

KM3

2023-09-07

Innehåll

Preface	5
I Ortopedi	6
1 Ortopediskt status	7
1.1 Rygg	7
1.1.1 Inspektion	7
1.1.2 Palpation	7
1.1.3 Rörlighet	7
1.1.4 Neurologi	7
1.1.5 Specifika tester	9
1.1.6 Distalstatus	9
1.2 Höft	9
1.2.1 Inspektion	9
1.2.2 Palpation	9
1.2.3 Rörlighet	9
1.2.4 Muskelstyrka	10
1.2.5 Specifika tester	10
1.2.6 Distalstatus	10
1.3 Knä	10
1.3.1 Inspektion	10
1.3.2 Palpation	10
1.3.3 Rörlighet	11
1.3.4 Muskelstyrka	11
1.3.5 Stabilitet	11
1.3.6 Specifika test	11
1.3.7 Distalstatus	11
1.4 Fot/Fotled	11
1.4.1 Inspektion	11
1.4.2 Palpation	12
2 Allmän frakturlära	13
2.1 Klassifikation	13
2.1.1 Klassifikation hos barn	14

2.2	Frakturläkning	15
2.2.1	Intern fixation	15
3	Övre extremiteten	16
3.1	Överarmen	16
3.1.1	Diafysär humerusfraktur	16
3.2	Armbågen	17
3.2.1	Olekranonfraktur	17
3.2.2	Koronoidfraktur	18
3.2.3	Armbågluxation	19
3.3	Underarmen	20
3.3.1	Diafysär underarmsfraktur	20
3.3.2	Monteggia-fraktur	21
3.4	Handled	21
3.4.1	Distal radiusfraktur	21
3.4.2	Skafoideumfraktur	23
3.4.3	Övriga <i>ossa carpi</i>	24
3.4.4	Karpal luxation/instabilitet	24
3.4.5	De Quervains tendinit	24
3.4.6	Ganglion	25
3.4.7	Lunatummalaci	25
3.4.8	Skafoideumpseudoartros	25
3.4.9	Skafolunär ligamentskada	25
3.4.10	Lunotrikvetral ligamentskada	25
3.4.11	TFCC-skada	25
3.4.12	Handledsarotros	25
4	Nedre extremiteten	26
4.1	Bäcken	26
4.1.1	Bäckenfraktur	26
4.2	Höft	27
4.2.1	Höftfraktur	27
4.2.2	Luxation/Instabilitet	29
4.3	Lår	29
4.3.1	Diafysär femurfraktur	29
4.3.2	Stressfraktur	31
4.4	Knä	31
4.4.1	Distal femurfraktur	31
4.4.2	Patellafraktur	32
4.4.3	Proximal tibiafraktur	34
4.4.4	Broskskada	35
4.4.5	Luxation	35

4.5	Underben	36
4.5.1	Diafysär tibiafraktur	36
4.5.2	Distal tibiafraktur	37
4.5.3	Akut kompartmentsyndrom	38
4.6	Fot	38
5	Rygg	39
5.1	Halsrygg	39
5.1.1	Halsryggsfraktur/-luxation	39
5.2	Ländrygg	40
5.2.1	Lumbago	40
5.2.2	Diskbråck	42
5.2.3	Cauda equina-syndrom	43
	Appendix	45
A	Ordlista	45

Preface

Part I

Ortopedi

1 Ortopediskt status

1.1 Rygg

1.1.1 Inspektion

- Assymetri, lordos, kyfos, skolios, gång
- Benlängdsskillnad

1.1.2 Palpation

- Spinalutskotten - dunkömhet (böj lite framåt)
- Paravertebral muskulatur
- S-I lederna
- Gluteal muskulatur

1.1.3 Rörlighet

- Flexion/extension
- Sidoböjning
- Rotation

1.1.4 Neurologi

1.1.4.1 Nacke

Sensibilitet

- Överarmens utsida (C5)
- Underarmens utsida till dig 2(C6)
- Dig 3 (C7)
- Underarmens insida (C8)
- Överarmens insida (Th1)

Reflexer

- Biceps (C 5)
- Brachioradialis (C 6)
- Triceps (C 7)

Muskelstyrka

- Deltoideus (C5)
- Biceps, Handledsextension (C6)
- Triceps, Handledsflektion, Fingerextension (C7)
- Fingerflektion (C8)
- Fingerabduktion/-adduktion (Th1)

1.1.4.2 Ländrygg

Sensibilitet

- Lårets framsida (L4)
- Lateralt på foten, fotrygg mellan dig 1 & 2 (L5)
- Benets baksida, Lateralt på foten (S1)
- Perianal sensibilitet (S1, vid misstanke om cauda equina)

Reflexer

- Patellarreflex (L4)
- Achillesreflex (S1)

Muskelstyrka

Liggande

- Quadriceps (L4)
- Dorsalextension av stortå (L5)
- Plantarflektion av fot (S1)

Stående

- Gå på tå
- Gå på häl
- Resa sig från huk

1.1.5 Specifika tester

- **Lasègue/SLR** — Talar för att nervrötter till *n. ischiadicus* är påverkade. Positivt vid smärta inom *n. ischiadicus* område (Smärtan ska gå nedom knät!) vid 30-60 graders lyft.
- **Korsad Lasègue** — Samma som ovan men smärta upplevs i benet som ej lyfts. Talar *starkt* för ischias
- **Babinski**
- **Per rectum** — Sfinktertonus+knipförmåga

1.1.6 Distalstatus

- Motorik och sensibilitet
- Pulsar

1.2 Höft

1.2.1 Inspektion

- Assymetri (Förkortat ben, rotation, varus/valgus)
- Ärr, hematom, benlängdskillnad
- Hälta
- Notera rörelser ex av/påklädning, upp-ner från britsen

1.2.2 Palpation

- Bäckeringen
- Trochanter majus
- Os pubis — Oklart när detta ska vara av värde
- Proximala femur
- Höftled

1.2.3 Rörlighet

Aktiv & passiv!

- Flektion (120° m. knä flekterat 90°)
- Extension
- Abduktion (40°)

- Adduktion (20°)
- Inåtrotation (20°)
- Utåtrotation (45°)

1.2.4 Muskelstyrka

- Rakt benlyft

1.2.5 Specifika tester

- **Trendelburgs tecken** — Positivt om pat ej orkar hålla upp friska höften stående på sjuka benet. Tyder ffa på svaghet *m. gluteus medius*.
- **Flektionsrotationstrycktest**¹ — Flektera knä och höft till 90°, utåtrotera något och tryck inåt på höften. Ger smärta vid artros, *os pubis*-fraktur, artrit och foglossning.
- **Patricks test** — Båda benen lätt böjda -> Lägg ena foten på motsatt sidas knä -> Tryck nedåt. Smärta i höft är ett tidigt artrostecken. Kan även påvisa patologi i SI-led.

