
Differensiert behandling av håndleddsbrudd

REDAKSJONELT

HOVE LM

I løpet av de siste ti år har det skjedd en markert økning av interessen for brudd i distale radius. Abraham Colles'optimistiske formulering i 1814 om at dette var et brudd som ville tilhele uten å gi pasienten varige plager, passer dårlig med de siste års rapporter med en komplikasjonsfrekvens etter konservativ behandling på omkring 30% (1, 2). Etter at de nordiske land fikk sine pasientskadeordninger, er følgetilstander etter håndleddsbrudd blitt den vanligstegrunn til klage (3). Utilfredsstillende anatomisk sluttresultat er vanligst. Dette har fremtvunget en radikal endring i behandlingen av slike brudd.

Ustabile håndleddsbrudd lar seg ikke stabilisere med gips alene. Derfor er mer stabile fiksasjonsmetoder innført. Devanligste metodene er ekstern fiksasjon og perkutan pinning.

I flere studier av ulike fiksasjonsmetoder har man sammenliknet uensartede grupper pasienter med ulike bruddtyper og behandlingsmetoder og slik fått resultater som spriker. Det er derfor gledelig å få presentert en prospektiv, randomisert klinisk undersøkelse som sammenlikner de to vanligste fiksasjonsmetodene, ekstern fiksasjon og perkutanpinning, i dette nummer av Tidsskriftet (4).

Klassifisering

Henrich Nissen-Lie innså allerede i 1939 at for å kunne evaluere resultatene og komplikasjonene etter behandling av håndleddsbrudd, måtte man ha klassifiseringssystemer som muliggjorde gruppering etter frakturmønstre og grad av knusing (5). I dag er klassifisering etter Older (4), Frykman (6) og AO-systemet mest brukt. Funksjonell klassifisering (4, 7) er også nødvendig for å kunne sammenlikne anatomiske forhold og funksjon.

Behandling

For å velge riktig behandling av håndleddsbrudd må man kunne skjelne mellom stabile brudd og ustabile brudd. I tillegg må alder og livsfunksjon vurderes. Høyenergiskader hos unge pasienter er prinsipielt en helt annen skadetype enn lavenergiskader hos eldre, osteoporotiske pasienter. Siden håndleddet ikke er et vekt bærende ledd, kan man oppleve at pasienter etter yrkesaktiv alder kan fungere relativt bra til tross for dårlig anatomisk sluttresultat. Man kan derfor hos enkelte, eldre pasienter tillate noe feilstilling og likevel ofte oppnå relativt god funksjon i håndleddet. For pasienter under pensjonsalder derimot er det ettertrykkelig fastslått at det er en klar sammenheng mellom anatomisk sluttresultat og funksjon, og at selv noen få millimeters forkorting kan føre til betydelig invaliditet (8, 9). Behandlingen av disse pasientene skal derfor følge de generelle regler for frakturbehandling om nøyaktig reposisjon og stabil fiksasjon (9, 10).

Stabile brudd

De stabile håndleddsbruddene er de ekstraartikulære, moderat dislokerte og ikke-komminuterte. Disse kan behandles med lukket reposisjon og gips i 3-5 uker. Når hevelsen etter noen dager har avtatt, bør gipsen strammes opp for å hindre sekundær dislokasjon. Bruddet bør oftest immobiliseres i nøytral stilling. Trepunktstrykk er nødvendig, og gipsen må tillate fri finger- og albubevegelse. Dårlig anlagt gips hindrer den nødvendige pumpemekanismen fra finger- og albubevegelser og er derfor en sterkt medvirkende årsak til dystrofiske komplikasjoner. Overdreven volarfleksjon er uheldig og fører ofte til nervekompresjonssymptomer. Et kontrollopplegg er nødvendig for å diagnostisere komplikasjoner og for å oppdage ustabile brudd med sekundær dislokasjon. Enkelte pasienter kan trenge fysioterapi i gipsperioden for å kunne gjennomføre det nødvendige behandlingsprogrammet.

Ustabile brudd

Ustabile brudd er brudd med moderat til uttalt knusing, uttalt dorsal feilstilling (> 25 grader), forkorting mer enn 4-5 mm eller intraartikulær trinndanning på over 2 mm. Disse bør oftest behandles operativt. En rekke studier har vist utmerkede resultater og få komplikasjoner etter operativ behandling (4, 10-12). Kan bruddet reponeres lukket til anatomisk stilling, er det å foretrekke, etterfulgt av ekstern fiksasjon eller perkutan pinning som beskrevet av Ludvigsen og medarbeidere (4). Hvis man etter lukket reposisjon fortsatt har intraartikulær trinndanning mer enn 2 mm, kan artroskopisk reposisjon være et verdifullt supplement etterfulgt av perkutan pinning (10). Enkelte undersøkelser har vist at man ved perkutan pinning ikke har kunnet opprettholde full lengde ved de mest ustabile bruddene. Kombinasjon av pinning og ekstern fiksasjon kan være aktuelt ved slike skader (4, 10).

