

Lateral fotledsfraktur

Handläggning av typ C-frakturer

Ann-Cathrin Eriksson
Henrik af Forselles
Lena Green
Eva Max-Johansen
Christel Memeti
Thomas Nielsen
Martin Widenstedt

INLEDNING

Bakgrund

Fotledsfrakturer är en mycket vanlig skadetyp. Man pratar om distala och proximala fotledsfrakturer samt uni- bi- eller trimalleolära frakturer. Detta innebär att frakturen kan sitta i övre eller nedre delen av fotleden samt om den involverar en eller flera malleoler.

Frakturer som bara engagerar en malleol står för ca 70-75% av fotledsskadorna medan bimalleolära utgör ca 20-25% och trimalleolära ca 5%.

Den vanligaste skademekanismen är någon form av vridvåld, ibland kombinerat med andra krafter. Det är genom att titta på uppkomsten av frakturen och dess läge som man klassificerar frakturen. Man använder sig idag framför allt av två klassificeringssystem, klassifikation enligt Danis-Weber eller enligt Lauge-Hansen. Lauge-Hansen utgår från fotens position vid skadetillfället och kraftens riktning. Enligt Danis-Weber utgår man från frakturens placering på fibula och får då fram tre huvudgrupper;

- Typ A-skador, som sitter distalt om fotleden
Dessa har oftast orsakats av ett adduktionsvåld mot en fotled i supination. Sällan någon skada på syndesmosen och oftast bara en ligamentskada eller en okomplicerad fraktur på fibula.
- Typ B-skador, som sitter i fotledsnivå i höjd med syndesmosligamenten
Oftast beroende på utåtrotationsvåld mot en fotled i supination. Kan också bero på abduktionsvåld mot en fotled i pronation.
- Typ C-skador, som sitter proximalt om syndesmosen och fotleden
Beror på utåtrotationsvåld mot en fotled i pronation. Syndesmosen är alltid av vid den här typen av frakturer. Kan vara en isolerad fraktur på fibulaskaftet och vara stabil. Det kan även vara av mer komplicerad natur och involvera en medial distal tibiafraktur och bedöms då som komplicerad och är alltid instabil.

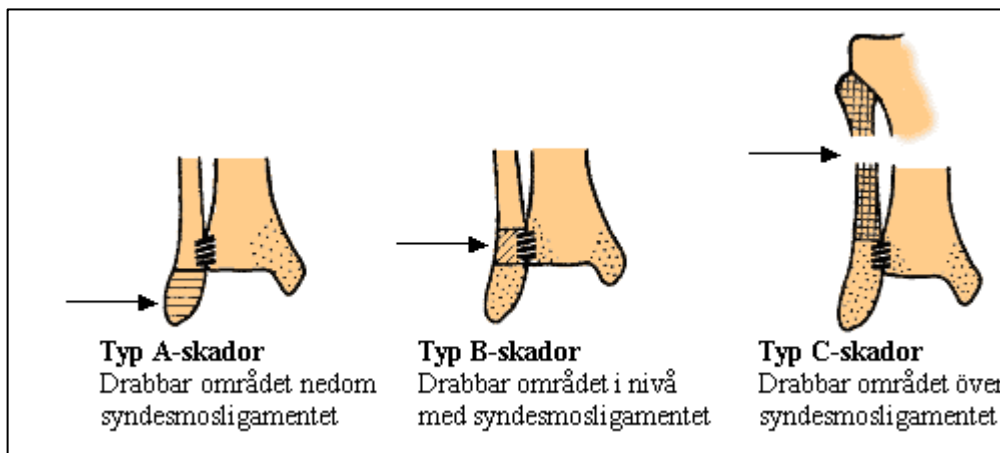


Bild från Internetmedicin.se

Dessa tre huvudgrupper och system har vidareutvecklats av AO-gruppen i det som kallas AO/OTA klassifikation och de benämns då 44 A-C med respektive undergrupp I-III.

Syfte

Syftet med det här arbetet är att gruppen ville fördjupa sig i laterala fotledsfrakturer, typ C, och se om behandlingen, akutskede/preoperativt/postoperativt, skiljer sig åt mellan

Malmö/Lund och Köpenhamn. Vi ville även se om det fanns någon statistisk skillnad mellan orterna gällande incidens.

Frågeställning

De huvudsakliga frågorna blev:

- Hur vanligt förekommande är lateral fotledsfraktur i regionen?
- Hur ser ett normalförlopp kring den här typen av fraktur ut på de olika orterna?
- Kan man se någon skillnad mellan Skånes Universitetssjukhus (SUS) och Rigshospitalet?

REDOVISNING

Incidens

När man ska titta på statistik kring olika frakturer finns det olika sätt att gå tillväga. Ett sätt är att vända sig till Svenska Frakturregistret. Ett annat sätt är att försöka ta ut statistik från det lokala dokumentationssystemet genom att sortera ut fakta med hjälp av diagnos- och så kallade KVÅ-koder eller ur Slutenvårdsregistret.

