

Höftfyseolys, barnortopedi

- Se nationellt beslutsstöd för handläggning:
<https://spoq.registercentrum.se/stod-for-vardpersonal/hoftfyseolys-scfe/besluts-och-kunskapsstoed/p/H1SgV8r9r>

Diagnos

Det finns tre olika typer av höftfyseolys. Förutom att mäta glidningsvinkelns storlek (<https://spoq.registercentrum.se/stod-for-vardpersonal/hoftfyseolys-scfe/hoeftfyseolys-definitioner-och-maetmetoder/p/rJaOxuge->) samt värdera symptom utifrån anamnes och statusfynd, behöver man på bra röntgenbilder (bäckenfrontal och sida enligt Lauenstein med båda höfterna avbildade) särskilt noga även värdera det helt fysnära området anteriort på metafysen där en liten avrundning ofta ses om man följer collums anteriora kant fram till fysen. Fysen är ofta också något vidare än i den kontralaterala höften (se bild).



- **Stabil Höftfyseolys.** Detta är den absolut vanligaste där epifysen ligger kvar i acetabulum medan metafysen går i extern rotation samt extension (syns oftast väl på en bra sidoprojektion enligt Laeunstein). Barnet har då i ökande grad svårighet att rotera inåt samt flektera i höften men kan fortfarande förflytta sig med eller utan hjälp dubbla kryckor. Vid samtidiga symptom vid belastning eller klinisk rotationsprovokation med smärta från höft/ljumske/lår eller knä (alternativt med redan diagnosticerad höftfyseolys i en höft) användes för mätning av glidningsvinkeln, enligt såväl Billing som enligt calcar femorale, gränsvärdet ≥ 13 grader.

- **Instabil Höftfyseolys.** Ca 10% av alla höftfyseolys. Som ovan men kan inte förflytta sig själv ens med dubbla kryckor. Status mer som vid ”fraktur”. Här kan oftast endast en frontalprojektion erhållas av den affekterade höften men den kontralaterala höften ska alltid också undersökas med korrekt tagna bilder, frontal och sida. Man mäter då glidningsvinkelns storlek i frontalplan enligt Southwick för höften med instabil höftfyseolys. Stor glidning föreligger då vinkeln är ≤ 10 grader (detta motsvarar >50 graders glidningsvinkeln mätt med Billing eller calcar femorale-teknik).
- **Valgus Höftfyseolys.** Vid denna betydligt mer ovanliga variant (ca 2%) är fysen på frontalbilden av höften betydligt mer horisontalt riktad än i andra höften samt med en samtidig glidning mellan epifys och fys i sidoprojektionen på ett liknande sätt som ovan beskrivits för de vanligare varianterna. Kirurgiskt är behandlingen betydligt mer krävande vid en valgus höftfyseolys varför vi rekommenderar kontakt med erfaren barnortoped alt. barnortoped i den Nationella fyseolysgruppen (se Nationellt beslutsstöd ovan).

Implantat

Osteosyntes med 1 st. LIH-spik är vår standardbehandling även ned i åldrarna 9-10 år. För det yngre barnet så väljs en LIH-spik som är 10-15 mm ”för lång” för att tillåta tillväxt i collum femoris.

Multipla stift med en mycket kort gänga i änden (t.ex. gudestift OLMED skruv) kan undantagsvis i de allra lägsta åldrarna vara ett alternativ.

P.g.a. fysens ”icke-sfäriska” form ger en centralt placerad spik/skruv (i både frontal- och sidoprojektion) tillräcklig stabilitet.

Man behöver **vanligtvis förlägga ingångsstället betydligt mer ventralt på proximala femur**, jmf med vid höftfrakturkirurgi, för att kunna komma centralt i epifysen i samtliga plan med LIH-spiken! Vid genomlysning användes ett gudestift utanpå huden för att hitta rätt ”entrypoint” – tuschmarkera på huden i AP och LAT projektion, se bild nedan, för hudmarkering perioperativt.



Provtagning (preop)

S-TSH och fritt T4 samt 25-OH Vit D på alla som rutin.

Därutöver räcker vanligen blodgruppering och blodstatus om inga särskilda andra förhållanden föreligger.

Notera särskilt:

- Längd och vikt.
- Tid från symptomdebut till första vårdkontakt.
- Tid från första vårdkontakt till operation.
- Eventuellt annan komorbiditet såsom t.ex. endokrin- och/eller metabol sjukdom men även annan sjuklighet är som alltid viktigt att fånga upp tidigt.

Handläggning av stabil höftfyseolys (95 % av fallen):

- Se nationellt beslutsstöd (även publicerat på SPOQ och SBOF:s hemsidor) för handläggning. Pdf-fil som bilaga till detta dokument.