1.2.6 Distalstatus

Pulsar, känsel, rörlighet

1.3 Knä

1.3.1 Inspektion

- Deformitet — Varus/Valgus? Ärr? Hematom? Missförgning? Svullnad? Atrofi?
- Hälta
- Spontana rörelser

1.3.2 Palpation

- Svullnad, hydrops, bakercysta, värmeökning
- Quadricepsena/Patella — Randömheter, förskjutbarhet trycköm
- Patellarsena
- *Tuberositas tibia*
- Kollateralligament, ledspringor — Lättast med 90° flektion i knät.

¹Namn?, Källa: Hypocampus

1.3.3 Rörlighet

- Flektion (135°)
- Extension (0°)

1.3.4 Muskelstyrka

- Lyft av rakt ben från underlaget

1.3.5 Stabilitet

- Kollateralligament
- Korsband — Lachmans, Draglåda

1.3.6 Specifika test

- **Menisktester**
 - McMurray — Flektera knät -> Roterar foten så hälen pekar mot sidan som ska testas -> Palpera ledspringan samtidigt som knät extenderas.
 - Appleys — Flektera knät 90° -> Roterar foten så hälen pekar mot sidan som ska testas -> Tryck nedåt på foten.
- **Apprehension test** — Skjut patellan lateralt. Vid patellär instabilitet kommer patienten reagera med smärta/obehag.

1.3.7 Distalstatus

Pulsar, känsel, rörlighet

1.4 Fot/Fotled

1.4.1 Inspektion

- Deformitet — Felställning, varus/valgus, ärr m.m
- Plattfot?
- Svullnad, hematom, missfärgning, sår
- Hälta

1.4.2 Palpation

- Hela fibula

2 Allmän frakturlära

Riskfaktorer

- Hög ålder
- Kvinna
- Rökning
- Osteoporos
- Ökad fallrisk

2.1 Klassifikation

Hos vuxna anses allt som inte är diafysärt som metafysärt. Begreppet epifys används därför endast hos barn med öppna fyser!

End segment = Område lika långt som den bredaste delen av benet

Mid segment = resten

Klassifikationer inkluderar:

- **Grad av våld**
 - Lågenergiskada — Ofta i samband med osteoporos
 - Högenergiskada
- **Anatomisk lokalisation**
 - Axial vs appendikulär fraktur
 - **Specifik lokal** — Har betydelse för läkning och prognos
 - * Diafysär
 - * Metafysär — Låker snabbare än diafysär
 - * Fysär — Tillväxtzon hos barn, kan ge tillväxtstörning
 - * Epifysär — Kan ge tillväxtstörning om frakturen går in i fysen
Begreppet används inte om *fysen* slutits.
 - * Intraartikulär — Engagerar led
 - * Extraartikulär — Engagerar ej led
 - * Epikondylär

- * Kondylär
- * Subkapitulär
- * Suprakondylär
- * Transkondylär
- * Ligamentavulsion — Bendel med ligamentfäste slits av
- * Apofysavulsion — Ger ej tillväxtfel.
- * **Höftfrakturer**
 - Cervikal — Genom *collum femoris*.
 - Pertokantär — Genom *trochanter minor/major*.
 - Subtrokantär — Från *trochanter minor* tom 5cm distalt om denna.

- **Utseende**

- Longitudinell
- Transversell
- Spiralfraktur
- Kompressionsfraktur
- Komminut (5=kompresion av tillväxtzonen)
- Patologisk — t.ex tumör, hereditär sjukdom
- Stressfraktur — uppstår vid återkommande belastning under tid, kan progrediera till “riktig” fraktur

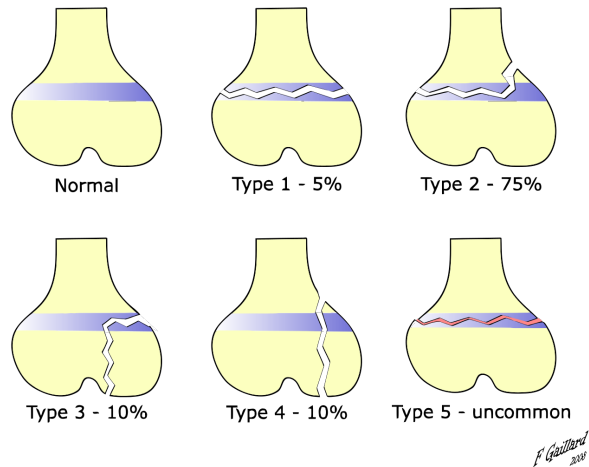
- **Mjukdelsskada**

- Öppna vs slutna

2.1.1 Klassifikation hos barn

Skiljs från vuxna då barns tjocka periostie och mjuka skellett ofta ger annan bild.

- Böjningsfraktur
- Inkomplett Kompressionsfraktur (*torus*-fraktur)
- Inkomplett gångjärnsfraktur (*greenstick*-fraktur)
- Komplett fraktur — Vanligare hos äldre barn
- **Utifrån lokal jmf tillväxtzon**
 - Salter-harris 1-5



2.2 Frakturläkning

Det finns principiellt 2 typer av läkningar:

1. Direkt läkning utan synlig kallus
2. Indirekt läkning med kallus

Läkningstyp beror på huruvida (icke-splittrade) frakturer blir stabilt anatomiskt reponerade.

2.2.1 Intern fixation

Åstadkoms ofta med skenor av rostfritt stål¹.

Märgspikar består oftast av titan som är mer elastiskt och bildar ett bakteriedödande oxidlager.

På ställen med låg belastning kan resorberbara implantat av polyestrar användas.

¹Legering av järn, krom, nickel eller kobolt-kromolybden-legering

3 Övre extremiteten

3.1 Överarmen

3.1.1 Diafysär humerusfraktur

Uppstår **oftast** till följd av direkt våld men ses även vid t.ex. armbrytning och polisgrepp. Eventuell felställning beror på frakturens lokal. Distala och proximala frakturer ger ofta mer felställning pga muskelfästen som drar i fragment.

Klassifikation

Görs enl. AO/OTA och delas in i ABC samt grad 1-3:

A — 2-fragmentsfrakturer

B — 3-fragmentsfrakturer

C — Komminutfrakturer

Siffror (1-3) beror på svårighetsgrad.

N. radialis påverkan är relativt vanligt då nerven går nära diafysen. Även tryck från hematom och gips kan påverka den! De flesta radialispareser är dock övergående.

Kliniska drag/Diagnos

Fraktur bör misstänkas hos en patient som klagar på smärta/nedsatt rörelseförmåga i överarmen efter trauma.

Vid undersökning ses ofta direkt/indirekt smärta, felställning och frakturkrepetationer.

Distalstatus ska alltid ingå i undersökningen!

Diagnosen bekräftas med röntgen av hela humerus.

Behandling

Som regel kan diafysära humerusfrakturer behandlas konservativt.

