

Vær oppmerksom på faren for utvikling av losjesyndrom ved diafysære crusfrakturer. Også proksimale og distale bruddskader kan medføre losjesyndrom. Forekomsten øker med graden av energi i traumet. Vanskelig å gi et eksakt estimat på dette, men i et materiale på 414 pasienter med diafysære crusfrakturer utviklet 8,1 % ACS (1)

Diagnose: Hovedsymptomer er de 5 pèr. Pain, pallor, paraesthesia, paralysis and pulselessness. Diagnosen er vanskelig men følgende bør gi sterk mistanke.

Høyenergi trauma,
Spent ekstremitet,
“pain out of proportion” med økende behov for analgetika,
Smerter ved passiv strekk av foten,
Nedsatt sensibilitet, spes på fot i spatiet mellom 1. og 2. stråle.

Diagnosen er spesielt vanskelig hos sederte / komatøse pasienter.

Trykkmåling: Utføres ved tvil, alltid ved komatøse pasienter. Alltid konferer bakvakt.

Fremre losje, anticuslosjen, er vår referanse. Utstyr finnes på intensivavdeling, kontakt personalet der:

1. Arteriekanyle
 2. Arterietrykksett
 3. Kabel til arterietrykksett
 4. 500 ml NaCl koblet i overtrykksmansjett
 5. Monitor til avlesning av trykkmålingen
- Arteriekanyle settes 5 cm distalt for tub.tibia, 2 fingerbredder lateralt for tibiakanten. Kanylen vinkles 45 grader nedover på tibias lengdeakse.
 - Nålen tas ut, og plasthylsen da blir liggende på ønsket sted
 - 500 ml NaCl i overtrykksmansjett (200 mmHg) kobles til arterietrykksettet som skylles gjennom
 - Den andre enden av trykksettet kobles så til arteriekanylen.
 - Arterietrykksettet kobles til kabelen som igjen kobles til monitoren for avlesning av trykk.
 - Før bruk må trykksettet nullstilles.

Pasient monitoreres på intensiven.

Verdier som gir indikasjon for fasciotomi: Trykk over 40 mmHg > 30 minutter hos våken pas.

Sederte/komatøse eller barn > 30 mmHg .

Fasciotomi: Ring overlege ved tvil om diagnosen og hvordan fasciotomien skal gjennomføres. Alle fire losjene i leggen åpnes gjennom to snitt. Fremre og laterale losje åpnes gjennom et langt anterlateralt snitt rett foran fibula. Bakre og dype losje gjennom et medialt snitt minst 2 fingerbredder fra tibiakanten. Obs. den dype bakre losjen. Kjenn etter at du har fingeren inn bak tibia.

Etterbehandling: Skifte på op stue etter 2 døgn. Karstrikk. Fjerne nekrotisk vev. Hva er viabelt? Sjekk med diatermi eller slag på muskel. Vurder gradvis lukking eller behov for delhud.

- (1) Compartment syndrom in tibial fractures. J Orthop Trauma 2009 Aug;23(7):514-18
- (2) International Orthopaedics (SICOT- 2011)
- (3) Metodebok for ortopedisk avd. OUS 2013

Kryssreferanser

Eksterne referanser

