

Klavikel, barn

[Luxation i sternoklavikularleden](#)

[Medial fyseolys](#)

[Diafysfraktur](#)

[Lateral klavikelfraktur](#)

[Lateral fyseolys](#)

Luxation i sterno-klavikularleden

Akut traumatisk luxation i sterno-klavikularleden är sannolikt en ytterligt sällsynt företeelse. Jag kan inte påminna mig att något sådant fall förekommit på vår klinik. I stället uppkommer en medial fyseolys (se nedan). Habituell luxation i denna led är däremot inte helt ovanlig. Den kan ses eller kännas, och ibland även höras, då barnet aktivt lyfter armen ovan horisontalplanet, så att även klavikeln kommer med i rörelsen. Luxationen eller subluxationen är ofta bilateral. Hos enstaka flitigt idrottande ungdomar i idrotter, som utsätter axlarna för stora påkänningar (simning, handboll etc.) kan den habituella luxationen förorsaka besvär, eljest gör den det sällan. Om besvär föreligger kan man försöka stabilisera leden, t.ex. med hjälp av en rejäl remsa från fascia lata, som drages i en 8-figur genom borrhål i sternum och klavikeln. Operationen, som vi endast utfört några enstaka gånger, anges vara behäftad med en klar recidivrisk.

Medial fyseolys

Fysen vid mediala klavikeländan sluter sig sent (16-17 års ålder). Fyseolys av mediala klavikeländan är sällsynt. Det krävs ett rejält trauma för att åstadkomma skadan.

Diagnostik

Medial fyseolys är svår att korrekt bedöma med konventionell röntgen. Den ideala undersökningsmetoden är CT, gärna med tredimensionell rekonstruktion.

Acceptabla frakturlägen

Alla utom de där klavikelmetafysen trycker på trakea och förorsakar andningshinder.

Behandling

Om det är en fyseolys är läkningsbetingelserna utmärkta. Eftersom rörligheten i sterno-klavikularleden är liten är inte ett exakt läge av stor vikt för ett funktionellt gott slutresultat. Skadan bör därför, som regel, behandlas konservativt, d.v.s. med adekvat smärtlindring (exempelvis mitella) och armvila under 3-4 veckor.

Undantag från denna regel skulle vara de i litteraturen beskrivna fall där metafysdelen av klavikeln är dislocerad dorsalt och förorsakar andningshinder. (Något sådant fall har vi aldrig konfronterats med.) I ett dylikt fall krävs öppen reposition och förslagsvis stiftning från sternum och genom fragmenten ut till klavikeldiafysen.

Diafysfraktur

Den, näst efter skada på fingrar och distala radius, vanligaste frakturtypen hos barn. Förekommer i alla åldrar från nyfödd och upp genom hela barndomen.

Hos skolbarn är det som regel en komplett tvåfragmentfraktur och inte sällan med omlottställning av fragmenten. Komminuta frakturer är relativt ovanliga och ovanligare ju yngre barnet är.



Klavikelfraktur

Hos förskolebarn förekommer mindre ofta omlottställda frakturer och med sjunkande ålder blir inkompleta frakturer och infraktioner allt vanligare.



Green-stickfraktur av klavikeldiafysen

Klavikelfraktur är den vanligaste förlossningsfrakturen.



Läkt förlossningsfraktur på klavikeln. Stor kallusknöl.

Med undantag för förlossningsfrakturen är uppkomstmekanismen densamma som hos vuxna - fall mot axeln.

Diagnostik

Diagnosen klavikelfraktur kan som regel ställas vid en enkel klinisk undersökning. Vid inkompleta frakturer och infraktioner kan svullnaden vara liten, men palpationsömheten är alltid påfallande vid akuta frakturer. Hos små barn, som inte medverkar vid undersökning och inte kan lämna anamnes själva, kan ömheten som regel fastställas genom en jämförelse av palpationsfyndet mellan frisk och skadad sida allt medan undersökaren betraktar barnets ansiktsuttryck.

Vid inkompleta frakturer och infraktioner med ringa svullnad kan man vanligen palpatoriskt fastställa att klavikeln är i kontinuitet. Det är då inte nödvändigt att verifiera diagnosen med röntgenundersökning eftersom röntgenfyndet knappast påverkar behandlingen.

Vid omlottställda frakturer är röntgenundersökning indicerad (om än inte obligat). Risken för pneumothorax är liten, eftersom det oftast rör sig om lågenergiskador.

Vid förlossningsfraktur kan det föreligga en samtidig plexusskada, vilken måste uteslutas med klinisk undersökning. Barnet uppvisar vid en klavikelfraktur en smärtbetingad pseudopares. Vid kittling av handflata och fingrar finner man, vid enkel fraktur, att barnet kan röra alla fingrarna. Sudorimotorfunktionen är normal. Volarflekterad handled och pronerad arm ses ibland vid plexusskador, men aldrig vid enkel klavikelfraktur.