Gipsskena samt ortos och slynga kombinerat med armens egen vikt kan ofta hålla den rät och hindra felställning samt förkortning.

Efter ca 4 veckor med gips kan slutbehandling ske med ortos som omsluter humerus.

Indikationer för kirurgi är:

- Vinkelfelställning > 20 grader
- Förkortning > 3cm
- Öppen fraktur
- Kärlskador
- Multipla frakturer (Där kirurgisk stabilisering underlättar mobilisering)
- Patologisk fraktur
- *Non-union* av äldre fraktur

Operativ behandling är oftast mägspik eller plattfixation.

Vid radialispares efter sluten fraktur kan nervfunktion väntas återkomma inom 3 månader. Explorativ kirurgi utförs endast efter denna tidsgräns samt neurofysiologisk undersökning (Görs *alltid* öppen fraktur som opereras).

Prognos

Läker i genomsnitt på 12v.

Långa och sneda frakturer(inkl. komminut) läker bättre än korta, tvära.

<10% kräver kirurgisk behandling. Är frakturen rörlig efter **4 månader** klassas den som *non-union*.

3.2 Armbågen

3.2.1 Olekranonfraktur

Olekranonfrakturer ingår i proximala ulnafrakturer tillsammans med Koronoidfraktur (Kapitel 3.2.2) och proximal skaftfraktur. Dessa uppkommer oftare tillsammans med andra skador jämfört med olekranonfrakturer.

Klassifikation

- **Extraartikulära** — ca 10%, proximal avulsionsfraktur (~avlösning av triceps)
- **Intraartikulära** — Indelas enl. Morrey
 - Typ I — Odislocerad
 - Typ II — Dislocerad, stabil
 - Typ III — Dislocerad, instabil
 - * Utgör ca 15% av fall. Engagerar *proc. coronoideus* och kollateralligament, **mycket instabil**.

Kliniska drag/Diagnos

Som vid andra armbågsfrakturer. Pat. saknar förmåga att extendera i armbågsleden. Röntgen bekräftar diagnos.

Behandling

Odislocerad typ I-fraktur: Gips i 3 veckor. En dislocering på ett par mm medför behov av operation!

Typ II-fraktur: Kan behandlas konservativt hos patient med låga-måttliga funktionskrav. (Dvs saknar behov av att aktivt extendera armbågen)

Typ III-fraktur: Opereras *alltid* med reposition och fixation. Cerklage, eller stift+cerklage och platta kan användas.

Prognos

Med adekvat behandling ses ofta god funktion efter läkning med viss kvarstående rörelseinskränkning (ffa i extension).

3.2.2 Koronoidfraktur

TODO: detta

Klassifikation

Enl. Reagan & Morrey

Typ I: Endast spetsen av *proc. coronoideus* avlöst.

Typ II: Frakturen omfattar <50% av *proc. coronoideus*.

Typ IIIA: >50% av *proc. coronoideus* **utan** luxation.

Typ IIIB: >50% av *proc. coronoideus* **med** luxation.

Kliniska drag/Diagnos

Undersök, luxation? **Distalstatus!**

Behandling

Typ I och II: Inget gips, ortos eller slynga. Rörelseträning!

Typ III: A -> Oftast kirurgisk behandling, B -> Alltid kirurgisk behandling. Reponering och fixation med (oftast) skruv. Se även kapitel ??

3.2.3 Armbågluxation

Kliniska drag/Diagnos

Undersök armen, distalstatus med särskilt fokus på *n. ulnaris*. Slätröntgen bekräftar diagnos och eventuell samtidig fraktur.

Behandling

Om samtidig fraktur krävs ev. operation.

Om ej fraktur föreligger reponeras dorsal luxation enligt:

1. Smärtlindra, morfin 5mg, midazolam 0.5-1mg
2. Håll armbågen flekterad i 45 grader, dra i underarm samtidigt som överarmen hålls still av assistent
 - Om ovanstående misslyckas kan man trycka med tummar mot olekranån från dorsalsidan.
3. Undersök efter reponering:
 - Distalstatus
 - Kontrollera stabilitet: extendera, flektera, pronera och supinera. Om allt (även passiv extension) kan göras utan reluxation är armbågen stabil.
4. Gipsa — Lång, dorsal skena, 90-100grader i armbågen med lite pronation.
5. Återbesök efter 1 vecka
 - Kontrollröntgen, avgipsning, stabilitetskontroll. Om instabilitet föreligger gipsas armen på nytt i 2-3 veckor med återbesök därefter. Om armen är stabil skrivs remiss till fysioterapeut.¹

Prognos

Reluxationer är vanligt, 50% får kvarvarande rörelseinskränkning.

¹Undvik varus/valgusvackling i 2 månader, töjning i laterala ligament och axiell kompression av underarm!

3.3 Underarmen

3.3.1 Diafysär underarmsfraktur

Klassifikation

Enligt AO/OTA:

A: Enkla tvåfragmentsfrakturer

B: Frakturer med fjärilsformat/triangulärt intermediärfragment

C: Komplexa, komminuta frakturer

Kliniska drag/Diagnos

Patienter söker med något/några av: smärta, svullnad, rotationssmärta, felställning.
Vid undersökning finns ofta tydliga frakturtecken. **Distalstatus** ska alltid ingå!

Behandling

Slutna frakturer utan avvikande distalstatus behandlas med gipsskena och planerad kirurgi.

Målet med behandling är exakt återställande gällande längd, rotation och böjning hos radius och ulna.

En minimalt dislocerade frakturer kan slutbehandlas med gips men opereras ofta för att snabba på mobiliseringen.

Även isolerad ulnafraktur fixeras i allmänhet med platta.

Rörelseträning *kan* i allmänhet påbörjas direkt men gipsskena används ofta i 2 veckor för smärtlindring.

Tyngre belastning undviks tills röntgenologisk läkning nåtts.

Prognos

Läkningstiden är ca 3-4 månader i normalfallet. Armkraften kan räknas vara nedsatt långt efter skadan. Förutsatt att läkning sker utan felställning normaliseras funktionen i allmänhet med tid.

Vid lägre än 50 graders supination/pronation upplevs ofta begränsningar i vardagen.

3.3.2 Monteggia-fraktur

Ulnafraktur där dislokation lett till ligamentskada vilket ger dislokation hos *caput radii* i radiohumeralleden.

Radius kan disloceras ventralt, lateralt eller dorsalt. Klassifikation sker enligt *Bado*

Om även *caput radii* är frakturerat benämns frakturen monteggiaekvivalent.

Kliniska drag/Diagnos

I princip samma symtom som vid diafysär underarmsfraktur (Kapitel ??)

Röntgen omfattar armbågsled och handled.

Behandling

Alla monteggiafrakturer behandlas med öppen kirurgisk reposition och fixation. Efter att ulna fixerats reponeras ofta *caput radii* utan vidare åtgärd. Reparation av ligament behövs då sällan.

