			<b>Prosedyre</b>
<b>Ansiktsfrakturer, ØNH</b>			Side 1 av 2
Dokument ID: <b>II.SOK.ØNH.FEL.12-20</b>	Godkjent dato: <b>04.04.2024</b>	Gyldig til: <b>04.04.2026</b>	Revisjon: <b>2.00</b>

Somatikk Kristiansand/Øre Nese Hals/Øre Nese Hals fellesdokumenter/Metodebok for ØNH-leger

## HENSIKT

Standardisert behandling av ansiktsfrakturer ved SSHF

## MÅLGRUPPE

ØNH-leger

## Bakgrunn:

Prosedyren gjelder behandling av orbitagulv- og kinnbensfrakturer. Mandibelfrakturer og andre frakturer behandles ved oralkirurgisk seksjon, SSA, eller ved kjevekirurgisk avdeling, OUS/Ullevål.

## Symptomer/funn:

Oppstår etter direkte traume. Obs! Mulighet for samtidig intrakraniell skade og nakkeskade ved alvorlig traume. Ved skademekanisme som kan gi alvorlige skader, skal pasienten mottas i traumeteam. Pasientene kan ha samtidig øyeskade (konferer evt øyelege). Samtidige tannskader kan forekomme.

Vanlige symptomer er smerter, trismus, nummenhet i affiserte kinn, evt dobbeltsyn, tåkesyn eller blindhet. Funn kan være lateral subkonjunktival blødning, innslått kinnben, palpatoriske step i ansiktsskjelettet, innskrenket kjevemotilitet og bittavvik. Innskrenket øyemotilitet, særlig ved blick oppad. Ofte hevelse og rødme i øyelokk og omliggende vev. Hypoglobus og enoftalmus er sjelden.

## Diagnostikk:

Ved mistanke orbitafraktur med synsaffeksjon, skal pasienten henvises til ØNH som øyeblikkelig hjelp. Ellers bør pasienten undersøkes av ØNH-lege senest første dag etter skade.

Diagnosen baserer seg på CT ansiktsskjelett og kliniske funn. CT bør dekke hele skallen og ned til og med mandibel. CT-bilder vurderes av kompetent kirurg. Hos barn og unge kan CT være negativ ved små green-stick frakturer i orbitagulv, og skal ikke vektlegges ved klinikk på inneklemming av muskel.

Det skal gjøres palpasjon av hele ansiktsskjelettet. Det skal undersøkes mtp gapeevne og bittavvik. Vurdering av syn og øyemotilitet skal gjøres med undersøkelse av pupillereaksjon, fingertelling og H-test. Ved klinisk mistanke om synsaffeksjon, skal øyelegetilsyn bestilles.

Ved progressiv synssvekkelse, skal pasienten opereres som øyeblikkelig hjelp hvis kompetent kirurg er tilgjengelig. Bruk evt tonometer for å avklare øyetrykk. Ofte kan trykkavlastning gjøres med lateral kantotomi (se egen prosedyre).


## Behandling:

Begrensede, udisloserte og stabile frakturer kan observeres med konservative tiltak. Pasienter som behandles konservativt skal kontrolleres mtp forverring av symptomer. Pasienten skal settes i stand til å ta en informert beslutning om evt behandling. Komorbiditet skal inngå i vurderingen.

Det finnes ingen etablert konsensus om indikasjoner for operativ behandling. Tidspunkt for kirurgi avhenger av klinikk. Følgende funn taler for å anbefale kirurgi:

Orbitagulvfrakturer (listen er ikke uttømmende):

Utarbeidet av: <b>Anders Torp</b>	Fagansvarlig: <b>Øystein Haugen</b>	Godkjent av: <b>Jorunn Sandvik</b>	Dokumentnr.: D53130
--------------------------------------	--	---------------------------------------	------------------------

		<b>Ansiktsfrakturer, ØNH</b>			<b>Side: 2</b> <b>Av: 2</b>
Dokument-id: II.SOK.ØNH.FEL.12-20	Utarbeidet av: Anders Torp	Fagansvarlig: Øystein Haugen	Godkjent dato: 04.04.2024	Godkjent av: Jorunn Sandvik	Revisjon: 2.00

Somatikk Kristiansand/Øre Nese Hals/Øre Nese Hals fellesdokumenter/Metodebok for ØNH-leger

- Retrobulbært hematom med synsaffeksjon
- Vetrikal diplopi med øyemotilitetsinnskrenkning, obs green stick hos barn/ungdom
- Vedvarende enoftalmus >2mm eller vedvarende diplopi etter 14 dager
- Vedvarende diplopi etter 10-14 dager
- Frakturer som utgjør mer enn 50% av orbitagulvet

Kinnbensfrakturer:

- Bør som regel opereres hvis dislokasjon.

Preoperativ antibiotikaproylakse og steroider gis etter nasjonale retningslinjer.

Valg av reponeringsteknikk, osteosyntesemateriell og plater vurderes individuelt.

#### **Postoperativ oppfølging:**

Evt øyelapp/-bandasje skal tas av så snart pasienten er våken etter narkose. Man skal snarest mulig avklare pasientens syn på opererte øye. Betydelig svekket syn, blindhet eller progressiv synsvekkelse, skal håndteres som øyeblikkelig hjelp og avklares med undersøkelse av ØNH-lege og CT.

Pasienter som er operert i orbitagulvet skal observeres mtp øyesymptomer over natten.

Pasienter som er operert for kinnbensfraktur kan håndteres dagkirurgisk dersom ukomplisert postoperativt forløp.

Postoperativ CT og/eller øyelegekontroll gjøres ikke rutinemessig, men bestilles på indikasjon.

Videre postoperative kontroller vurderes individuelt.

Pasienter med brudd i orbitagulv skal unngå trykkøkning i nese/bihulesystemet (nysing, hosting, valsvalva etc) i noen uker etter skadetidspunkt.

Pasienter med brudd i kinnknote anbefales myk mat i 6-8 uker.

Kilder:

Alinasab, B (2017). *Orbital blow out fracture, to operate or not to operate – that is the question.* (PhD). Karolinska institutet, Stockholm, Sverige

Hågensli, N. (2009). Zygomaticusfrakturer. I Hanao et al (red.) *Ansiktstraumatologi* (1. utg, s 75-76). Fagbokforlaget

Skjelbred, P. (2009). Orbitafrakturer. I Hanao et al (red.) *Ansiktstraumatologi* (1. utg, s 71-74). Fagbokforlaget

#### **Kryssreferanser**

#### **Eksterne referanser**