

Barnfrakturer i öppenvård, vårdprogram

Vårdprogrammet är en vidareutveckling och lokal anpassning av det barnfrakturkompendium som tidigare tagits fram vid Astrid Lindgrens barnsjukhus, Solna.

Vårdprogrammet ger riktlinjer för den primära handläggningen i öppenvård av de vanligaste frakturerna, luxationerna och distorsionerna hos barn. Syftet med vårdprogrammet är att ge hög kvalitet i omhändertagandet av de vanligaste akuta barnortopediska skadorna.

Vårdprogrammet ska INTE ses som absoluta kriterier för kirurgi utan då den aktuella felställningen inte ryms inom de angivna gränserna ska detta föranleda en diskussion med mer erfaren kollega.

Förmågan till ombyggnad av felställningar (remodellering) vid olika barnfrakturer, och därmed vilka felställningar som kan accepteras, påverkas av flera faktorer. Remodelleringsförmågan är bättre hos yngre patienter genom deras större kvarvarande skelettillväxt. Remodelleringen (se bilderna nedan) förbättras om frakturen är belägen nära en tillväxtzon eller om felställningen är i intilliggande leds rörelseplan.



Remodellering sker genom reorientering av den närliggande fysen (cirka 75%) och ombyggnad i den tidigare frakturnivån (25%).

På åtta månader kan så här mycket hända om frakturens felställning ligger inom det acceptabla för vad remodelleringen kan åstadkomma.

Yngre barn (med detta avses i allmänhet < 8 år) kan också ha betydligt snabbare frakturläkning med kortare gipstider än äldre. Vid osäkerhet, eller om man hos de yngsta barnen utifrån ovanstående vill avvika från vårdprogrammet, kontaktas vid behov dagtid ortopedbakjour och detta dokumenteras sedan av behandlande läkare i journalen. Oftast kan barnet gå hem med stödbandage eller gips och information om att kontakt sker på nytt efter samråd med mer erfaren kollega t.ex. i samband med nästkommande dags röntgenrond.

Där bedömning avseende eventuell rotationsfelställning betonas i detta dokument baseras detta alltid på en klinisk undersökning.

Det frakturerade benets intilliggande proximala och distala leder ska vara dokumenterade på röntgen i frontal- och sidoprojektion för att kunna fastställa skadans hela omfattning. Ett bra exempel på detta är Monteggiafrakturen (ulnafraktur med luxation av radiushuvudet).

- Till de gipsmetoder som beskrivs används traditionellt kalkgips.

Med helbensgips menas ett cirkulärt gips som börjar proximalt på låret och slutar vid tårna.

En gipsstövel är i texten ett cirkulärt gips som börjar omedelbart nedanför knät och slutar vid tårna. En knäkappa är ett cirkulärt gips som börjar proximalt på låret och slutar strax ovanför fotleden.

Collar-n-cuff är slyngor av skumplastband i tygstrumpa runt hals och handled med armbågen vilande i drygt 90 graders flektion. En mitella kan vara ett bättre alternativ för de yngre barnen för att få bästa smärtlindring.

En hög gipsskena på armen börjar på utsidan av överarmen i höjd med armhålan, går ned på dorsalsidan av armbågen och svänger sedan fram på dorsalsidan av handleden fram till knogarna. Den kräver förstärkningsskenor på in- och utsidan av armbågen.

Med en semicirkulär gips på underarmen menas en gipsskena som går utefter hela underarmens dorsalsida fram till knogarna och är så bred att den täcker hela underarmens dorsalsida och dessutom ger ett volart stöd över radius i frakturhöjd, ett så kallat trepunktsstöd. Vid infraktioner och odislocerade radiusfrakturer räcker oftast en dorsal gipsskena.

Tvillingförband innebär att man tejpar det skadade fingret mot intilliggande finger genom att linda tejpen runt falangerna men lämnar lederna fria, polster (kompress, vadd) mellan fingrarna. Lämpar sig bäst för äldre barn med stabila frakturer utan större felställning.

Fix-över-rulle kan användas vid flera olika fingerfrakturer, framför allt på yngre barn.

Först läggs en rulle av elastisk linda i handen, som fingrarna får omsluta med drygt 60 graders flektion i MCP- och IP-lederna, och 45 graders dorsalflektion i handleden. Glöm inte att lägga kompress/gasbinda mellan fingrarna! Därefter lindas hela handen utom tummen in med elastisk binda. Till sist sätts tejprensor över förbandet för att hålla slyngorna av elastisk binda på plats.

En form av U-gips kan användas vid framför allt instabila fingerfrakturer.

Gipsskenan som går upp på underarmen omsluter handen och fingrarna från ulnarsidan i ett U genom att täcka både dorsal- och volarsidan. Handen ska vara i funktionsställning (45 graders dorsalflektion i handleden, drygt 60 grader flektion i MCP-lederna och raka fingrar). Glöm inte heller här att lägga kompress/gasbinda mellan fingrarna!

- Glöm inte heller att i förekommande fall ge råd om högläge, riktlinjer för mobiliseringen och träningsprogram före hemgång. Med markeringsgång menas att patienten får ställa ned det ingipsade benet mot underlaget vid gång med kryckor, men inte lägga på kroppstyngden. Skriftliga gipsanvisningar ges till samtliga som går hem med någon form av gips.

Informera också patienten om att hälta kan förekomma lång tid efter avgipsning av nedre extremiteterna, ibland upp till 8 veckor.

- ”Undvika risker” innebär att avstå från aktiviteter med risk för fallolyckor (gymnastik och idrott, cykling, klättra i träd etc.). Full återgång till organiserad tävlingsidrott kräver avslutad rehabilitering. Tidigare immobiliserade leder ska ha återfått fullt rörelseomfång och vara utan svullnad. Muskelstyrkan ska i princip vara helt återställd.
- Före hemgång ska adekvat och regelbunden smärtlindring för de närmaste 2 – 3 dygnen vara ordinerad, vanligen paracetamol och/eller ibuprofen.

Frakturkontroller ska vara planerade då barnet lämnar akutmottagningen alternativt ska det finnas en överenskommelse om hur detta ska kommuniceras efter samråd vid t.ex. nästkommande dags röntgenrond.

- Av erfarenhet ska ytterligare röntgenkontroller övervägas när frakturer försämrar sitt läge. Frakturen kan akut vara utan större felställning men vid återbesöket ha ett försämrat läge men fortfarande inom godkända gränser. Ytterligare röntgenundersökning inom den närmaste tiden fångar upp ett frakturläge som behöver åtgärdas.

Alltså: om frakturen vid ett återbesök visar påtagligt försämrat läge, men inom gränsvärdet, tas ny röntgen efter ytterligare en vecka

- Angivna tider är räknade från olycksfallsdagen om inte annat anges.
- **Infraktioner behöver inte kontrolleras.**
- Om ett gips byts ut under behandlingstiden och frakturen fortfarande är instabil, ska röntgenkontroll av frakturen göras i direkt efter omgipsningen.