Vid monteggiaekvivalent fraktur fixeras även *caput radii*.

Prognos

Vid korrekt reposition blir patienten oftast besvärsfri efter läkning som tar 3-4 månader.

3.4 Handled

TODO: Initial handläggning och typer

3.4.1 Distal radiusfraktur

Den vanligaste av alla frakturer. *Allra* vanligast hos barn och postmenopausala kvinnor men förekommer hos alla.

Uppkommer oftast efter fall mot utsträckt hand.

Hos barn sker frakturen oftast i anslutning till epifysplattan.

💡 Typer

- **Colles** — Vanligast, fraktur genom metafysen med dorsalböckat fragment.
- **Smith** — Som Colles men volarböckad.
- **Barton** — Frakturen löper genom leden.
- **Chauffeur** — Avulsion av *proc. styloideus radii*. Kan ge allvarliga ligamenskador.

- **Dye punch** — Ledytan frakturerar och trycks in mot metafysen.

Kraftigt dorsalbockade frakturer ger alltid skador mot distala ulna.²

Symtom/Diagnos

Fall mot handen med smärta/svullnad inger misstanke. Även skador i *ossa carpi* bör övervägas. Rtg bekräftar diagnos.

DT kan övervägas vid komminuta frakturer samt vid ledengagemang inför operation.

Behandling

Odislocerad fraktur i ung vuxen utan osteoporos:

Gipsskena i 4-5 veckor, Rtg-kontroll efter 7-10 dagar.

Varning

Chauffeur-fraktur bör kontrolleras efter utläkning även om den är helt odislocerad!

Även något dislocerade frakturer kan gipsas. Frakturer som varit volart dislocerade kräver volart stöd och vice versa.

Hos en individ med höga funktionskrav bör exakt reposition eftersträvas. Om detta inte kan uppnås med gips är kirurgi ofta indicerat.

Indikationer för öppen reposition:

- Initial dorsalbockning >30 grader
- Smiths fraktur
- Intraartikulära frakturer med >1mm skillnad i ledyte mellan fragment
- Frakturer som engagerar *ossa carpi*
- Felställd fraktur med samtidigt dislocerad ulnafraktur
- Bilaterala frakturer
- Frakturer med uttalad instabilitet kring distala ulnaändan.

Hos individer med låga funktionskrav är operation sällan indicerad.

Prognos

Prognos efter okomplicerad fraktur/läkning är god. Höga funktionskrav och komplex fraktur ökar risk för bestående kliniskt relevanta symtom.

²*Proc. styloideus ulnae*-fraktur eller ledbandsskador.

⚠ Complex Regional Pain Syndrome

CPRS ger uttalad svullnad av handen, känselstörning, förändrad temperaturreglering och ökad behåring.
Risken ökar med långvarig immobilisering.

3.4.2 Skafoideumfraktur

Den vanligaste frakturen bland *ossa carpi*.

Kliniska drag/Diagnos

Bör misstänkas hos samma grupp som ovan.

Kliniska tecken:

1. Palpationsöm i *fossa tabatière*
2. Palpationsöm över *tuberositas scaphoideum*
3. Ömhet vid axialkompression av tumme
4. Ömhet vid radialdeviation handled

Diagnos ges via röntgen där skafoideumprojektioner bör begäras.

Vid negativt röntgenutfall men klinisk bild som pekar mot fraktur bör skafoideumgips sättas och röntgen göras om efter en vecka. MR kan ofta påvisa fraktur snabbare än rtg i dessa fall.

Behandling

- **Avulsionsfraktur av tuberositas scaphoideum:**
 - Elastisk linda, avtagning i hemmet efter 2v.
- **Odislocerad proximal-/midjefraktur:**
 - Skafoideumgips, återbesök efter 4v. Undvik riskbelastning i 2v efter avgipsning.
- **Dislocerad proximal-/midjefraktur(>1mm):**
 - Oftast skruvfixation.

Prognos

Sämre ju mer proximal fraktur. Opererade frakturer läker i allmänhet komplikationsfritt.

3.4.3 Övriga *ossa carpi*

TODO: Detta

3.4.4 Karpal luxation/instabilitet

Alltid resultat av högenergitrauma.

Kliniska drag/Diagnos

Smärta, svullnad, felställning i handleden.

N. medianus är ofta påverkad.

Dessa skador är inte sällan svårupptäckta röntgenologiskt. DT kan här komplettera diagnosen.

Behandling

Perilunär luxation kan (ibland) reponeras slutet men måste fixeras kirurgiskt. *N. medianus* måste dekomprimeras vid påverkan.

Prognos

Leder alltid till inskränkt rörlighet med stor risk för artrosutveckling. Snabb handläggning ger minskad risk för *n. medianus*-påverkan.

3.4.5 De Quervains tendinit

Orsakas av svullnad i *abductor pollicis longus/ extensor pollicis brevis*-senan.

Detta kan ske vid blödning/trauma och akut tenosynovit. En vanlig patientgrupp är kvinnor som börjat amma och då **använder handen på ett nytt sätt**. Tillståndet kan komma och försvinna relativt plöstligt.

Kliniska drag/Diagnos

Klinisk diagnos:

- Ömhet över det första dorsala senfacket
- Positivt finkelsteins test

Tumbasartros kan uteslutas mha rtg vid osäkerhet kring diagnos.



Figur 3.1: Finkelsteins test

Behandling

- Ortos som hindrar tum-/handledsrörelser
- Kortisoninjektion i senskidan
- Vid recidiv/ej tillfredsställande resultat -> operation

Prognos

Icke-kirurgisk behandling ger ofta goda resultat. Kirurgi leder nästan alltid till besvärsfrihet.

3.4.6 Ganglion

TODO: Detta

3.4.7 Lunatummalaci

3.4.8 Skafoideumpseudoartros

3.4.9 Skafolunär ligamentskada

3.4.10 Lunotrikvetral ligamentskada

3.4.11 TFCC-skada

3.4.12 Handledsarotros

4 Nedre extremiteten

4.1 Bäcken

4.1.1 Bäckfraktur

Sker i princip antingen vid osteoporostillstånd+lågenergivåld eller hos unga efter högenergivåld. Efter lågenergivåld är de nästan alltid stabila och läker komplikationsfritt. Efter högenergivåld är de nästan alltid instabila/dislocerade.

Kliniska drag/Diagnos

Stabil bäckenfraktur: Kan likna odislocerad höfraktur vilket måste uteslutas.

Instabil bäckenfraktur: Pat är ofta svårt smärtpåverkad. Ofta kombinerad med inre kärlskador samt skador på bukorgan. Pat kan ej stödja på benen. Livshotande.

Förutsatt att patienten är stabil ställs diagnos via rtg/trauma-DT beroende på omständigheter.