När man vänder sig till Svenska Frakturregistret förstår man snart att det råder stora brister på rapportering dit. Som exempel kan sägas att det på SUS inte finns någon ortoped med behörighet att registrera frakturer i registret. Härifrån registreras endast i några fall frakturer på ryggen och då via en sekreterare som samordnar dessa. Vid förfrågan till registerhållare om det är möjligt att få information om de andra storstadsregionerna är det lika illa där.

De siffror om incidens som finns beskrivna kring fotledsfrakturer är således en grov generalisering av ett genomsnitt i landet som är baserade på data ur Slutenvårdsregistret. Man talar då om ca 100 fall per 100 000 invånare och år.

I bakgrunden har vi beskrivit en ungefärlig procentuell fördelning av olika fotledsfrakturer.

Handlingsplan

Det akuta omhändertagandet av laterala fotledsfrakturer liknar varandra på de olika orterna. De patienter som inkommer med ambulans har i de flesta fall en vacuumsplint och tas efter triagering till gipsrummet på akutmottagningen.

I Malmö har man möjlighet att med hjälp av en fluoroscan göra en genomlysning för att bedöma om det är en instabil fraktur som är i behov av grovreponering. Om så är fallet görs det på plats i gipsrummet varpå man lägger en cirkulär uppskuren behandlingsstövel i kalk. Om ingen reponering görs lägger man en dorsal skena i kalk i väntan på vidare hantering. I Lund görs också en läkarbedömning av skadan medan man här lägger en dorsal skena i väntan på röntgen.

Efter röntgen och genomgång av bilderna beslutas det om operation eller konservativ behandling med gipsavlastning. Är det instabil fraktur väljer man att operera dessa oavsett om de har reponerats eller inte. Detta görs alltid minst subakut. Alla öppna frakturer opereras också, dessa opereras alltid akut om möjligt. Patienten ges då antibiotika intravenöst redan på akuten. Andra faktorer som spelar in för en akut inläggning är försämrat distalstatus och/eller hotande mjukdelsskada. Faktorer som kan senarelägga en operation är till exempel allmäntillstånd och framför allt svullnad.

De patienter som läggs in men inte reponeras erhåller samtliga en dorsal skena i väntan på operation.

Operationen går alltid ut på att stabilisera frakturen och fotleden med syfte att återställa fibulas längd och kongruens i fotledsgaffeln. Vilken teknik man väljer beror helt på var på fibula frakturen sitter.

Vanligast är att man öppnar upp över frakturområdet och fixerar med ett osteosyntesmaterial (platta och skruv). Detta är samma för både SUS och Rigshospitalet. Vid enstaka tillfällen väljer operatören att fixera med cerklage. Om inte syndesmosen stabiliseras av detta går man in med en kortikalskruv eller syndesmosskruv som dras genom fibula och förankras i tibia.

Postoperativt förses patienten i Köpenhamn med en dorsalskena som den också skrivs ut med. I Lund förses patienten med en uppskuren behandlingsstövel i kalk på operation som byts till

en belastningsbar stövel i glasfiber, på ortopedmottagningen, innan hemgång om patienten är inneliggande.

I Malmö förses patienten i de flesta fall med en uppskuren gipsstövel som får sitta i två veckor.

Återbesök sker efter två veckor på alla orterna för att ta suturer och kontrollera frakturläkning.

I Köpenhamn förses patienten med en avtagbar behandlingsstövel och patienten uppmanas att ta av den någon gång per dag för att vicka på foten men uppmanas att ha den på natten. I övrigt ska patienten avlasta totalt tre veckor och sedan börja med successivt ökad belastning över de nästkommande tre veckorna där smärtan sätter gränsen för upptrappningen.

På SUS förses patienten nu med belastningsbar behandlingsstövel i glasfiber som får sitta i ytterligare fyra veckor. Patienten kallas därefter ofta till Distala FrakturMottagningen för avgipsning och igångsättning, alternativt till traumamottagning på någon av ortopedmottagningarna.

Total gipstid på alla orterna är alltså 6 veckor men det bör övervägas med längre gipsbehandling om patienten är diabetiker och har en uttalad neuropati. Patienten uppmanas då också att avlasta under hela gipsbehandlingen. Dessa patienter gipsas också ofta om vid fler tillfällen för att kontrollera hudkostymen.

Slutsats

Den slutsats vi kan dra av detta arbete är att det är vanskligt att få fram specifik statistik för frakturer. Det preoperativa förloppet och hanteringen av patienten är också mycket likartat mellan alla tre orter. Det är först på det postoperativa planet som behandlingen skiljer sig åt. En konklusion är att det hade varit mycket intressant om man kunde se hur de olika behandlingsalternativen påverkar utkomsten ur ett långt perspektiv.

Källförteckning

Ortopedi – patofysiologi, sjukdomar och trauma hos vuxna (Lund, 2018), Magnus Karlsson mfl.

PM – Trauma-underben, fotled och fot, Thord von Schewelov

www.internetmedicin.se/page.aspx?id=1072

www.ortobas.se/fotledsfraktur/

Lokal rutinbeskrivning för fotledsfraktur, Rigshospitalet

Lokala riktlinjer för fotledsfrakturer, Skånes Universitetssjukhus