Handläggning vid instabil höftfyseolys (<10 % av fallen):

- Se nationellt beslutsstöd (även publicerat på SPOQ och SBOF:s hemsidor) för handläggning. Pdf-fil som bilaga till detta dokument.

Efter anestesistart flyttas barnet till operationsbordet och benet fixeras försiktigt med neutral rotation i höftleden.

Sträckbordet användes ALDRIG för traktion!

En centralt placerad spik (frontal och sida) räcker i de allra flesta fall. Om ytterligare en spik/stift erfordras bör denna sättas kaudalt om den första och ej gå närmare än 1 cm från epifysens begränsning på genomlysningsskivan för att minimera risken för accidentell penetration in i leden då detta kan öka risken för kondrolyt.

I det fåtalet fall med mycket stor glidning där osteosyntes inte är möjlig efter ovanstående insatser kan manuell försiktig reposition (öppen eller sluten) behöva utföras till ett läge som tillåter intern fixation (det är den akuta komponenten som man kan reponera men absolut inte den kroniska delen av glidningen med redan etablerad metafysär remodelering).

Postoperativ handläggning:

Röntgen postoperativt ska alltid utföras inom 24 timmar – enbart ev. sparade genomlysningsskivor från op. salen räcker inte!

Ge tidigt information till Bengt Hergren om varje patient som opererats för höftfyseolys (oavsett om det är primär operation för höftfyseolys, profylaktiskt fixerad höftled, planerat följdingrepp eller re-operation) **så blir de registrerade i det barnortopediska kvalitetsregistret, SPOQ.**

Generellt

Följ råd i beslutsstöd på www.spoq.se utifrån typ av klinisk klassifikation (stabil eller instabil) samt beroende på glidningens storlek.

Undvika kontaktsporter av olika slag fram till fys-slutning proximala femur respektive 8 veckor efter att ev. extraktion av osteosyntesmaterial har utförts.

Motivera patient och föräldrar upprepade gånger att inte tveka utan söka läkare direkt för att få höftlederna undersökta vid nytillkommen/tilltagande hälla eller värk ifrån höften/låret eller ned mot knäleden (alternativt in mot ljumsken). Undersökningen måste då alltid inkludera akut röntgenundersökning med både frontal och lateralprojektion.

Informera vid utskrivning från sjukhuset barnet/ungdomen och föräldrar om SPOQ - vårt nationella barnortopediska kvalitetsregister för bl.a. höftfyseolys (www.spoq.se).

Följ den opererade höftleden

- Återbesök 6 veckor postoperativt med röntgen frontalbild samt lateral projektion enligt Billing av både den opererade och den kontralaterala höftleden.
- Därefter tas röntgen 1 gång per år röntgen med frontalprojektion och lateral projektion enligt Billing fram till fys-slutning har säkerställts. Samtidigt planeras återbesök vid ortopedmottagningen för att bl.a. avgöra huruvida spiken/stiften börjar bli för kort och byte ev. kan behöva övervägas.
- Vid 2-års kontrollen i samband med återbesök ortopedmottagningen fyller barnet/ungdomen i en enkät digitalt (PROM i SPOQ) med hjälp av surfplatta och en engångskod för inloggning som lämnas ut vid 1-årskontrollen av mottagningspersonalen. Bäckfrontal och Lauensteinbild tas samtidigt.
- Vid 18 års ålder sker en slutkontroll med återbesök vid ortopedmottagningen med PROM enligt ovan samt röntgen. Då tass även stående bäckenfrontal samt Lauenstein i liggande (båda höfterna).

Följ den kontralaterala höftleden om profylaktisk fixation ej utförts

Vid första återbesöket 6 veckor postoperativt tas även röntgen av den icke opererade höftleden med lateral projektion enligt Billing. Därefter var 4:e månad (fram tills fys-slutning har säkerställts i proximala femur) med enbart röntgen lateralprojektion enligt Billing. Brevsvar till patient och

föräldrar. Återbesök erfordras ej vid dessa ”mellankontroller” men en gång per år ska denna röntgen samordnas med återbesök, se ovan för opererad höftled.

Extraktion av osteosyntesmaterial

Endast om lokala besvär och då efter radiologiskt säkerställd fys-slutning i proximala femur.

I de fall då spiken redan, på grund av en hastig tillväxtpurt, dragits in mot eller genom kortex skall implantatet dock alltid lämnas.

Undvika kontaktsport 8 veckor postoperativt efter spikextraktion.

Även extraktion av eller byte av osteosyntesmaterial skall registreras i SPOQ, gäller även profylaktiskt fixerad höftled (planerat följdingrepp).

Re-operation:

Varje re-operation (inklusive för profylaktiskt fixerad höftled) skall alltid registreras i SPOQ.