Följande fysengagerande frakturer rekommenderar vi generellt att de behöver kontrolleras med röntgen och brevbesked efter 6 månader:

- Distala femur
- Proximala och distala tibia
- Distala radius med förväntad kvarstående tillväxt om minst 2 år.

Fraktur i distala falangen ”Klämskada”

Gränsvärde	Fyseolysfraktur (Salter-Harris typ I) i distala falangen med felställning < 3 mm ad latus accepteras
Behandling	Alla klämskador i distala falangen, som inte vid klinisk undersökning säkert kan frias från fraktur ska röntgas. Nivåskillnad i nagelbädden om >3mm kan behöva återställas. Fraktur i den mest distala delen (proc. unguicularis) kan däremot lämnas utan behandling. Ofta är skadorna kombinerade med nagelskador varvid en fraktur på distala falangen ska betraktas som öppen – antibiotikaproylax ges som engångsdos. Nageln lämnas ofta kvar för att utgöra en ”mall” för läkning av nagelbädden.

	Fixera initialt med volart stöd (metallskena). Arbeterapeutkontakt kontorstid för bandage/ortos i 2-3 veckor. Antibiotika i 3 dygn vid kontaminerat sår. Initialt täta kontroller, t ex distriktssköterska, skolsköterska.
Uppföljning & Fixationstid	Återbesök efter 2–3 veckor för avbandagering och klinisk kontroll i öppenvård hos inremitterande läkare, husläkare, distrikts- eller skolsköterska.
OBS!	Seymourfraktur (öppen fraktur där nagelanlaget engagerar fyfen, som är vidgad dorsalt) kräver kontakt med bakjour.

Distal falangfraktur - intraartikulär

Gränsvärde	1) Extensorsenfästet = droppfinger = mallet finger. Frakturfragmentet är $\leq 1/3$ av ledytan. ≤ 2 mm diastas i ledytan. Om större felställning och större fragment: kontakta ortopedbakjour dag/kvällstid, för ställningstagande till operation. Om ingen skelettskada samma behandling – men åter med klinisk kontroll 4veckor (6 veckor äldre barn). 2) Flexorsenfästet – kontakta ortopedbakjour dag/kvällstid för ställningstagande till operation.
Behandling	1) Hyperextension i DIP-leden med volart stöd (metallskena) omfattande distal- och mellanfalangen. Arbeterapeutkontakt kontorstid för bandage/ortos dygnet runt!
Uppföljning & Fixationstid	Återbesök efter 4 veckor - (6 veckor äldre barn) med avbandagering och funktionstest. Inga ytterligare återbesök.
Undvika risker	7–10 dagar efter att stödförbandet avlägsnats.

Mellan- och proximal falangfraktur (både metafys + diafys)

Gränsvärde	$\leq 10^\circ$. ≤ 2 mm förkortning. Ingen rotationsfelställning accepteras.
Behandling	Fix-över-rulle med fördel på yngre barn. Volar gipsskena som går upp på underarmen med handen i funktionsställning för de lite äldre.
Uppföljning & Fixationstid	Stödförband av i hemmet efter 3 veckor.
Undvika risker	7–10 dagar efter att stödförbandet avlägsnats.
OBS	Trochleafraktur = tvärfraktur direkt proximalt om distala ledytan på falangen – ofta avhoppat eller kraftigt roterat fragment, vilket kräver operation. Ses ofta vid klämskador. Vid intraartikulär trochleafraktur accepteras i princip ingen felställning – risk för framtida men. Kontakta ortopedbakjour dag/kvällstid vid samtliga intraartikulära frakturer.

Fyseolys proximala falangen

Gränsvärde	$\leq 20^\circ$. Ingen rotations- eller omlottställning accepteras.
Behandling	Fix-över-rulle med fördel på yngre barn.

	Volar gipsskena som går upp på underarmen med handen i funktionsställning för de lite äldre.
Uppföljning & Fixationstid	Stödförband av i hemmet efter 2–3 veckor för de yngre och inga ytterligare återbesök medan de äldre barnen remitteras till arbetsterapeut för avbandagering och funktionskontroll/träning.
Undvika risker	7–10 dagar efter att stödförbandet avlägsnats.

Ulnar kollateral ligament skada på tummen

Gränsvärde	Ingen instabilitet eller dislocerat fragment accepteras.
Behandling	1) Intraartikulärt odislocerat fragment behandlas med gipsskena som innefattar tummens IP- led till proximalt om handleden. Barn innan pubertetsålder får mycket sällan en substansruptur utan en avulsionsfraktur uppkommer alt. fyseolysfraktur vid basen av proximala falangen. 2) Barn som kommit in i pubertetsålder handläggs som vuxna – se Hand PM.
Uppföljning & Fixationstid	1) Återbesök 4 veckor -(6 veckor äldre barn) för avgipsning och klinisk kontroll. 2) Återbesök efter 2 veckor för avgipsning och ny stabilitetstest om osäkerhet kvarstår vid den akuta bedömningen.
Undvika risker	7–10 dagar efter avgipsning.

Subcapitulär metacarpalfraktur

Gränsvärde	$\leq 30^\circ$. Ingen rotationsfelställning accepteras. På MC V kan 50° accepteras.
Behandling	Fix-över-rulle med fördel på yngre barn. Volar gipsskena som inkluderar IP-leder samt MCP-leden och går upp på underarmen med handen i funktionsställning för de lite äldre.
Uppföljning & Fixationstid	Röntgen i stödförbandet inom 5 dagar. Infraktionsfrakturer behöver ej röntgenkontrolleras. Stödförband av i hemmet efter 2 (yngre barn) – 3 veckor och inga ytterligare återbesök för de yngre medan de äldre barnen remitteras till arbetsterapeut för avbandagering och funktionskontroll/träning.
Undvika risker	7–10 dagar efter att förbandet avlägsnats.

Diafysär metacarpalfraktur

Gränsvärde	$\leq 20^\circ$. ≤ 2 mm förkortning. Ingen rotationsfelställning accepteras.
Behandling	Fix-över-rulle med fördel på yngre barn. Volar gipsskena som inkluderar IP-leder samt MCP-leden och går upp på underarmen med handen i funktionsställning för de lite äldre.
Uppföljning & Fixationstid	Röntgen i stödförbandet efter 1 vecka. Stödförband av i hemmet efter 2–3 veckor och inga ytterligare återbesök för de yngre medan de äldre barnen remitteras till arbetsterapeut efter

	3 veckor för avbandagering och funktionskontroll/träning.
Undvika risker	7–10 dagar efter att förbandet avlägsnats.

