
Kotfrakturer - läkarprogram (ortopedkliniken)

MEDICINSK INDIKATION

Vägledning vid handläggning av patienter med kotfraktur efter högenergitrauma. Alla konsultationer om detta ska gå via läkare i ryggsektionen eller bakjour. Den medicinska instruktionen omfattar inte osteoporosfrakturer eller kotfraktur efter lågenergitrauma.

Patientgruppen kommer till ortopedkliniken via akutmottagningen.

Epidemiologiskt ses cirka 7,5/10⁶ patienter per år i landet med kotskada efter högenergitrauma, det rör sig om cirka 5-15 fall i Västmanland per år som behöver opereras.

TILLVÄGAGÅNGSSÄTT

Behandling akut

- Kontakta läkare i ryggsektionen eller bakjour
- Smärtlindring (opioider)
- Immobilisering (log-roll) om misstanke på instabilitet
- KAD
- Trombosprofylax
- Skada med neurologi ges inf metylprednisolon 30 mg/kg som bolus (dock högst 2 g), herefter 5,4 mg/kg/t i 23 t
- Upprepade kontroller av neurologi!

Behandling allmänt

Påverkas av många faktorer såsom:

- Frakturklassificering
- Kronologisk/biologisk ålder
- Kotpelarens integritet
- Neurologi
- Smärta
- Patients/anhörigas önskemål

Indikation för kirurgi

Instabilitet i kotpelaren är vägledande. Flera system för klassifikation av skadorna finns. I Västmanland används AO-Klassifikationen som har nio grundgrupper:

A_{1,2,3} = kompressionskada

B_{1,2,3} = distraktionsskada

C_{1,2,3} = rotationsskada

Vissa av dessa är definitionsmässigt instabila, andra är öppna för subjektiv bedömning och diskussion. Poängbedömning enligt TLICS (Thoracolumbar Injury

Kotfrakturer - läkarprogram (ortopedkliniken)

Classification and Severity Score) är ofta behjälplig. Generellt kan sägas att neurologiskt bortfall och opioidkrävande intraktabel smärta är indikation för kirurgi.

Som en allmän regel brukar kompressionsskador med mer än 50 procents kompression av kotans framkant betraktas som instabila liksom mer än 20 graders kyfoser vid distraktionsskador och mer än 70 procents kanalförträngning. Observera att graden av kanalförträngning i övriga fall inte är relevant för eventuell operationsindikation.

Kontraindikation för kirurgi

Skelettkvalitet som inte tillåter fixation.

Preoperativ utredning

- CT-trauma, slätröntgen
- MR i vissa fall
- Blodstatus, elstatus, INR och EKG

Preoperativ förberedelse

Blodbeställning 2 enheter.

Kirurgisk behandling

Dekompression och stabilisering bakifrån, med skruvar och stag, eventuellt cement. Operationstid 2-3 timmar. Blödning cirka 700 ml.

Stabilisering bakifrån enbart. Operationstid 1,5-3 timmar. Blödning 200-700 ml.

Vid svår smärta bör operation ske inom en vecka och vid neurologiskt bortfall inom ett dygn.

Postoperativ vård

Sedvanlig postoperativ övervakning. Kontroll av neurologi. Postop/IVA i vissa fall med stor blödning eller nedsatt allmäntillstånd. Patienten återgår härefter till ortopedisk avdelning.

- Trombosprofylax
- Decubitusprofylax
- Sjukgymnastik - inte minst andningsgymnastik
- Tidig mobilisering
- Undvik NSAID/ASA i 6 månader
- Återbesök med röntgen 3 månader postoperativt

Icke kirurgisk behandling

- Trepunktskorsett eller s k Body Jacket i 3 månader
- Röntgenkontroll 6 veckor och 3 månader efter traumat
- Opiater, paracetamol. Undvik NSAID/ASA i 6 månader efter traumat

Kotfrakturer - läkarprogram (ortopedkliniken)

Komplikationer till kirurgi

- Infektion
- Trombos
- Blödning
- Nervskada

Komplikationsfrekvensen är jämförbar med den vid degenerativ ryggkirurgi.
Reoperationer är mycket ovanligt.