

Fotfraktur, barn

[Talusfraktur](#)

[Osteokondral talusfraktur](#)

[Kalkaneusfraktur](#)

[Metatarsalfraktur](#)

[Tarsometatarsalledsluxation](#)

[Falangfraktur](#)

[Amputationsskada på tå](#)

Talusfraktur

Såväl fraktur av kollum som troklea tali är ovanliga, men kan drabba även förskolebarn, fr.a. vid klämskador. Vid fraktur genom collum tali skadas kärlförsörjningen så att risken att antingen kaput eller del av troklea drabbas av en aseptisk nekros är påtaglig. Nekrosen kan ses på röntgen efter 6-12 månader och prognosen är då osäker.



Fraktur genom collum tali. Efter läkning har det uppkommit en nekros i troklea tali.

Diagnostik

Det exakta förloppet av en fraktur genom collum tali eller troklea kan vara svårt att bedöma på konventionella röntgenbilder. CT kan vara till hjälp.

Behandling

Vår erfarenhet av dessa frakturer är liten. I de flesta fall har vi nöjt oss med gipsbehandling, men gipstiden har varit förhållandevis lång. I ett fåtal fall av collum tali-fraktur har vi utfört öppen reposition och osteosyntes med skruv eller stift insatt från den icke ledytedeforsedda delen av kollum.

Osteokondral talusfraktur

I samband med fotledsdistorsioner kan osteokondrala skador uppkomma på troklea. Dessa skador är, i relation till det stora antalet distorsioner, ovanliga och förekommer sannolikt endast på barn i eller i närheten av puberteten. Skadan diagnostiseras nästan aldrig i samband med olycksfallet, utan senare då patienten inte blivit bra. De brukar då gärna benämnas osteokondriter. Sådana brukar vara belägna vid endera trokleakanten.



Osteokondral talusfraktur i samband med fotledsluxation.

Diagnostik

Färska osteokondrala frakturer diagnostiseras vid enstaka tillfällen vid vanlig röntgenundersökning då en millimetertjock fri kropp ses i fotleden. Varifrån på troklea den utgått brukar man inte kunna se. Vi har ingen erfarenhet av huruvida CT eller MR bättre uppdagar osteokondrala frakturer och deras lokalisation. Diagnosen kan däremot ställas vid artroskopi. Fotledsdistorsionerna är alldeles för många för att det skall vara realistiskt att göra vare sig CT, MRI eller artroskopi i jakt på osteokondrala skador.

När skadan småningom uppdagas ses den vid konventionell röntgenundersökning, varvid den s.k. osteokondriten har ett typiskt utseende med en liten subkondral upplarning med en sklerotisk randzon.

För patienter med kvarstående besvär efter en fotledsdistorsion, där vanlig röntgenundersökning är negativ, kan det vara indicerat att göra MR eller artroskopi för att försöka påvisa en osteokondral skada.

Behandling

Vi har ingen erfarenhet av att reponera och fixera en osteokondral talusfraktur. Vi vet heller inte om detta skulle vara meningsfullt med hänsyn till uppkomsten av framtida besvär.

Vare sig skadan uppdagas akut eller i sent skede brukar behandlingen vara att avlägsna fragmentet och jämna till ledytan om så behövs. Fragmentet behöver inte vara helt fritt utan kan sitta fast, som med gångjärn, i ena kanten. Fragmentet kan oftast avlägsnas artroskopiskt i andra fall krävs en formell operation.

Kalkaneusfraktur

Uppkommer hos barn nästan alltid efter fall från stor höjd, garagetak, träd, 2:a våningen etc.

I de flesta fall rör det sig om smärre kompressioner i korpus eller tuber utan engagemang av subtalära leder eller ändringar i Böhlervinkeln. Dessa kan på sedvanligt sätt behandlas med avlastning, med eller utan gips.

Vi rekommenderar liberalt bruk av kompletterande CT vid kalkaneusfrakturer. Det har visat sig att mera komplicerade frakturer engagerande de subtalära lederna inte är helt ovanliga. Klassificeringen enligt Essex-Lopristi synes kunna fungera även för barn. Vi har utfört ett fåtal operationer. När, och i så fall för vilka typer av kalkaneusfrakturer och i vilka åldersgrupper, som öppen reposition och osteosyntes kan vara indicerat vet vi idag icke.

Metatarsalfraktur

Detta är en tämligen vanlig skada hos barn i alla åldrar. Hos små barn ses den gärna efter klämskador. De flesta metatarsalfrakturer är infraktioner eller inkompleta frakturer och belägna proximalt på metatarsalia.

Hos barn utgör basen av metatarsale 5 av en traktionsapofys. Avulsion av denna apofys är inte helt ovanlig.

Diagnostik

Skadan kan diagnostiseras med konventionell röntgenundersökning. För att avgöra om det föreligger en avulsion vid basen av metatarsale 5 kan man ha hjälp av det faktum att den normala apofysen förlöper ungefärligen i metatarsalbenets längsriktning medan avulsionsfrakturerna brukar förlöpa mera "på tvären".

Behandling

I de flesta fall konservativ med avlastning och eventuellt gips. Om det föreligger påtaglig vinkelfelställning kan den ofta minskas tillräckligt vid en sluten reposition. Bajonettfelställning, särskilt vid subkapitulär fraktur, bör ej lämnas utan åtgärd och då krävs ofta en öppen reposition och stiftosteosyntes.

Kraven på ett gott frakturläge är störst för metatarsale 1.

Avulsionsfrakturer vid basen av metatarsale 5 behandlas konservativt.

Tarso-metatarsalledsluxation

Tarso-metatarsalledsluxation förekommer i samband med stora våld mot fotleden, hos barn oftast i samband med att foten blivit överkört av ett bil- eller traktordäck. Det rör sig oftast om en kombination av luxationer i en eller flera tarso-metatarsalleder och frakturer basalt i ett eller flera metatarsalben.

Skadan kräver vanligen öppen reposition och fixation med flera AO-stift. Metatarsale 2 är längre proximalt än de andra metatarsalbenen och skall passa in i ett motsvarande "urtag" i tarsalbensraden. Nyckeln till framgång är att passa in metatarsale 2 i sitt "urtag" och fixera det där med ett stift.



Tarso-metatarsalledsluxation.

Falangfraktur

Frakturer på falangerna ses oftast efter klämskador. De är som regel beskedliga och kan behandlas med s.k. tvillingförband, den skadade tån tejpas till en av sina oskadade grannar med en kompress mellan tårna, så att inte hud ligger mot hud.

Basalt på grund- eller ändfalangen av stortån förekommer, på äldre barn, understundom fyseolyser Salter-Harris' typ 3 och de kan omfatta en stor del av epifysen med samtidig rejäl dislokation. Sådana fyseolyser kan behöva öppen reposition och stiftning.

Amputationsskada på tå

Samma grundregler gäller som vid amputationsskador på fingrarna även om man kan vara något liberalare med att komplettera en partiell amputation vid den akuta behandlingen. Stortån är dock viktig för fotens funktion och bör alltid försöka räddas.

Sidan uppdaterad
2020-07-03 10:34:13

Innehållsansvarig
[Johan Edfeldt](#)

Publicerad av
[Kristina Nilsson](#)

Avsedd för
[Ortopedi](#)
[Ortopediska kliniken avdelning 37 B Universitetssjukhuset Örebro](#)
[Akut- och traumaavdelning 37 Universitetssjukhuset Örebro](#)



Kommentarer

0