Proximal fraktur/fyseolys metacarpale I

Gränsvärde	$\leq 30^\circ$
Behandling	Gipsskena omfattande MCP- och IP-led samt handleden och upp på underarmen.
Uppföljning & Fixationstid	Röntgen i stödförband inom 5 dagar. Infraktionsfrakturer behöver ej röntgenkontrolleras. Avgipsning i hemmet efter 2–3 veckor och inga ytterligare återbesök för de yngre medan de äldre barnen remitteras till arbetsterapeut efter 3 veckor för avbandagering och funktionskontroll/träning.
Undvika risker	7–10 dagar efter avgipsning.
OBS	Intraartikulär fraktur (Bennet fraktur), ses hos äldre barn och är oftast instabila. Kontakta ortopedbakjour dag/kvällstid för ställningstagande till operation.

Proximal fraktur/fyseolys metacarpale V

Gränsvärde	$\leq 30^\circ$
Behandling	Gipsskena omfattande intilliggande fingers samtliga leder samt omfattande MCP- och IP-led samt handleden och upp på underarmen.
Uppföljning & Fixationstid	Röntgen i stödförband inom 5 dagar. Infraktionsfrakturer behöver ej röntgenkontrolleras. Avgipsning i hemmet efter 2–3 veckor och inga ytterligare återbesök för de yngre medan de äldre barnen remitteras till arbetsterapeut efter 3 veckor för avbandagering och funktionskontroll/träning.
Undvika risker	7 – 10 dagar efter avgipsning.
OBS!	Kontakta ortopedbakjour dag/kvällstid vid intraartikulär fraktur för ställningstagande till operation.

Scaphoideumfraktur (avser barn <12 år medan för övriga gäller vuxen PM)

Gränsvärde	≤ 1 mm. (Vanligvis uppkommer ingen större felställning)
Behandling	Scaphoideumgips med MCP I fixerad.
Uppföljning & Fixationstid	1) Vid tuberositas avulsion , elastisk binda eller gips i 4 veckor som smärtlindring och för eventuell samtidig ligamentskada. Tas av i hemmet. 2) Vid proximal- eller midjefraktur , välmodellerat scaphoideumgips (=cirkulärt underarmsgips som innefattar MCP led I, men lämnar IP leden fri). Diskutera alltid med ortopedbakjour dagtid avseende proximal polfraktur. Återbesök efter 4–6 veckor för röntgen utan gips och klinisk undersökning. Om ej läkt fraktur får patienten ny gips med återbesök för röntgen utan gips och klinisk undersökning avseende frakturläkning efter ytterligare 6 veckor.
Undvika risker	2 veckor efter avgipsning.

OBS!	Vid negativ röntgen (korrekta scaphoideumprojektioner) krävs inget återbesök.
-------------	---

Distal radiusfyseolys <10 år flickor, <12 år pojkar ("dorsalbockad")

Gränsvärde	$\leq 25^\circ$. $\leq \frac{1}{2}$ benbredd ad latus. (Mät relativt radius längsaxel på sidobild).
Behandling	Semicirkulär gips i kalk på underarmen (trepunktsstöd).
Uppföljning & Fixationstid	Röntgen i gips inom 5 dagar. Avgipsning i hemmet efter 3 veckor. Inga ytterligare återbesök.
Undvika risker	10 dagar efter avgipsning.
OBS	Vid volart metafysfragment, Salter-Harris II, läggs gipset volart med dorsalflekterad handled.

Distal radiusfyseolys >10 år flickor, >12 år pojkar ("dorsalbockad")

Gränsvärde	$\leq 15^\circ$. $\leq \frac{1}{4}$ benbredd ad latus dorsalt. (Mät relativt radius längsaxel på sidobild).
Behandling	Semicirkulär gips i kalk på underarmen (trepunktsstöd).
Uppföljning & Fixationstid	Röntgen i gips inom 5 dagar. Avgipsning i hemmet efter 3 veckor. Inga ytterligare återbesök. Röntgen (även kontralaterala sidan) med brevbesked efter 6 månader – fråga efter tillväxtstörning.
Undvika risker	10 dagar efter avgipsning.
OBS	Vid volart metafysfragment, Salter-Harris II, läggs gipset volart med dorsalflekterad handled.

Distal metafysär radiusinfraktion (= dorsal eller volar kortikal kompression)

Gränsvärde	Har inte signifikant felställning.
Behandling	Gipsskena på underarmen eller elastisk linda, smärtan avgör
Uppföljning & Fixationstid	Avgipsning i hemmet efter 2-3 veckor. Inga ytterligare återbesök.
Undvika risker	1 vecka efter avgipsning.
OBS	Vid tveksamhet om genomgående fraktur, behandla som distal metafysär radiusfraktur!

Distal metafysär radiusfraktur, ≤ 2 cm från fysen, ≤ 10 år

Gränsvärde	$\leq 25^\circ$ dorsalt. $\leq 15^\circ$ volart. $\leq \frac{1}{2}$ benbredd ad latus. $\leq 20^\circ$ dorsalt och samtidig 100 % ad latus med förkortning om ≤ 1 cm accepteras också. Samtidig ulnafraktur påverkar inte handläggningen. (Mät relativt radius längsaxel på sidobild).
Behandling	Semicirkulär gips i kalk på underarmen (trepunktsstöd).

Uppföljning & Fixationstid	Röntgen i gips efter 1 vecka. Avgipsning i hemmet efter 3 veckor. Inga ytterligare återbesök.
Undvika risker	10 dagar efter avgipsning.

Distal metafysär radiusfraktur, ≤ 2 cm från fysen, 11 - 14 år

Gränsvärde	$\leq 20^\circ$ dorsalt. $\leq 10^\circ$ volart. $\leq 1/4$ benbredd ad latus. (Mät relativt radius längsaxel på sidobild).
Behandling	Semicirkulär gips i kalk på underarmen (trepunktsstöd).
Uppföljning & Fixationstid	Röntgen i gips efter 1 vecka. Avgipsning i hemmet efter 4 veckor. Inga ytterligare återbesök.
Undvika risker	2 veckor efter avgipsning.

Distal metafysär radiusfraktur, > 2 cm från fysen, ≤ 10 år

Gränsvärde	$\leq 15^\circ$ dorsalt. $\leq 10^\circ$ volart. $\leq 1/2$ benbredd ad latus. (Mät relativt radius längsaxel på sidobild).
Behandling	Semicirkulär gips i kalk på underarmen (trepunktsstöd).
Uppföljning & Fixationstid	Röntgen i gips efter 1 vecka. Avgipsning i hemmet efter 4 veckor. Inga ytterligare återbesök.
Undvika risker	2 veckor efter avgipsning.

