

Fot, Lisfrancskada

Hitta i dokumentet

[Sammanfattning](#)
[Undersökning](#)
[Stabilitetstest i narkos](#)
[Konservativ behandling](#)
[Kirurgisk behandling](#)

[Tips vid kirurgi](#)
[Referenser](#)
[Uppdaterat från föregående version](#)

Sammanfattning

En Lisfrancskada är en skada som drabbar fotens tarsometatarsalleder (TMT-leder, även kallad Lisfrancs led). TMT 2 är den viktigaste av dessa leder och det är där man kan se skadan tydligast. Lisfrancskadan är alltid ledengagerande vilket skiljer den från extraartikulära proximala metatarsalfrakturer som är mycket lättare att behandla.

Undersökning

Har patienten hematom plantart i foten bör man utgå från att det föreligger en Lisfrancskada tills motsatsen är bevisad. Ofta kan man se intraartikulära frakturer i baserna på metatarsalbenen men ibland finns inga frakturer alls utan skadan är endast ligamentär. Lisfrancs ligament är det viktigaste av dessa och löper plantart mellan basen på metatarsale 2 (MT2) och cuneiforme mediale. Om det ser ut att finnas en ökad spalt mellan dessa ben måste man alltid misstänka en Lisfrancskada.



Lisfrancskada vä



Jämförande hö

Om man misstänker att patienten har en Lisfrancskada skall man komplettera slätröntgenbilderna med en datortomografi. På dessa bilder kan man ibland se ett så kallat "Fleck-sign" som är en liten avlösning från plantara delen av basen på MT2 där Lisfrancs ligament fäster. Detta talar starkt för att patienten har en Lisfrancskada.



Fleck sign, samma patient

Stabilitetstest i narkos

- Om röntgenbilderna visar en tydligt dislocerad skada behöver man inte stabilitetstesta. De fallen lämpar sig för **operativ** åtgärd.
- Om man inte kan se någon dislokation överhuvudtaget (<1 mm) i Lisfrancs led men det föreligger andra fynd som avgör diagnosen (tex Fleck sign) behöver man inte heller stabilitetstesta utan kan behandla skadan **konservativt**.
- I fall där det finns en minimal till måttlig dislokation eller där man är osäker på om det faktiskt föreligger en Lisfrancskada bör man göra ett **stabilitetstest**. Detta görs i kort narkos med genomlysning på operation.

Konservativ behandling

Lämplig endast för **fullständigt** odislocerade Lisfrancskador. Konsultera ortopedspecialist innan du tar beslut om konservativ behandling.

- Gipsstövel 6v, fullständig avlastning. Därefter walkerortos med prefabricerat hålfotsinlägg 4v och belastning till smärtgräns. Sedan ortosavveckling och full belastning i skor med gjutna inlägg.
- Återbesök till sjuksköterska och OTA vid 6 veckor, till läkare vid 10 veckor.
- Skriv redan vid akutbesöket två remisser till ortopedteknikerna (OTA); för walkerortos samt för individuellt anpassade fotbäddar så att de kan utföra avgjutningar i samband med återbesöket vid 6 veckor.
- Skriv också omgående remiss till sjukgymnast så att de kan sätta igång rehab direkt efter återbesöket vid 10 veckor.

Kirurgisk behandling

Temporär artrodes är den gängse behandlingen. Den temporära artrodesen avvecklas efter 3-4 månader. Det kan i vissa fall vara aktuellt med primär artrodes vid komplicerade skador. Måttligt dislocerade Lisfrancskador kan skruvfixeras perkutant med cannulerade skruvar. Kraftigt dislocerade Lisfrancsskador, särskilt med intraartikulära frakturer kan behöva reponeras öppet och plattfixeras med 2,7 mm vinkelstabla plattor. Unga patienter lämpar sig för plattfixation eftersom det är skonsammare för ledytorna. Postoperativt skall patienten

behandlas som de konservativt behandlade med skillnaden att återbesöket vid 10 veckor ändras till att patienten bokas till operation 3-4 månader postoperativt för extraktion av skruvarna.

Tips vid kirurgi

- Lägg patienten på ett genomlysningsbart bord (delade benplattor)
- Den klassiska skruvpositioneringen visas på bilderna.
- Skruvarna skall vara helgängade och ej komprimera lederna.
- Använd en stor weber frakturhållartång för att trycka tillbaka MT2 i sin ursprungliga position. Om repositionen inte blir perfekt måste den göras öppet.
- Vid öppen kirurgi beakta a. dorsalis pedis samt n. peroneus profundus som går tillsammans ovan TMT2 och ned mellan MT1 och MT2. Det är mycket lätt att skada dessa strukturer.



Klassisk skruvplacering vid Lisfrancskada

Referenser

Eleftheriou, Rosenfeld, Calder; Lisfranc injuries: an update; Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc (2013) 21:1434–1446

Desmond, Chou; Current Concepts Review: Lisfranc injuries; Foot & Ankle International vol 27, #8 August 2006:653-660

Uppdaterat från föregående version

Ersätter 2020-05-14. Inga ändringar.