Behandling

Stabil fraktur kräver endast symtomatisk behandling. Belastning går bra så fort smärtan tillåter.

Instabil fraktur behandlas nästan alltid med öppen reposition och fixation. I väntan på dessa bör ett instabilt/dislocerat bäcken komprimeras med gördel för att hindra blödning. Instabil fraktur utan felställning kan *ibland* behandlas med avlastning i 12v.

Prognos

Äldre patienter har liknande risk som vid höftfraktur. Även de med stabila frakturer uppnår tidigare funktionsnivå i bara ca 50% av fall.

Engagerar frakturen acetabulum finns stor risk för artrosutveckling.

Vid instabil fraktur avgör associerade skador ofta prognosen. En stor andel av dessa patienter blir inte återställda.

4.1.1.1 Ramusfraktur

Behandling

Konservativ om ramus ej är helt av. Op med stabilisering om instabil.

4.2 Höft

4.2.1 Höftfraktur

En av de vanligaste och allvarligaste fragilitetsfrakturerna. 1-årsmortaliteten är **25%**.

Klassifikation

Delas ffa in efter lokalisation.

- **Cervikal**
 - Delas vidare in enl Garden I-IV. I praktiken gäller odilaterad(I-II) eller dislocerad(III-IV). Vid dislocerad cervikal fraktur är risken för cirkulatorisk påverkan hög.
 - Valgus impact — Kompression med valgusfelställning. Kärlmässigt okej.
- **Trokantär/Pertrokantär**
- **Subtrokantär**

Kliniska drag/Diagnos

- Förkortat, utåtroterat ben
- Smärta

Missas ibland

Inkilade frakturer och stressfrakturer behöver inte vara felställda och patienten kan ofta belasta dem! Smärta kan ha funnits en längre tid. Särskilt vid stressfrakturer. Smärtan kan ibland också upplevas endast i knät.¹

Verifieras i första hand med röntgen. Vid stark klinisk misstanke och negativ röntgen bör MR utföras.

¹Pat. med knäsmärta utan fynd -> Undersök höft!

Behandling

Kirurgisk behandling, helst inom 24h.² Mobilisering snabbast möjligt i nästan alla fall. Rehab i ett antal månader.

- **Cervikal** — **Alla** nya frakturer ska opereras. Vid äldre odislocerad fraktur kan icke-kirurgisk behandling övervägas.
 - **Odislocerad**
 - * Lätt valgusfelställning kan fixeras direkt. Andra reponeras. Fixering sker med skruvar eller pinnar från lateralsidan **inom 12h**.
 - **Dislocerad**
 - * Hög risk för skador på kärl längs *collum femoris* med störd läkning som följd. **Äldre**(>65) behandlas därför alltid med protes. Unga behandlas i allmänhet med LIH.
 - **Basocervikal**
 - * Samma som pertrokantära.
- **Pertrokantär** — 2-fragmentfraktur läker ofta lätt. >2 fragment ökar instabilitet och risk för felställning.
 - Oftast glidskruv/twinhook+platta. Märgspik+collumskruv ger mer komplikationer.
 - Fraktur som endast ses på MR kan ofta behandlas icke-kirurgiskt.
 - **Isolerad trokantär fraktur** — Endast avlösning av *trokanter major*
 - * Smärtlindring+mobilisering
- **Subtrokantär**
 - Lång märgspik med glidskruv och biaxial glidning. Risk för blodförlust!

Prognos

Läker på ca 3-4mån i normalfallet. Full återhämtning tar betydligt längre tid.

⚠ Komplikationer

- **Redislokation**
- **Utskärning/Cut-out** — Skruv “skär” ut ur caput pga hög belastning.
- **Lateral glidning** — För hög kompression av frakturen efter osteosyntes. Kan ge ljumsk/glutealsmärta och likna kaputnekros och pseduartros!
- **Kaputnekros** — Vanligast efter cervikal fraktur. Kan uppstå årtal efter originalskadan. Ger sig till känna med vil-/belastningssmärta (oftast) efter en tids

²Pga lägre mortalitet ju lägre väntetid.

symtomfrihet. Röntgenfynd kommer sent i förloppet. MR visar tidigare. Kan finnas som rtg-bild utan symtom. Symtomgivande kaputnekros behandlas med höftprotes.

- **Pseudartros** — Misstänks vid fortsatt svår smärta och försämrat röntgenläge 3-4 mån efter fraktur. Behandlas med höftprotes.
- **Implantatnära fraktur** — Risk vid märkepik och höftprotes. Om protesens inte är lös kan den sitta kvar.

4.2.2 Luxation/Instabilitet

4.3 Lår

4.3.1 Diafysär femurfraktur

Klassifikation

Enl AO/OTA:

A: Enkel fraktur

B: Fraktur med böjkil

C: Komplex fraktur

[A-B kan vidare delas in i 1-3.](#)

Uppdelning efter energimängd vid trauma finns även.

Utgör ca 5% av alla femurfrakturer. Vanligaste patienten är en osteoporosdam som fallit i samma plan. Även yngre kan drabbas efter högenergivåld.

Skadan kan ge livshotande blödning.

Kompartmentsyndrom är ovanligt. Muskelnekros kan dock ge *crush syndrome* med elektrolyttrubbningar och njursvikt som följd.

Kliniska drag/Diagnos

- trauma
- Oförmåga att belasta
- Smärta som ökar i rörelse
- Konsistensökning av låret (pga blödning - upp till 1,5L)

i Fynd

- frakturkrepitationer
- Instabilitet
- Felställning
- Förkortning
- **Gör distalstatus**

! OBS

Uteslut andra skador! — t.ex knä, höft, kotpelare, thorax.

Diagnos bekräftas med röntgen av **hela femur inkl. höft och knä** (alt. trauma-DT).

Behandling

Enl. ATLS vid högenergiskada.

Öppna frakturer bör tvättas och stabiliseras operativt snarast. Antibiotikaprofylax är viktigt.

Stabilisering — Bästa smärtlindringen. Hindrar blödning -> mindre inflammation.

Jämfört andra skador vid högenergivåld har frakturen låg prio förutom när det gäller att hindra blodförlust.

Icke kirurgisk behandling är i princip aldrig rekommenderad.

Vid implantat i femur sedan tidigare måste implantaten överlappa för att undvika ytterligare fraktur i benet mellan dem.

Vid lågenergitrauma används ofta antegrad(satt från trochanter) märgspik.

Vid högenergitrauma används *Early Total Care* med märgspik om patienten tål det. Annars görs minsta möjliga åtgärd i akutskedet.

Prognos

Ju mer splittrad/instabil desto sämre prognos. Vid multitrauma är prognosen beroende av övriga skador.

Läkningstid är 4-5mån.

Benlängdsförkortning, rotationsfelställning, *delayed union* och *non union*/pseudartros är möjliga komplikationer.

Vid *non-union*/pseudartros friseras fraktureytorna och fixering sker med grövre märgspik.