Distal metafysär radiusfraktur, > 2 cm från fysen, 11 - 14 år

Gränsvärde	$\leq 10^\circ$ dorsalt. $\leq 10^\circ$ volart. $\leq 1/2$ benbredd ad latus. (Mät relativt radius längsaxel på sidobild).
Behandling	Semicirkulär gips i kalk på underarmen (trepunktsstöd).
Uppföljning & Fixationstid	Röntgen i gips efter 1 vecka. Avgipsning i hemmet efter 5 veckor. Inga ytterligare återbesök.
Undvika risker	3 veckor efter avgipsning.

Diafysär radius-ulna fraktur

Gränsvärde	$\leq 10^\circ$ vinkelfelställning kan accepteras. Kontakt mellan frakturändarna utan förkortning. Barn < 9 års ålder: $\leq 15^\circ$ vinkelfelställning kan accepteras. Vid proximala diafysära frakturer – följ med tätare röntgenkontroller och vid försämring överväg tidigt intramedullära stift.
Behandling	Hög välmodulerad cirkulär gips med armbågen i 90° med trepunktsstöd och cast index under 0,7. Om detta ej kan läggas jourtid kan man provisoriskt lägga en hög bred skena.
Uppföljning & Fixationstid	Röntgen i gips efter 10 dagar. Nästa återbesök vid avgipsning efter 5–6 veckor med röntgen utan gips (Den kortare gipstiden för barn i förskoleåldern). Om ej kliniskt läkt fraktur eller synliga frakturspalter på röntgen, fortsatt immobilisering med cirkulärt gips på underarmen i 3 veckor, följt av återbesök med ny röntgen. Inga ytterligare återbesök när frakturen läkt. Information om att

	man 4–6 veckor efter avslutad gipsbehandling ska kunna sätta fingertopparna mot framsidan på axeln, kunna sträcka ut armbågen så att den blir rak, samt med armbågen i rät vinkel och underarmen rakt fram kunna vrida handflatan upp mot taket och ned mot golvet. Om så inte är fallet kontaktas ortopedmottagningen för sjukgymnastremiss med begäran om återkoppling efter avslutad träning.
Undvika risker	2 månader efter avslutad gipsbehandling p.g.a. risk för refraktur.
OBS!	Hos barn i förskoleåldern (< 6 år) kan gipstiden förkortas med en vecka och dessutom kan helt omlottställda frakturer på både radius och ulna accepteras förutsatt att vinkelfelställningen ej överstiger 10 grader. Inkompleta frakturer och böjfrakturer kan klara sig med färre kontroller och kortare gipstider. Kontakta vid behov ortopedbakjour dagtid för diskussion. Röntgen av det frakturerade benets intilliggande proximala och distala leder i frontal- och sidoprojektion kartlägger skadans omfattning! Begär ”u-arm + armbåge + handled”

Isolerad diafysär ulnafraktur

Gränsvärde	≤10° Kontakt mellan frakturändarna utan förkortning.
Behandling	Hög gipsskena med armbågen i 90° med ordentlig bredd på underarmen.
Uppföljning & Fixationstid	Röntgen i gips efter 2 veckor. Nästa återbesök vid avgipsning efter 4-5 veckor med röntgen utan gips. Inga ytterligare återbesök när frakturen läkt. Information om att man 4–6 veckor efter avslutad gipsbehandling ska kunna sätta fingertopparna mot framsidan på axeln, kunna sträcka ut armbågen så att den blir rak, samt med armbågen i rät vinkel och underarmen rakt fram kunna vrida handflatan upp mot taket och ned mot golvet. Om så inte är fallet kontaktas ortopedmottagningen för sjukgymnastremiss med begäran om återkoppling efter avslutad träning.
Undvika risker	4 veckor efter avslutad gipsbehandling.
OBS	Frakturen kan vara en del i en Monteggiafraktur (ulnafraktur + caputradii-luxation)! Kontakta i dessa fall alltid ortopedbakjour dagtid för diskussion. Röntgen av det frakturerade benets intilliggande proximala och distala leder i frontal- och sidoprojektion kartlägger skadans omfattning! Begär ”u-arm + armbåge”

Isolerad diafysär radiusfraktur

Gränsvärde	≤10° Kontakt mellan frakturändarna utan förkortning.
Behandling	Hög gipsskena med armbågen i 90° ordentligt bred på underarmen.
Uppföljning & Fixationstid	Röntgen i gips efter 2 veckor. Nästa återbesök vid avgipsning efter 4-5 veckor med röntgen utan gips. Om ej kliniskt läkt

	fraktur eller synliga frakturspalter på röntgen, fortsatt immobilisering med cirkulärt gips på underarmen i 3 veckor, följt av återbesök med ny röntgen. Inga ytterligare återbesök när frakturen läkt. Information om att man 4–6 veckor efter avslutad gipsbehandling ska kunna sätta fingertopparna mot framsidan på axeln, kunna sträcka ut armbågen så att den blir rak, samt med armbågen i rät vinkel och underarmen rakt fram kunna vrida handflatan upp mot taket och ned mot golvet. Om så inte är fallet kontaktas ortopedmottagningen för sjukgymnastremiss med begäran om återkoppling efter avslutad träning.
Undvika risker	4 veckor efter avslutad gipsbehandling.
OBS!	Frakturen kan vara en del i en Galeazzifraktur (radiusfraktur + distal ulna-luxation)! Kontakta i dessa fall alltid ortopedbakjour dagtid för diskussion. Röntgen av det frakturerade benets intilliggande proximala och distala leder i frontal- och sidoprojektion kartlägger skadans omfattning! Begär "u-arm + handled"

Caput radii-fyseolys/Collum radiifraktur

Gränsvärde	$\leq 30^\circ$. ≤ 2 mm ad latus. Mät relativt collums längsaxel.
Behandling	Hög gipsskena med armbågen i 90° .
Uppföljning & Fixationstid	Röntgen i gips efter 5 dagar. Nästa återbesök vid avgipsning efter 3 veckor. Inga ytterligare återbesök. Information om att man 4–6 veckor efter avslutad gipsbehandling ska kunna sätta fingertopparna mot framsidan på axeln, kunna sträcka ut armbågen så att den blir rak, samt med armbågen i rät vinkel och underarmen rakt fram kunna vrida handflatan upp mot taket och ned mot golvet. Om så inte är fallet kontaktas ortopedmottagningen för sjukgymnastremiss med begäran om återkoppling efter avslutad träning.
Undvika risker	3 veckor efter avslutad gipsbehandling.
OBS!	Felställningen kan vara svår att värdera på de yngsta barnen. Överväg kontakt med barnortopedjour för eventuellt artrografi.

