Giltig från: 2017-04-01
Nivå: Verksamhetspecifika	
Författare: Michail Vergos	
Dokumentansvarig: Ortopedkliniken Mälarsjukhuset-Kullbergiska sjukhuset	
Beslutad av: Peter Landell, verksamhetschef	

DEFINITION: Vid caput femoris epifysiolys sker en glidning i fysen mellan caput och collum femoris. Caput behåller sin position i acetabulum, medan collum glider framåt-uppåt-utåt. Benet hamnar alltså i extension, adduktion och utåtrotation. Behandlingsstrategin är i huvudsak *tidigt diagnostik och fixation in situ*, för att hindra livslång invaliditet till följd av antingen deformitet eller avasculär nekros av caput femoris. Caput får så länge fysen är öppen all blodförsörjning via blodkärl som ligger intraartikulärt och passerar längs collum utanför fysen innan de penetrerar in i epifysen. Det är då lättförståeligt att en akut glidning medför en hög risk för nekros, medan kärnen vid kronisk långsam glidning hinner adaptera sig. Om det vid en kronisk (stabil) glidning hunnit bildas en kallusmassa på collums posterioinferiora yta, kan också en akut reposition medföra att de i kapseln förlöpande artärerna sträcks över kallusklumpen, detta medför likaledes en mycket hög risk för caputnekros, och skall därför undvikas till varje pris.

DIAGNOS

KLINISK UNDERSÖKNING

Vanliga symptom är smärta eller värk i låret ned mot knäleden, tilltagande hälta. Symptomen kan vara variabla och smygande, ibland med akut debut. Det finns därför ofta flera månaders ”patients delay” och ”doctors delay” före diagnos. Det senare bör dock sällan förekomma, och *minsta påverkan på höftstatus bör i kombination med ovanstående symptom föranleda akut röntgen* och handläggning.

RÖNTGEN

AP bild av höftleden och Lauenstein projektion. Bäckens bild ska också tas.

BEHANDLING

Stabil caput femoris epifysiolys

Chronic SCFE (90% av alla SCFE).

Tilltagande smärta i höft eller knä mer än 3 veckor, patienten **kan** belasta på benet.

Opereras inom 24 timmar med **LIH fixation in situ**. Skruvspetsens läge i caput på frontal och sidobild måste vara centalt (**mellersta 1/3 av caput**).

Detta innebär att startpunkten för skruven i allmänhet måste placeras anterolateralt i collum femoris.

Korrekt skruvplacering anses minska risken för haveri av fixationen och risken för caput nekros eller chondrolyt.

Patienten skall läggas upp på kolfiberbord och i extensionläge med kontralaterala benet i gynstöd (flex, abduktion så att adekvat genomlysningskontroll med G-båge kan säkerställas. Avsteg från detta lockar till att man med C-bågen försöker få en adekvat sidoprojektion av collum genom flexion och inåtrotation, varvid det finns risk för okontrollerad reposition av kronisk lys (därmed också risken caputnekros). Om uppläggning som vid collumfraktur: inte mer än ett par kilos traktion och 30 graders inåtrotation av foten.

Instabil caput femoris epifysiolyt

a. Acute SCFE

Plötslig invalidiserande smärta och **oförmåga att belasta på benet**. Inga tidigare besvär ifrån höften. Oftast mindre trauma vid debuten. Operation omedelbart så snart tekniskt optimal situation kan uppnås (erfaren operatör, extensionbord, G-båge osv), **men utan annat dröjsmål, t ex vänta på fasta**. Artrotomi eller artrocentes med grov nål för att tömma hemartrosen och osteosyntes med LIH spik efter **försiktig** reposition av caput femoris.

b. Acute on chronic SCFE

Mer än 3 veckors anamnes med tilltagande smärta och plötslig accentuering av smärtan med eller utan trauma senaste dagarna. Patienten **kan ej belasta på benet**. På de flesta fallen har läkning /remodelering av skelettet redan skett (camlignade osteofyt med femuroacetabulär impingement anterolateralt och postermedial kallus).

Op så snart optimal situation kan uppnås (erfaren operatör, extensionbord, G-båge osv). Artrotomi eller artrocentes med grov nål för att tömma hemartrosen och osteosyntes med LIH spik eventuellt efter **försiktig** reposition (i så fall endast det akuta inslaget) av caput femoris.

Post op: Vanliga lätta analgetika få dagar. Stegmarkering 6 v för instabila, postoperativ mobilisering som symtomen tillåter för kroniska. Kryckor efter behov tills smärtfri. Rtg: 6v, 3 mån, 6 mån, 12 mån och sedan varje år till fysen är sluten. Info om att höra av sig vid förnyade symtom, från den andra höften och i så fall snabbt återbesök.

Den kontrolaterala höften

Hos patienter med SCFE har det stora flertalet av patienterna vid primär diagnos bara glidning i en höftled (vanligare vä-sidig). Hos ca 20-50% av patienterna tillstöter senare glidning av caput femoris i den andra höftleden. Man kan spika profylaktiskt eller följa upp patienten med röntgen var 6:e månad. Profylaktisk skruvning kan övervägas hos unga patienter eller patienter med endokrin åkomma, övervikt, adiposigenitalt syndrom.

Borttagning av implantat när fysen är sluten om dessa orsakar några besvär.

Uppföljning och utvärdering

Ny uppföljning/revision efter 2 år.