Om märgspikar ger smärta kan de plockas ut.

4.3.2 Stressfraktur

Förekommer i bäcken, lårbenshals, femurdiafys.

Specialvariant återfinns i **atypisk subtrokantär femurfraktur** som ses vid långvarig bisfosfonatbehandling (och eventuellt andra osteoporosbehandlingar).

Kliniska drag/Diagnos

Förloppet börjar med ospecifik smärta vid belastning. Denna uppstår med fortsatt belastning även i vila. I normalfallet ses ej svullnad.

i Fynd

- Smärta vid provokation av påverkad skelettdel
- Smärta vid hopp på ett ben
- Normal rtg tidigt

Då rtg är normal i tidigt skede bör ny utföras efter 2-4v. MR eller scint kan visa förändringar direkt.

Behandling

- Minska aktivitet
 - Lättare träning okej så länge den ej ger smärta
- Vid utebliven smärtfrihet gäller total vila i 4-6v.
- **Vid stressfraktur i lårbenshalsen:**
 - Akut op. med skruvfixation pga hög risk för dislokation och läkningsstörning.

Prognos

Läker oftast väl utan resttillstånd (undantaget i lårbenshals!). Fysisk aktivitet bör undvikas tills man är helt smärtfri.

4.4 Knä

4.4.1 Distal femurfraktur

Utgör ca 5% av alla femurfrakturer. Orsakas av sidovinkling, rotation och axiellt våld i kombination. Ofta efter fall på flekterat knä. Incidenstoppar är unga män efter högenergivåld och äldre kvinnor efter fall i samma plan.

Klassifikation

- **A** Extraartikulär fraktur med intakt knäled.
- **B** Delvis intraartikulär.
- **C** Splittrad fraktur med ledengagemant

Kliniska drag/Diagnos

Fynd

- Synlig felställning
- Palpömheter och smärta vid rotationprovokation
- Kraftig svullnad av lår/knä
- **Distalstatus**

Rtg bekräftar diagnos. Ofta sätts dorsal gipsskena innan rtg.

Behandling

I allmänhet kirurgisk. Vid minimal felställning alternativt gravt sjuk pat med osteoporotiskt skellett kan sträckbehandling/helbengips övervägas. Mobilisering beroende på skada, fixationstyp och belastning. Äldre mobiliseras om möjligt direkt efter op. Osteoprosrelaterade frakturer hos äldre bör handläggas lika skyndsamt som en höftfraktur.

- **A:** Retrograd märkepik alternativt skruvfixation med platta.
- **B:** Skruvfixation + eventuellt platta.
- **C:** Glidskruv + platta, distal femurplatta alternativt kombo med skruv och märkepik. C3 är svårbehandlade och har dålig prognos även med behandling.

Följs upp med rtg var 6-8:e vecka tills full läkning.

Prognos

Läker på ca 3-5 månader.

4.4.2 Patellafraktur

Förekommer i alla åldersgrupper.

Patella omges lateralt/medialt av quadricipssenans förlängning/extensorretinaklen. Det betyder att även vid tvärgående fraktur kan extensionsförmåga finnas kvar.

Uppkommer i princip på 3 sätt:

1. Plötslig flektion av knät ger reflexiv quadricepskontraktion som leder till fraktur.
2. Direkt våld mot ett böjt knä.
3. Medial avulsionsfraktur kan ske hos unga vid patellaluxation.

Kliniska drag/Diagnos

Smärta framtill i knät som ökar i rörelse efter ovanstående trauma bör inge misstanke.

i Fynd

- Palpömheter, ibland med kontinuitetsavbrott
- frakturkrepitationer
- Smärta medialt/lateralt tyder på skada mot extensorretinaklet
- Oförmåga/förmåga att sträcka i knäleden?

Diagnos fås genom rtg.

En hel patella som ligger kranialt/caudalt kan tyda på ruptur av patellar-/quadricepssenan.

Ett normalfynd är *patella bipartita* där det finns en liten "extrapatella" vid patellas överkant.

Frakturer har skarpa kanter till skillnad från *patella bipartita*.

Behandling

- Punktion för evakuering av hematom.
- **Bevarad sträckfunktion** — Rtg-kontroll efter 3-6 veckort vid icke-kirurgisk behandling.
 - Längsgående: Reducerad aktivitet i 3-6 veckor. Fullt rörelseomfång tillåts.
 - Tvärgående/splittrade: Låst ortos i 3-6 veckor. Belastning axiellt och quadricepsträning är ok.
- **EJ bevarad sträckfunktion** — Behandlas kirurgiskt.
 - Tvärfraktur och komminut fraktur med dislokation >3-4mm och/eller hak i ledytan >2-3mm opereras m. cerklage och pinnar. Vid stabil fixation tillåts viss belastning och träning omedelbart efter operation. Vid tveksam stabilitet används låst ortos i 3-6 veckor.
 - Vid tvärfraktur vid patellans övre pol tas det övre fragmentet bort och senan fixeras vid den kvarvarande patellan följt av temporärt cerklage.

Prognos

De flesta återfår full funktion och läker på 8 veckor. Viss risk finns för att osteosyntesmaterial släpper. Komplikationer är ovanliga. Ytligt osteosyntesmaterial ger dock ofta retning och tas då bort.

4.4.3 Proximal tibiafraktur

Klassifikation

- **A** — Utan ledengagemang
- **B** — Med ledengagemang
- **C** — Ledengagerande fraktur som avlöser båda kondylerna/splitterfraktur med ledengagemang.

Kliniska drag/Diagnos

- Patienten stödjer inte på det skadade benet.
- Palpation ger smärta och frakturoljud om splittrad fraktur.
- Ibland kraftig svullnad av knä och underben.
- Vid stabilitetstest i vissa fall uppenbar instabilitet i varus/valgus.
- Eventuellt öppen skada med genomstickssår eller utstickande benändar.
- Nerv- och kärlskador förekommer med påverkat distalstatus.

Slätröntgen bekräftar diagnos. Ofta DT inför operation.

Behandling

- **Öppen fraktur, Kompartmentsyndrom, Kärlskada** är absoluta indikationer för operation.
- **A** — Operation eller gips
- **B** — Ofta operation. Steg i ledyta >10mm hos äldre/5mm hos yngre är stark indikation.
- **C** — I princip alltid operation.

Vid gips/ortosbehandling utförs rtg-kontroll efter 1-2v. Avgipsning efter ca 6 veckor.

Efter behandling bör belastning undvikas då risk för dislokation är stor vid axiell belastning.

Prognos

Generellt sett god även vid allvarigare frakturer. Ca 75% uppnår gott resultat. Rehabtid dock upp till 1 år.

Komplikationer inkluderar kärl-/nervskador, kompartmentsyndrom, instabilitet, tidig artros och postoperativ infektion.