Olecranonfraktur

Gränsvärde	≤ 2 mm diastas. ≤ 1 mm nivåskillnad i ledyteplanet.
Behandling	Hög gipsskena med armbågen i 90° .
Uppföljning & Fixationstid	Röntgen i gips efter 1 vecka. Röntgen utan gips vid osäkerhet om frakturläget. Avgipsning utan röntgen vid återbesök efter 3–4 veckor. Inga ytterligare återbesök efter avgipsning av icke-opererade olecranonfrakturer. Information om att man 4 veckor från avgipsning ska kunna sätta fingertopparna mot framsidan på axeln, samt kunna sträcka ut armbågen så att den blir rak. Om så inte är fallet kontaktas ortopedmottagningen för

	sjukgymnastrems med begäran om återkoppling efter avslutad träning.
Undvika risker	3 veckor efter avgipsning.

Armbågsluxation utan avulsion av ulnara humerusepikondylen

Gränsvärde	-
Behandling	Sluten reposition och hög gipsskena med armbågen i 90° i narkos. Armbågsluxation kan vara kombinerad med avulsion av ulnara humerusepikondylen eller fysfraktur caput radii. Efter reposition gör CT (ej lågdos) för att verifiera kongruens i leden.
Uppföljning & Fixationstid	Avgipsning vid återbesök efter 1 vecka. Armbågsluxationer kan som restillstånd få begränsad rörlighet. Inga ytterligare återbesök men patienten ska efter avgipsning skickas till sjukgymnast för hjälp med full mobilisering . Begär remissvar från sjukgymnast efter 8 veckor.
Undvika risker	3 veckor efter avgipsning.

Avulsion av ulnara humerusepikondylen

Gränsvärde	Ulnarispåverkan eller inkongruent led accepteras ej. Om >1cm dislokation görs CT för att värdera graden av anterior dislokation.
Behandling	Hög gipsskena med armbågen i 90°.
Uppföljning & Fixationstid	Avgipsning utan röntgen vid återbesök efter 3 veckor. Patienten kan som restillstånd få begränsad rörlighet. Inga ytterligare återbesök men patienten ska därför efter avgipsning skickas till sjukgymnast för hjälp med full mobilisering . Begär remissvar från sjukgymnast efter 8 veckor.
Undvika risker	3 veckor efter avgipsning.

Radial humeruskondylfraktur

Gränsvärde	≤ 2 mm diastas, ≤ 1 mm nivåskillnad i ledyteplanet.
Behandling	Hög gipsskena med armbågen i 90° med underarmen i supination .
Uppföljning & Fixationstid	Risk för ytterligare dislokation. Röntgen inom 5 dagar och efter 2 veckor. Alltid röntgen utan gips . Avgipsning före röntgen även vid återbesök efter 4 veckor. Radiala kondylfrakturer kan som restillstånd få begränsad rörlighet. Inga ytterligare återbesök, men patienten bör träna med sjukgymnast efter avgipsning för hjälp med full mobilisering . Begär remissvar från sjukgymnast efter 8 veckor.
Undvika risker	3 veckor efter avgipsning.

Suprakondylär humerusfraktur

Gränsvärde	$\leq 20^\circ$ dorsalt – mät på sidobild relativt humerusdiafysens distala ventrala kortex. Förläng denna linje ned genom
------------	--

	armbågen – den ska då skära igenom en del av capitellum på sidobilden annars är det för mycket dorsabockning. Vid valgus-varus felställning – kontakta ortopedbakjour dag/kvällstid. Samtliga övriga fall är operationsfall. Om osäkerhet diskutera med ortopedbakjour dag/kvällstid.
Behandling	Hög gipsskena med armbågen i drygt 90°.
Uppföljning & Fixationstid	Avgipsning i hemmet efter 3 veckor från skadedatum.
	Om däremot primärt gränsfall till operation ges då ett återbesök med röntgen i stället till ortopedmottagningen. Inga ytterligare återbesök efter avgipsning. Information om att man ~ 4 veckor från avgipsning ska kunna sätta fingertopparna mot framsidan på axeln samt kunna sträcka ut armbågen så att den blir rak. Om inte så är fallet kontaktas ortopedmottagningen för sjukgymnastremiss med begäran om återkoppling efter avslutad träning.
Undvika risker	3 veckor efter avgipsning.
OBS!	Kontrollera noga kärl- och nervstatus vid akutbesök, och dokumentera detta i journalen. Nervstatus inkl anteriora interosseusgrenen N. medianus – flektion IP-led dig 1 samt DIP-led dig 2.

Diafysär humerusfraktur

Gränsvärde	≤ 20° (Större vinkelfelställningar accepteras på yngre barn, 0 – 9 år. Diskutera vid behov med ortopedbakjour dagtid). ≤ 1,5 cm förkortning. Kontakt mellan fragmenten.
Behandling	Collar-n-Cuff. Armbågen i 70 – 110° beroende på patientens smärta. Eventuellt ortos på överarmen. Patienten kan behöva läggas in för smärtlindring. Vid patologisk fraktur, såsom genom t.ex. bencysta, skall patienten följas upp av barnortopediskt inriktad kollega.
Uppföljning & Fixationstid	För barn 0-9 år, ingen röntgenuppföljning. För barn över 9 år, röntgen efter 2 veckor + 6 veckor. Vid tecken på komplikationsfri läkning kliniskt kan försiktig mobilisering påbörjas. Inga ytterligare återbesök. Information om att man 4 veckor därefter ska vara besvärsfri och kunna sträcka armarna rakt upp och kunna lägga handen på ryggen med armbågen i flektion 90°. Man ska kunna sätta fingertopparna mot framsidan på axeln samt kunna sträcka ut armbågen så att den blir rak. Om inte så är fallet kontaktas ortopedmottagningen för sjukgymnastremiss med begäran om återkoppling efter avslutad träning. Äldre barn kan behöva remiss efter 4 veckor till sjukgymnast för hjälp med full mobilisering.

Undvika risker	4 veckor efter sista återbesök.
OBS!	Kontrollera noga kärl- och nervstatus distalt vid akutbesöket, och dokumentera detta i journalen.

Proximal metafysär humerusfraktur

Gränsvärde	$\leq 30^\circ$ (Större vinkelfelställningar accepteras på yngre barn, 0 – 9 år. Diskutera vid behov med ortopedbakjour dagtid). Förkortning $\leq 1,5$ cm. Kontakt mellan fragmenten.
Behandling	Collar-n-Cuff, Immobiliseringen avslutas efter 2 veckor.
Uppföljning & Fixationstid	För barn 0-9 år, ingen röntgenuppföljning. För barn över 9 år, röntgen efter 1 vecka. Infraktionsfrakturer behöver ej röntgenkontrolleras. Vid accepterade stora felställningar ($>30^\circ$) bokas dessutom återbesök efter 3 – 4 veckor med röntgen, Övriga åter enbart vid problem med mobiliseringen eller smärta. Information om att man 4 veckor efter att stödbandaget tagits bort ska vara besvärsfri och kunna sträcka armarna rakt upp och kunna lägga handen på ryggen med armbågen i flektion 90° . Om inte så är fallet kontaktas ortopedmottagningen för sjukgymnastremiss med begäran om återkoppling efter avslutad träning. Äldre barn kan behöva remiss efter 2 veckor till sjukgymnast för hjälp med full mobilisering.
Undvika risker	3 veckor efter avslutad immobilisering.