Acceptabla frakturlägen

Alla utom möjligen de, där perforationsshot mot huden föreligger, vilket är mycket ovanligt.

Behandling

Vid förlossningsfraktur behövs som regel ingen specifik behandling alls utöver att undvika att manipulera armen så att barnet får ont. Frakturen är stabil inom 10 dagar. Röntgenkontroll av läge och läkning behövs inte. Däremot bör man vid behov kontrollera att man inte missat en samtidig plexusskada. Förlossningsförloppet kan vara en god indikator på risken för plexusskada (t.ex. urakut nödsnitt, där man kan förmoda att barnet ryckts ut omilt).

Infraktioner och inkompleta frakturer kan behandlas med mitella c:a 2 veckor i smärtlindrande syfte. Kontroller är överflödiga. Tala om för föräldrarna att de inte skall lyfta barnet under armarna.

Kompleta frakturer, med eller utan omlottställning, kan behandlas med mitella eller 8-för band 3-4 veckor. Pseudartroser förekommer ytterligt sällan och väcker, särskilt hos små barn, måhända misstankar om underliggande sjukdom, t.ex. mb Recklinghausen, vid vilken åkomma kongenital klavikelpseudartos förekommer (jmf mb Recklinghausen och kongenital tibiapseudartos).

Klavikelfrakturer hos barn läker ofta med riklig kallusbildning. Särskilt hos magra barn ser man kallusknölen på utanskriften. Tala därför om för föräldrarna vad de har att vänta, så kommer de inte tillbaka och klagar på att barnet felbehandlats. Knölen försvinner under det närmaste året.

När ett barn söker för en nyupptäckt knöl över klavikeln och denna befinnes vara benhård, så är diagnosen missad fraktur och knappast malignitet.

Barn har ingen benägenhet att utveckla rörelseinskränkningar i axelleden till följd av mitellabehandling för klavikelfraktur. Föräldrarna kan kontrollera att rörligheten är normal två veckor efter att mitellan avlägsnats. Sjukgymnast behöver inte anlitas.

Skulle det föreligga påtaglig risk för hudperforation p.g.a. stor och kvarstående dislokation kan öppen reposition och osteosyntes övervägas. Man kan givetvis använda platta och skruvar, men sannolikt fungerar "enkla" metoder lika bra, såsom flera osteosuturer med grov resorberbar tråd, t.ex. PDS, eller intramedullär fixation, t.ex. med ett grovt AO-stift, som inslås med trubbiga ändan först.

Lateral klavikelfraktur

Förhållandevis ovanlig.

Behandlas så gott som alltid konservativt med mitella eller 8-förband. Om dislokationen skulle vara mycket stor kan man överväga stiftning från akromion.

Lateral fyseolys

Lateral fyseolys är betydligt vanligare än medial. Även denna fys sluter sig sent (16-17 år). Så länge den är öppen är fyseolys vanligare än motsvarande vuxenskada - akromio-klavikularledsluxation (AC-lux). Sådan förekommer knappast före 15 års ålder.



Lateral klavikelfyseolys med stor felställning. Öppet reponerat och perkutant stiftad.

Lateral fyseolys förekommer huvudsakligen hos barn i pubertet. Den är ofta av Salter-Harris' typ 1.

Även om den kliniska bilden och röntgenbilden kan vara svår att skilja från AC-lux är distinktionen viktig. Vid fyseolys finner man att den uppåt dislocerade meta-diafysen "brutit sig ur sitt periostfodral", vilket ligger kvar på sin rätta plats. Ligamentum deltoideum är därför intakt, vilket i sin tur är i enlighet med den grundregel, som

säger att hos barn är den mekaniskt svagaste punkten inte senor eller ligament, utan skelettet, enkannerligen tillväxtzonerna. Eftersom ligamentum deltoideum är intakt är prognosen vid lateral klavikelfyseolys god och betydligt bättre än vid AC-lux.

Diagnostik

Kliniskt kan en lateral fyseolys knappast skiljas från en AC-lux. Detsamma gäller oftast vid röntgenundersökning. Om fyseolysen är av Salter-Harris' typ 2 kan understundom det metafysära hörnet avslöja att det rör sig om en fyseolys. CT ger bättre information.

Acceptabla frakturlägen

Skall man tro litteraturen kan i stort sett alla lägen accepteras. Vi har dock varit mera aktiva och operativt behandlat de patienter där uppräckningen överstiger c:a 2 cm.

Behandling

Konservativt: Mitella eller 8-förband i 3-4 veckor.

Kirurgiskt: Vanligen öppen reposition och perkutan stiftning (AO-stift 1,8 eller 2,0 mm i diameter), varvid vi låter stiften sticka ut genom huden lateralt. Stiften avlägsnas efter c:a 4 veckor. Fyseolysen kan anses läkt efter 6 veckor.

Sidan uppdaterad
2020-07-03 10:30:49

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