4.4.4 Broskskada

Kan vara ytlig eller djup (=går ned till skelettet). Uppkommer ofta i kombination med andra knäskador. Återfinns i 85-90% av fall på den mediala konylen. Oftast hos barn.

Kliniska drag/Diagnos

Symtomen är ofta lindriga till att börja med och påminner om meniskskada och går ofta kliniskt ej att skilja från sådan.

- Smärta vid belastning
- Upphakningar
- Krepetationer
- Svullnad

Diagnos bekräftas med **MR**.

Behandling

Behandling bestäms utifrån skadans omfattning samt relevans för symptom. Viktigt att skilja från begynnande artros.

- **Ytliga skador/Skador < 2cm²** — Debridering och abrasion -> (ofta) mikrofrakturering.
- **Djupa/stora skador** — Ett antal [behandlinger](#) är möjliga. Efter dessa undviks belastning i 4-8v varefter denna successivt ökar under upp till 6 månader.

Prognos

Ofta gott korttidsresultat. På lång sikt varierar det beroende på behandling.

4.4.5 Luxation

4.4.5.1 Knäledsluxation

Sällsynt men allvarligt. Ofta tillsammans med skada på ett kollateralligament och båda korsbanden.

Kliniska drag/Diagnos

Fynd

- Svullnad (m. dominans lateralt/medialt)
- Uttalad instabilitet
- Oförmåga att stödja på benet
- **Distalstatus**

Vid misstänkt kärlskada utreds detta akut med doppler/angiografi. Efter att kärl-/nervskada uteslutits bekräftas diagnos med Rtg(utesluter fraktur), MR (värdera ligamentskada) samt DT vid avulsionsfraktur eller [eminentiafraktur](#).

4.5 Underben

4.5.1 Diafysär tibiafraktur

Finnes ofta tillsammans med fibulafraktur. I “*underbensfraktur*” ingår isolerad tibiafraktur, kombinerad tibia/fibulafraktur men inte isolerad fibulafraktur.

Klassifikation

Klassificeras enligt A-B samt I-IIIC (Gustilo-Anderson) vid öppna frakturer.

Kliniska drag/Diagnos

Trauma -> Smärta, oförmåga att gå/stå, nedsatt cirkulation/nervpåverkan distalt samt eventuell felställning ger misstanke.

Rtg(Frontal+sida inklusive knä och fotled) bekräftar diagnos. Vid svårighet att avgöra om frakturen engagerar led kan DT användas.

Behandling

Odislocerad fraktur:

Helbensgips i ca 4 veckor. Rörelseträning i fot/knäled så fort som möjligt. Alternativt operation för snabbare mobilisering.

Dislocerad fraktur:

I första hand grov mörkspik med låsskruvar. Plattfixation kan användas vid t.ex komminuta frakturer men ger högre risk för utmattningsbrott av osteosyntesmaterial och större mjukdelspåverkan.

Öppna frakturer med liten mjukdelsskada kan ofta opereras direkt. Vid större mjukdelsskada används ofta extern fixation medan skadan täcks av hudlambåer/revideras.

Även lätt dislocerade frakturer löper stor risk att dislocera under läkningen!(*särskilt om fibula är helt*)

Prognos

Sluten fraktur läker på ca 4 månader. Öppen fraktur läker på ca 6-8 månader.

Komplikationer som *delayed-/non-union* är ovanligt efter märgspikning. Smärta i knät där man satt spiken är dock vanligt. Rotationsfelställning förekommer ffa om tvärskruvar inte används.

4.5.2 Distal tibiafraktur

Klassifikation

- **A** — Enbart metafysärt engagemang
- **B** — Metafysär fraktur med delvis ledengagemang
- **C** — Metafysär fraktur med multipla ledengagemang

Kliniska drag/diagnos

Traum som följs av smärta, oförmåga att stödja ger misstanke.

Diagnos ges av slätröntgen med frontal-, sido- och vridprojektioner av fotled+underben. DT-kartläggning bör ske inför operation.

Behandling

Odislocerad fraktur:

Underbensgips/ortos i 8-12v. Undvik belastning i minst 6 veckor.

Dislocerad fraktur/Frakturer med ledengagemang:

Oftast plattfixation med mål att återskapa ledytan. Gips/ortos används i efterloppet och belastning undviks i 8v.

Prognos

Associerad med hög risk för komplikationer och nedsatt funktion. Dock stor variation beroende på skadetyp och ffa skademekanism.

4.5.3 Akut kompartmentsyndrom

Ökat vävnadstryck i ett slutet rum leder till sänkt perfusion. Vid perfusionstryck kring 30-40mmHg finns stor risk för ischemi och nekros som i sig ökar svullnaden och späder på problemen.

Kan orsakas av gips, bandage, trauma m. blödning, svullnad m.m. Speciellt vanligt i samband med tibiafrakturer!

Kliniska drag/Diagnos

- Tilltagande opropotionerlig smärta som ej svarar på smärtlindring
- Ökad svullnad och Konsistens
- Parestesier
- Palpationsömheter
- Som regel normal kärlstatus distalt

Vid misstanke med osäkerhet bör intrakompartimentell tryckmätning utföras. I synnerhet på medvetslösa/sövda patienter!

4.6 Fot

Vissa Weber A och B samt alla C opereras. A1 och B1 behöver aldrig opereras.

Belastning är tillåtet förutsatt att stabilitet skapats. Undantaget svåra C-frakturer och patienter med osteoporotiskt skelett.

5 Rygg

5.1 Halsrygg

5.1.1 Halsryggsfraktur/-luxation

Uppkommer hos yngre efter högenergivåld. Oftast på C0-C2 eller C5-C7. Hos äldre efter fall i samma plan hos vilka *dens axis*-fraktur är vanligast. Även C1-fraktur förekommer i denna grupp.

Även traumatiskt diskbräck kan följa trauma (vanligast efter luxation).

Vid fraktur som engagerar *foramina intervertebrae* bör skada på *a. vertebralis* betänkas.

Kliniska drag/Diagnos

Pat. kan ha:

- Nacksmärta
- Utstrålande smärta
- Neurologiska bortfall
- Armsmärta...

...i nästan vilken kombination som helst.

Medvetslösa patienter efter multitrauma har instabil nacke tills motsatsen bevisats (förekommer i 25% av fall).

Fynd

- Palpabel smärta
- Smärtinskränkt rörelse
- Neurologiska bortfall
- Neurogen shock

Diagnos fås ofta genom (trauma-)DT. Även MR bör utföras vid frakturmisstanke då enbart ligamentskador kan orsaka instabilitet.

Behandling

Immobilisering från början (dvs vid misstanke).

Skallsträck kan användas för att helt/delvis reponera felställning och luxation i väntan på definitivbehandling.