Proximal humerusfyseolys

Gränsvärde	$\leq 45^\circ$. Förkortning $\leq 1,5$ cm. Kontakt mellan fragmenten.
Behandling	Collar-n-Cuff Immobiliseringen avslutas efter 2 veckor.
Uppföljning & Fixationstid	Röntgen inom 5 dagar. Återbesök 3 – 4 veckor vid problem med mobiliseringen, smärta eller vid accepterade mycket stora ($>45^\circ$) felställningar. Information om att man 6 veckor efter avslutad immobilisering ska vara besvärsfri och kunna sträcka armarna rakt upp och kunna lägga handen på ryggen med armbågen i flektion 90° . Om inte så är fallet kontaktas ortopedmottagningen för sjukgymnastremiss med begäran om återkoppling efter avslutad träning. Äldre barn kan behöva remiss efter 2 veckor till sjukgymnast för hjälp med full mobilisering.
Undvika risker	3 veckor efter avslutad immobilisering.

Klavikelfraktur

Gränsvärde	Öppen fraktur eller hudhot hos barn kan vara aktuella för operation. Vid fraktur hos skelettalt färdigvuxna handläggs som hos vuxna.
Behandling	Ingen. Mitella under 1 – 2 veckor som smärtlindring.
Uppföljning	Ingen. Information om att det kan bildas stor kallusknöl och att remodelleringen av kallusknöl och felställning kan ta upp till 2 år.

Fixationstid	-
Undvika risker	3 – 4 veckor efter olyckstillfället (upptill 8 veckor hos tonåring).
OBS!	Om uppenbar klinisk mittdiafysär fraktur hos små barn behövs ej röntgen annars röntgen för diagnos. Om medial klavikelfraktur misstänks måste CT beställas. Vid större felställning och vid misstänkt luxation, vilket ofta i den fortsatta utredningen visar sig vara fyseolys, kontaktas ortopedbakjour dagtid för diskussion.

Kilfomrade kotkompressionsfrakturer i bröst- och ländrygg

Gränsvärde	Minst 75 % av kotans höjd i framkanten kvar och utan påverkan på kotkroppens bakkant samt utan neurologisk påverkan och utan lokal palpationsömheter. Vid högenergivåld, multipla kotkompressioner eller om ovanstående kriterier ej föreligger görs alltid datortomografi. Vid neurologisk påverkan dessutom ofta MRT. Diskutera dessa fall med ryggbakjour alt. om sådan inte är i tjänst ortopedbakjour.
Behandling	Symptomatisk. Vila och analgetika.
Uppföljning	Inga återbesök.
Fixationstid	-
Undvika risker	4 – 8 veckor efter skadetillfället.
OBS!	Successiv mobilisering allt eftersom smärtan släpper, i början med hjälp av kryckor. Remiss till sjukgymnast kan behövas för hjälp med mobiliseringen efter det akuta skedet. Det kan ta 8 – 12 veckor innan patienten är besvärsfri – ev. något längre för de äldre barnen.

Distal femurfyseolys, Salter-Harris typ I-II

Gränsvärde	<10° vinkling av epifysen. ≤ 1 cm ad latus.
Behandling	Knäkappa. Belastning tillåten. Om högenergiskada eller >12 år – lägg alltid in barnet för observation och ställningstagande till MRT för att utesluta samtidig korsbandsskada.
Uppföljning & Fixationstid	Röntgen i gips efter 1 vecka. Avgipsning efter 4 veckor. Inget ytterligare planerat återbesök. Röntgen efter 6 månader med kontralaterala sidan för jämförelse och brevbesked. Fråga efter tillväxstörning. Beställ ”långa bilder femur med centrering över distala femurfysen”.
Undvika risker	3 veckor efter avgipsning. Patienten måste i princip ha full rörlighet och muskelkontroll i knät före återgång till tävlingsidrott.

Eminentiafraktur, ≤ 8 år

Gränsvärde	-
Behandling	Typ I (framkanten av fragmentet upplyft högst 2 mm – mät på sidobild): Knäkappa. Belastning tillåten.

	Vid större dislokation: Knäkappa med full extension i knäleden (eventuell punktion och lokalbedövning i led för att åstadkomma detta) och ny röntgenkontroll i gips, om fortsatt mer än 2 mm upplyft framkant – kartlägg med CT. Kontakta ortopedbakjour dagtid.
Uppföljning & Fixationstid	Typ I: Röntgen i gips inom 1 vecka och utan gips efter 4 veckor. Remiss till sjukgymnast efter avgipsningen för ”korsbandsrehabilitering”. Återbesök för klinisk kontroll av rörlighet och stabilitet 6-8 veckor efter avgipsningen.
Undvika risker	4 – 6 veckor efter avgipsning och i samråd med sjukgymnast. Patienten måste i princip ha full rörlighet och muskelkontroll i knät innan återgång till tävlingsidrott.

Eminentiafraktur, 9-14 år

Gränsvärde	-
Behandling	Typ I (framkanten av fragmentet upplyft högst 2 mm – mät på sidobild): Knäkappa. Belastning tillåten. Vid större dislokation: Knäkappa med full extension i knäleden (eventuell punktion och lokalbedövning i led för att åstadkomma detta) och ny röntgenkontroll i gips, om fortsatt mer än 2 mm upplyft framkant – kartlägg med CT. Kontakta ortopedbakjour dagtid.
Uppföljning & Fixationstid	Typ I: Röntgen + MRT i gips inom 1 vecka och röntgen vid avgipsningen efter 5 veckor. Remiss till MRT görs för att utesluta associerade skador (meniskruptur, osteokondrala skador). Remiss till sjukgymnast efter avgipsningen för ”korsbandsrehabilitering”. Återbesök för klinisk kontroll av rörlighet och stabilitet 6 veckor efter avgipsningen.
Undvika risker	4 – 6 veckor efter avgipsning och i samråd med sjukgymnast. Patienten måste i princip ha full rörlighet och muskelkontroll i knät innan återgång till tävlingsidrott.

Patellaluxation med hemartros

(Hemartros = utgjutning i leden inom 24 timmar efter trauma)

Gränsvärde	-
Behandling	Elastisk binda. Kontakta ortopedbakjour dagtid för planering eller vid osäkerhet om diagnos.
Uppföljning & Fixationstid	Från 9 års ålder görs MRT knä inom 3 dagar om osteokondralt fragment är synligt på röntgen. I övriga fall, MRT inom en vecka, med återbesök snarast efter MRT-svar, för att verifiera diagnosen och hitta bakomliggande riskfaktorer (se SPOQ). Patellastabiliserande ortos (PSO) anses inte ha någon kurativ effekt men kan användas som symtomlindring vid t.ex. idrott.