Ekstern fiksasjon har i flere av de først publiserte seriene medført mange komplikasjoner. Infeksjon rundt pinnene og dystrofiske komplikasjoner har dominert, men avtatt ettersom man har fått mer erfaring (4, 11, 12). Mange pasienter kunne ha

langvarig stivhet i håndleddet etter ekstern fiksasjon til tross for utmerket anatomisk sluttresultat. Forskjellige dynamiske fiksatorer som er lansert de siste årene, prøver å kompensere for dette problemet (12).

Brudd som sekundærdislokerer etter anatomisk reposisjon og gips, er også ustabile brudd som trenger stabilfiksasjon. Ny reposisjon og gips fører vanligvis til ytterligere glidning slik at sluttresultatet blir omtrent somstillingen var før første reposisjon (11).

Enkelte intraartikulære brudd lar seg ikke reponere lukket. Åpen reposisjon og osteosyntese med pinner eller plate og skruer eller kombinasjoner, kan bli aktuelt for å oppnå kongruente leddflater i radiokarpalledet og det distaleradioulnare leddet. Computertomografi kan være nyttig hjelpemiddel for å kartlegge omfanget av artikulær skade. Samtidig skade av triangulærligamentene kan nødvendiggjøre sutur eller fiksasjon av disse. Resultatene etter operativ behandling av disse omfattende skadene er svært oppmuntrende (10-11).

Komplikasjoner

Brudd som har tilhelet med feilstilling, kan behandles med korrigerende osteotomi av radius og/eller ulna (9, 11). Slike rekonstruksjoner bør helst utføres relativt tidlig, innen ett år, etter skaden, hvis fysioterapi ikke har ført til normalisert funksjon (9, 11).

Foruten feilstilling er det nervekompresjonssyndromer og refleksdystrofi som er de vanligste komplikasjonene til håndleddsbrudd (1-3). Mer aggressiv behandling av feilstillingen har redusert antall nervekomplikasjoner (11). Veltilrettelagt gips som tillater nødvendig pumpefunksjon, kan sannsynligvis redusere de dystrofiske komplikasjonene. Deter i tillegg viktig å eliminere andre smertefoci slik at pasientene blir i stand til å gjennomføre treningen med mobilisering av tilstøtende ledd (fingrer, albue, skulder) uten smerter.

Ruptur av tommelens lange strekkesene og andre senerupturer kan forekomme etter håndleddsbrudd. Rekonstruksjon med senertransposisjon eller transplantasjon gir utmerkede resultater (11).

Konklusjon

Differensiert behandling som Ludvigsen og medarbeidere omtaler (4), er viktig for å bedre funksjonen og redusere antall komplikasjoner etter håndleddsbrudd. De fleste brudd er stabile og kan behandles konservativt. Ustabile brudd kan diagnostiseres allerede ved de primære røntgenbildene eller ved tidlige kontroller og bør behandles operativt. De vanligste metodene er ekstern fiksasjon eller perkutan pinning. Åpen reposisjon og intern fiksasjon kan være nødvendig for enkelte brudd. Den faglige utfordringen ligger i nøyaktig diagnose og deretter optimal behandling av denne store gruppen pasienter.

Leiv M. Hove

LITTERATUR

1. Cooney WP, Dobyns JH, Linscheid RL. Complications of Colles' fractures. *J Bone Joint Surg Am* 1980; 62: 613-9.
 2. Stewart HD, Innes AR, Burke FD. The hand complications of Colles' fractures. *J Hand Surg Br* 1985; 10: 103-6.
 3. Jonsson U, Abbaszadegan H. Colles' fraktur och patientförsikringen: informera tidigt om risken för redislokation. *Läkartidningen* 1992; 89: 1661-2.
 4. Ludvigsen TC, Johansen S, Svenningsen S. Ustabile brudd i distale radius. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996; 116: 3093-7.
 5. Nissen-Lie H. Fract. radii "typica". *Norsk Mag Lægevidensk* 1939; 100: 293-303.
 6. Frykman G. Fractures of the distal radius including sequelae - shoulder-hand-finger syndrome, disturbance in the distal radioulnar joint and impairment of nerve function. A clinical and experimental study. *Acta Orthop Scand* 1967; 38 (suppl 108): 1-153.
 7. Gartland JJ, Werley CW. Evaluation of healed Colles' fractures. *J Bone Joint Surg Am* 1951; 33: 895-907.
 8. Aro HT, Koivunen J. Minor axial shortening of the radius affects outcome of Colles' fracture treatment. *J Hand Surg* 1991; 16A: 392-8.
 9. Fernandez DL. Reconstructive procedures for malunion and traumatic arthritis. *Orthop Clin North Am* 1993; 24: 341-63.
 10. Cooney WO, Berger RA. Treatment of complex fractures of the distal radius. Combined use of internal and external fixation and arthroscopic reduction. *Hand Clin* 1993; 9: 603-12.
 11. Hove LM. Distal radius fracture. A study of occurrence, treatment and complications. Doktoravhandling. Bergen: Kirurgisk Institutt, Universitetet i Bergen, 1994.
 12. Dijk JP van, Laudy FGJ. Dynamic external fixation versus non- operative treatment of severe distal radial fractures. *Injury* 1996; 27: 57-61.
-

Publisert: 30. oktober 1996. *Tidsskr Nor Legeforen*.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 21. juli 2026.