
Skafoideumfraktur - läkarprogram, ortopedkliniken

MEDICINSK INDIKATION

Bakgrund

Fraktur av skafoideum (båtbenet) uppkommer vanligen genom hyperextensionsvåld. Symptomen är vanligen lindriga eller obefintliga och sen diagnos vanlig. Bland annat beroende på skafoideums dåliga cirkulation, som sannolikt ofta blir temporärt förstört vid en fraktur, samt det faktum att diagnosen ofta ställs sent är läkningskomplikationer vanliga.

TILLVÄGAGÅNGSSÄTT

Diagnos

Vanligaste symptom är ömhet samt eventuellt svullnad i fossa tabatière. Diagnosen kan ibland ställas kliniskt, verifieras med röntgen. Diagnosen ställs med vanlig röntgen. Om vanlig röntgen är negativ men patienten har tydliga symptom gör MRT. Om MRT inte kan göras akut behandla med rädusskena till MRT görs.

Viktigt avgöra om hög- eller lågenergiskada och att utesluta karpalsfraktur och/eller luxation. Notera associerade skador, till exempel hudpenetration (infektionsrisk), nervpåverkan (karpaltunnelsyndrom) eller instabilitet (ligamentskada).

Differentialdiagnos

Radiusfraktur påvisas med vanlig röntgen.

Fraktur/luxation av andra karpalben framför allt vid högenergitrauma. DT kan då vara av värde.

Ligamentskada i handleden ska misstänkas vid smärta, svullnad utan påvisbar fraktur. Avlasta med gipsskena 2–3 veckor, vid kvarstående besvär överväg artroskopi eller MRT. MRT kan vara falskt negativ vid ledbandsskada.

Behandling

Frakturer i distala 1/3 (ger "aldrig" pseudoartros)

Ge patienten en gipsskena och skriv remiss till gipstekniker som kallar patienten för en välmodellerad skafoideumgips. Beställ röntgen utan gips efter 4–6 veckor och återbesök efter detta.

Vid återbesöket:

Kallus och patienten oöm = Avgipsning. Ingen ytterligare kontroll.

Kallus och ömhet (ovanligt) = Ge patienten ett nytt gips i 3–4 veckor, därefter återbesök med datortomografi och klinisk kontroll

Skafoideumfraktur - läkarprogram, ortopedkliniken

Midjefrakturet (mellersta 1/3)

Frakturet disloceerat eller diastas (> 1 mm) Erbjud patienten operation. Vill patienten opereras ge en gipsskena och kontakta handsektionen

Minimalt eller odisloceerat Ge patienten en välmodellerad skafoideumgips (hos gipstekniker). Beställ datortomografi i gips efter 6 veckor och återbesök till läkare dagen efter DT.

Vid återbesöket:

Kallus och öm = Avgipsning. Ingen ytterligare kontroll.

Kallus och ömhet = Ge patienten ett nytt gips i 4 veckor, därefter datortomografi i gips och återbesök till läkare dagen efter DT. Är frakturen inte läkt efter denna tid, överväg operation.

Ingen kallus eller tecken till pseudoartrosutveckling = Ge patienten ett nytt gips och kontakta handsektionen.

Frakturet proximala 1/3 (ger ofta läkningsproblem)

Ge patienten en välmodellerad skafoideumgips. Kontakta handsektionen.

Operativ behandling:

Görs poliklinisk i narkos eller plexus. Frakturen skruvas ihop med en special skruv.

Gipsbyte vanligen efter cirka 2–3 veckor i samband med suturtagning.

Ytterligare kontroll sker efter 6–8 veckor med DT för att bedöma läkningen.

Generellt alla patienter

Skriv remiss direkt i Cosmic till ortopedklinikens rehabenhet oavsett var i länet patienten bor.

Alla patienter ska remitteras för ödemprofylax och rörelseträning under fixationstiden. Informera om ofta långdraget läkningsförlopp. Skriv recept på analgetika. Sjukskrivning utfärdas vid första kontakt. Kom ihåg att funktionen är nedsatt även efter avgipsning, vid manuellt arbete ofta befogat med 2–3 månaders sjukskrivning.

Komplikationer, kvarstående besvär

Trots adekvat behandling har många patienter kvarstående besvär efter en skafoideumfraktur. Nedsatt rörlighet är vanligt.

Med gott primärt omhändertagande, smärtlindring, tidigt insatt rörelseträning och svullnadsprofylax minskar risken för skulder-hand-fingersyndrom (sympatisk reflexdystrofi/CRPS I). Om patienten ändå visar tecken till detta krävs stora insatser från hela behandlingsteamet och ibland inläggning på vårdavdelning.

Skafoideumfraktur - läkarprogram, ortopedkliniken

Medianuspåverkan. Nedsatt känsel som debuterar direkt i skadeögonblicket kan bero på en kontusion av nerven. I dessa fall är prognosen oftast god utan kirurgi. Vanligare är att domningar uppstår eller tilltar under behandlingsförloppet beroende på svullnad i karpaltunneln. Lättare fall behandlas konservativt, i mer uttalade fall utförs karpalligamentklyvning.

Instabilitet i radiokarpaleden kan uppstå vid ligamentskada. Klinisk misstanke kan verifieras vid handledsartroskopi, och i vissa fall MRT och kräver inte sällan operativ åtgärd.

SENT DIAGNOSTISERADE FRAKTURER ELLER PSEUDOARTROS (MER ÄN 2-3 VECKOR EFTER TRAUMA)

Diagnos

Vanligaste symptom är ömhet samt eventuellt svullnad i fossa tabatière. Ibland känner patienten ett "klonk" vid vissa rörelser. Diagnosen verifieras med röntgen, som sedan bör kompletteras med DT för planering av behandlingen. Konsultera kollega med handkirurgisk kompetens.

Behandling

Operation behövs nästan alltid oftast med skruv och bentransplantation. Sedan gips och läkningskontroller med DT.