	Patellaluxation ingår i nationellt barnortopediskt kvalitetsregister. https://spoq.registercentrum.se Barn med recidiverande patellaluxationer eller sublaxationer ska remitteras till barnortoped för bedömning.
Undvika risker	-
OBS!	Hemartroser behöver endast punkteras vid svår smärta orsakad av ordentligt utspänd ledkapsel.

Knädistorsion med hemartros utan skelettskada på röntgen, ≤ 8 år

(Hemartros = utgjutning i leden inom 24 timmar efter trauma)

Gränsvärde	-
Behandling	Fri mobilisering, endast elastisk binda. Vid uttalad smärta läggs en gipsskena en vecka.
Uppföljning & Fixationstid	Inget återbesök annat än om gipsskena lagts.
Undvika risker	2 – 3 veckor efter olyckstillfället.
OBS!	Uppmanas återkomma om man inte är fullt återställd och har full rörlighet i knät efter 3 veckor. Hemartroser behöver endast punkteras vid svår smärta orsakad av ordentligt utspänd ledkapsel.

Knädistorsion med hemartros utan skelettskada på röntgen, 9 - 12 år

(Hemartros = utgjutning i leden inom 24 timmar efter trauma)

Gränsvärde	-
Behandling	Elastisk binda. Vid uttalad smärta läggs en gipsskena en vecka.
Uppföljning & Fixationstid	Beställ MRT knä inom 1 vecka med återbesök snarast efter MRT-svar.
Undvika risker	-
OBS!	Hemartroser behöver endast punkteras vid svår smärta orsakad av ordentligt utspänd ledkapsel.

Knädistorsion med hemartros utan skelettskada på röntgen, ≥12 år

(Hemartros = utgjutning i leden inom 24 timmar efter trauma)

Handläggs enligt vuxen PM.

Proximal tibiafyseolys, Salter-Harris typ I

Gränsvärde	≤10° vinkling av epifysen. ≤ 1 cm ad latus
Behandling	Helbensgips. Vid kraftigt svullnad ordineras hög dorsal gipsskena (lår, underben & fot) med högläge under några dagar i hemmet, därefter helbensgips. Belastning tillåten (men inte alltid möjlig) när helbensgipset lagts.
Uppföljning & Fixationstid	Röntgen i gips efter 1 vecka, cirkulering av gipset om det varit uppklippt. Avgipsning efter 4 veckor.

	Röntgen (+ kontralaterala sidan för jämförelse) efter 6 mån. Brevbesked.
Undvika risker	3 veckor efter avgipsning. Patienten måste i princip ha full rörlighet och muskelkontroll i knät innan återgång till tävlingsidrott.
OBS!	Frakturen är ofta en högenergiskada där epifysen t.ex. glidit ventralt. Vid högenergiskada ska patienten läggas in för bedömning avseende kärlskada och risk för kompartmentsyndrom.

Proximal metafysär tibiafraktur utan fibulafraktur

Gränsvärde	$\leq 5^\circ$ valgus, vilket är den felvinkel som vanligtvis uppstår.
Behandling	Helbensgips. Vid kraftigt svullnad ordineras hög dorsal gipsskena (lår, underben & fot) med högläge under några dagar i hemmet, därefter helbensgips. Belastning tillåten (men inte alltid möjlig) när helbensgipset lagts.
Uppföljning & Fixationstid	Röntgen i gips efter 1 vecka – Beställ röntgen underben (inte knä). Infraktionsfrakturer behöver ej röntgenkontrolleras. Cirkulering av gipset om det varit uppklippt. Avgipsning efter 4 – 6 veckor. Nästa återbesök 2 år efter skadan för klinisk kontroll av valgusfelställningen, se nedan under "OBS"
Undvika risker	3 veckor efter avgipsning. Patienten måste i princip ha full rörlighet och muskelkontroll i knät innan återgång till tävlingsidrott.
OBS!	Patienten kan få progredierande valgusfelställning under 1 – 2 år efter skadan. Därför återbesök efter 2 år. Vanligtvis korrigeras dock felställningen successivt genom remodelering under de påföljande åren men behöver följas.

Diafysär tibiafraktur (med eller utan diafysär fibulafraktur)

Gränsvärde	$< 10^\circ$. ≤ 1 cm förkortning. Kontakt mellan frakturändarna.
Behandling	Helbensgips uppklippt och vidgad. Vid kraftig svullnad ordineras hög dorsal gipsskena (lår, underben & fot) med högläge under några dagar i hemmet, därefter helbensgips. Markeringsgång under de första 4 veckorna.
Uppföljning & Fixationstid	Röntgen i gips efter 1 vecka (cirkulering av gipset om det varit uppklippt). Vid oförändrat läge påbörjas belastning med markeringsgång i gips. Återbesök efter 5 - 8 veckor med röntgen utan gips och klinisk kontroll. Återbesök därefter beroende på klinisk frakturläkning, patientens ålder och frakturtyp. Ibland vid längre gipstider kan övergång till gipsstövel övervägas. Kommentarer kring frakturtyper: Sned/spiralformade frakturer: oftare instabila initialt, men blir

	oftare snabbare stabila under läkningsfasen. Tvärfrakturer: tål snabbare fullbelastning i gips, men istället längre tid innan klinisk stabila. Ålder: oftast är smärtan ett bra mått på läkning och när full belastning skall påbörjas, yngre har oftast kortare gipstider
Undvika risker	4 – 6 veckor efter avgipsning.
OBS!	För att undvika ventral vinkling i frakturen, vilket inte är helt ovanligt, kan foten behöva gipsas in med lätt spetsfotställning de första 3 veckorna. Tänk på kompartmentsyndrom.

Tibiafissur odislocerad

Behandling	Hög gipsstövel. Frakturen vanligast i koltåldern (≤ 3 år) och på de yngsta barnen är helbens gipsskena med förstärkning vid fotled ett alternativ. Ibland räcker ett stödbandage. Belastning tillåten.
Uppföljning & Fixationstid	Återbesök med avgipsning efter 2 – 3 veckor. De yngsta barnen som fått en gipsskena eller enbart stödbandage kan avgipsas/avbandageras i hemmet. Fri mobilisering. Inget planerat ytterligare återbesök.
OBS!	Vid diskreta fissurer med måttligt status behövs inget gips utan patienten kan skickas hem med råd om avlastning i 2 veckor. Fissurerna syns ibland inte primärt på röntgen. Patienten söker akut med håla efter måttligt trauma, och med ömhet utan påtaglig svullnad lokalt över tibiadiaphysen. Om den kliniska bedömningen blir att det trots allt föreligger en tibiafissur kan det vara lämpligt att ordna en röntgen 2 veckor senare för att verifiera diagnosen, om hältan kvarstår. Tibiafissuren kan då ha markerat sig på röntgen eller visar sig indirekt genom en periostal reaktion på tibiadiaphysen.