Alternativ beroende på skada:

- **Stabil skada** — t.ex spinalutskottsfraktur
 - Fri Mobilisering
- **Medelinstabil skada i C2-C6**
 - Hård halskrage, DT-kontroll efter en vecka. Därefter individuellt upplägg.
- **Medelinstabil skada i C7-Th1**
 - Cervikothorakal ortos.
- **Instabil skada som ej lämpar sig för op**
 - Haloväst (Sektion ??)
- **Instabil skada, uttallad felställning, neurologiska bortfallssymtom**
 - Operation m. korrigering av felställning, dekompression av ryggmärg/spinalutskott, intern fixation och fusion.

Prognos

Avgörs ffa av skadetyper och förekomst av neurologiska symtom.

5.2 Ländrygg

5.2.1 Lumbago

= Ländryggssmärta

80% av befolkningen drabbas någon gång. 80-90% av dessa blir besvärsfria inom 3 månader, 60% inom ett par veckor. Kvarstår smärta >3 mån är prognosen sämre.

Orsak till smärta är ofta okänd.

💡 Diffdiagnoser

[Internetmedicin](#) har bra info om diffdiagnoser.

- Spondylodiskit
- Diskbråck
- Segmentell rörelsesmärta
- Spondylolistes (kotglidning)
- Kotkompression
- Metastas
- UVI
- Spondyloartropatier
- Spinal stenosis

Kliniska drag/Diagnos

- **Rygginsufficiens**
 - Ffa trötthetskänsla i rygg
 - Svaghet och/eller stelhetskänsla
- **Lumbago**
 - Ofta plötsligt insättande smärta vid t.ex lyft. Ej ovanligt att vakna upp med smärtan.
 - Kraftig smärta vid rörelse. Går oftast att hitta besvärsfri position.
 - Utstrålning till skinkor/ljumskar förekommer. Ej nedanför knänivå dock.
 - Ensidig smärta relativt vanligt.
- **Ischias**
 - Smärta som strålar nedom knät i ett eller båda benen.
 - Ibland neurologisk påverkan — Domning svaghet, nedsatta reflexer
- **Lumbago-Ischias**
 - Blandning av ovanstående

Labb: CRP, U-sticka, LPK, temp

Radiologi är inte nödvändig i akutskedet vid typiskt insjuknande hos äldre utan varningstecken. Vid utebliven förbättring bör MR övervägas.

Behandling

- Rörelse så fort som möjligt
- Råd om att gå/ligga istället för sitta. Sitt ej framåtlutad, lyft nära kroppen etc.
- Paracetamol+NSAID med *eventuellt* svag opioid vid svår smärta. **Tidsbegränsad behandling!**
- Sjukgymnastik
- Aktiv uppföljning m. ÅB inom ~4v.

5.2.2 Diskbråck

Diskbråck m. ischias har ca 1-2% livstidsprevalens.

För diffdiagnoser se Lumbago [5.2.1](#)

Kliniska drag/Diagnos

- **Symtom**
 - Oftast smygande insjuknande med enbart lumbago i början. Bensmärtan är ofta mindre uttalad hos barn.
 - Symtom accentueras av sittande och ökat buktryck (t.ex hostning, nysning).
 - Sensorisk/motorisk störning i specifika derma-/myotom (se ryggstatus [1.1](#)).
 - **Cauda equina**-syndrom.
- **Fynd**
 - SLR — ger smärta vid 30-60 graders flexion. Notera när smärta *nedom* knät upplevs.
 - * Positivt omvänd SLR/Lasègue — Talar starkt för ischias.
 - Smärtskolios — C-formad, ökar ofta vid flexion i ryggen.
 - Smärtskolios — C-formad, ökar ofta vid flexion i ryggen.
 - Störda reflexer/styrka/sensibilitet.
 - * Undersök perianal sensibilitet+sfinktertonus samt ev. bulbocavernosusreflex hos män vid minsta **cauda equina**-misstanke!

Behandling

- **Icke-kirurgisk** — Nästan alltid initial behandling. Uppmana till rörelse, påminn om god prognos. Påtala att pat. ska söka akut vid försämring samt tarm/blåspåverkan.
 - Analgetika — Alvedon samt eventuellt NSAID. Undvik opioider. Eventuellt Gabapentin/Pregabalin vid svår ischias.

- Sjukgymnastik
- **Kirurgisk** — Kan övervägas efter 6-8v av utebliven förbättring eller försämring.
 - Diagnos måste fastställas radiologiskt. Tidig (<6mån) kirurgi ger bättre resultat.
 - Mobilisering (nästan alltid) omedelbart med försiktighetsråd om böjning/belastning av rygg under 2 veckor.
 - Komplikationer inkluderar duraskada/likvorläckage (4%), nervrotsskada (<1%, ofta ävergående inom 6mån) samt sårinfektion (2-5%).

Prognos

90% som inte får kirurgisk behandling blir besvärsfria inom 6v. 80% av de som genomgår kirurgi är nöjda med resultatet.

5-11% får recidiv i samma/närliggande kotnivå. Ung ålder, rökning och diabetes ökar recidivrisken.

5.2.3 Cauda equina-syndrom

Orsakas ffa av epiduralblödning efter truma/penetration, Infektion, Tumör, Diskbråck. Kan uppstå akut (t.ex vid diskbråck) eller över lång tid (t.ex spinal stenosis).

Kliniska drag/Diagnos

Akut CES ger ofta svår ryggsmärta med bilateral ischias. Vid långsammare förlopp kan ryggvärk komma smygande och följas av krampkänning bilateralt, ffa vid ryggradsextension.

- **CES-I** — Inkomplett syndrom
 - Urinträngningar
 - Svag stråle
 - Ofrivillig flatulens
 - Ofta halvsidig/partiell ridbyxeanestesi.
- **CES-R** — Komplett syndrom/*true Retention*
 - Total urinretention som ibland är smärtfri.
 - * Man bör smärtlindra pat. då oförmåga att miktera kan bero på smärta.

i Fynd

- **3S**
 - Sensibilitetsnedsättning insida lår

- Nedsatt sfinktertonus
 - Stortåflektionskraft sänkt
- Bortfallen “anal wink”-reflex

A Ordlista

LIH-spik

[Lars Ingvar Hansson](#)

Ortopedisk spik med hake. Används bl.a vid cervikal femurfraktur hos yngre.

Bulbocavernosusreflex

Spinal reflex involverande S2-S4. Användbar vid misstanke om Cauda equina-syndrom (Kapitel 5.2.3).

Testas genom att palpera analsfinktern samtidigt som man hastigt kniper om glans penis(/klitoris, testet används inte på kvinnor(?)) alternativt drar i en foley-kateter med uppspänd ballong. Vid fungerande reflex kniper analsfinktern åt.

Haloväst

Väst som stabiliserar halsryggen.

Kan användas vid t.ex fraktur i C5-Th1.

¹BruceBlaus, CC BY-SA 4.0 <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0>, via Wikimedia Commons



Figur A.1: Haloväst¹