Distal metafysär tibiafraktur

Gränsvärde	$\leq 10^\circ$ i frontalplanet. $< \frac{1}{2}$ benbredds ad latus. Avseende ventralvinkling kan max 20 accepteras om man mäter utgående från tibias distala ledyta och drar en linje i 90 graders vinkel mot denna (normalt är vinkeln 10 gr).
Behandling	Gipsstövel. Vid primär ventralvinkling läggs gipsen alltid med spetsfot under den första halvan av gipstiden. Vid kraftigt svullnad ordineras dorsal gipsskena (underben & fot) med högläge under några dagar i hemmet, därefter gipsstövel. Markeringsgång tillåten under de första 3 veckorna.
Uppföljning & Fixationstid	Röntgen i gips efter 1 vecka (cirkulering av gipset om det varit uppklippt). Infraktionsfrakturer behöver ej röntgenkontrolleras. Avgipsning med klinisk kontroll efter 4 – 6 veckor beroende på patientens ålder och frakturtyp. Inget ytterligare planerat återbesök.
Undvika risker	4 veckor efter avgipsning.
OBS!	För att undvika tillkomst av ventralvinkling i frakturen, vilket

	inte är helt ovanligt, kan foten lämpligen gipsas in med viss spetsfotställning de första 2-3 veckorna.
--	---

Dital tibiafyseolys, Salter-Harris typ I & II

Gränsvärde	$\leq 10^\circ$ vinkling av epifysen. ≤ 1 cm ad latus.
Behandling	Gipsstövel. Vid kraftigt svullen fotled ordinerar låg dorsal gipsskena (underben & fot) med högläge under några dagar i hemmet, därefter gipsstövel.
Uppföljning & Fixationstid	Röntgen i gips efter 1 vecka, cirkulering av gipset om det varit uppklippt. Avgipsning efter 4 veckor. Inget planerat ytterligare återbesök men röntgen (+ kontralaterala sidan) efter 6 månader. med brevbesked – fråga efter tillväxtstörning.
Undvika risker	3 veckor efter avgipsning.
OBS!	För vissa barn tar det upp till 6 veckor efter avgipsning innan man är besvärsfri.

Intraartikulära fotledsfrakturer (Treplansfraktur, Tillauxfraktur och medial malleolarfraktur)

Gränsvärde	≤ 2 mm diastas. ≤ 1 mm nivåhak. CT skall alltid göras vid tveksamhet om frakturtyp och grad av felställning i ledyttenivån.
Behandling	Gipsstövel. Vid kraftigt svullen fotled ordinerar låg gipsskena (underben & fot) med högläge under några dagar i hemmet, därefter gipsstövel. Markeringsgång tillåten under behandlingstiden.
Uppföljning & Fixationstid	Röntgen i gips efter 1 vecka, cirkulering av gipset om det varit uppklippt. Avgipsning efter 4 veckor. Inget ytterligare planerat återbesök men röntgen (+ kontralaterala sidan) efter 6 månader. med brevbesked (undantaget Tillauxfraktur) – fråga efter tillväxtstörning.
Undvika risker	3 veckor efter avgipsning.
OBS!	För vissa barn tar det upp till 6 veckor efter avgipsning innan man är besvärsfri.

Distal fibulafyseolys

Gränsvärde	$\leq 3/4$ benbredds ad latus
Behandling	Gipsstövel. Elastisk binda eller tejpnig är ett alternativ vid små felställningar. Belastning tillåten under behandlingstiden.
Uppföljning & Fixationstid	Återbesök för avgipsning efter 3 veckor för dem som erhållit gipsstövel. Inget ytterligare planerat återbesök.
Undvika risker	3 veckor efter avgipsning.
OBS!	Det kan för en del patienter ta upp till 6 veckor efter avgipsning innan man är besvärsfri vid full aktivitet.

Fotledsdistorsion

Gränsvärde	-
Behandling	Högläge och elastisk binda under de första 2-3 dygnen för att inte blödningen skall fylla på sig. Förkortar återgång till full

	aktivitet. Sedan elastisk binda dagtid i kombination med tidig mobilisering. Kryckor till äldre barn. Mobiliseringsråd.
Uppföljning & Fixationstid	Se "Behandling".
Undvika risker	3 – 4 veckor från olyckstillfället/ 3 – 4 veckor efter avgipsning.
OBS!	Det kan för en del patienter ta upp till 6 veckor ibland längre innan man är besvärsfri vid full aktivitet. Coalitio är en möjlig bakomliggande orsak till upprepade stukningar, varför röntgen i dessa fall kan övervägas.

Diafysär metatarsalfraktur

Gränsvärde	$\leq 15^\circ$. Kontakt mellan fragmenten. Kraven på ett gott frakturläge är störst för os MT I.
Behandling	Stadiga skor, kryckor och råd om högläge räcker oftast. Vid fraktur på flera av metatarsalbenen och på äldre barn kan gips behövas för smärtlindring.
Uppföljning & Fixationstid	Successiv mobilisering i vardagsliv och avvecklar ev. kryckor allteftersom smärtan släpper. Läkningstid 2 – 3 veckor. Inga återbesök, ska vara fullt återställda efter 6 veckor. De fåtal patienter som erhållit gips återkommer för avgipsning efter 3 veckor.
Undvika risker	3 – 4 veckor från olyckstillfället/ 3 – 4 veckor efter avgipsning.
OBS!	Lisfranc's fraktur (luxationsfraktur i mellanfoten) måste reponeras och fixeras kirurgiskt. Lagg gipsskena och kontakta ortopedbakjour dag/kvälltid.

Avulsionsfraktur vid basen av os MT V

Gränsvärde	≤ 3 mm diastas.
Behandling	Gipsstövel eller Walkerortos . Belastning tillåten.
Uppföljning & Fixationstid	Avgipsning och klinisk kontroll efter 3-4 veckor. Vid ömhet över frakturområdet tas ny röntgen. Kontakta vid behov ortopedbakjour dagtid.
Undvika risker	2 veckor efter avgipsning.

Tåfrakturer

Gränsvärde	Röntgen av stortån vid misstanke på fraktur. Övriga tår röntgen enbart vid synlig felställning eller tecken på luxation.
Behandling	Stadiga skor. Tvillingförband under 2–3 veckor. Intraartikulär fraktur med felställning på dig I, kan ibland kräva reposition och stiftning, kontakta ortopedbakjour dagtid vid behov.
Uppföljning & Fixationstid	Successiv mobilisering i vardagsliv allt eftersom smärtan släpper. Läkningstid 2–3 veckor. Inga återbesök, ska vara fullt återställda efter 6 veckor.
Undvika risker	3 – 4 veckor från olyckstillfället.

Om dokumentet

Uppdaterat 2025-11-27