
Femurfrakturer hos barn

REDAKSJONELT

VIDDAL KO

I dette nummer av Tidsskriftet omtales femurfrakturer hos barn fra to av våre store sykehus: Haukeland Sykehus og Regionsykehuset i Trondheim (1, 2). Ved etterundersøkelse av et stort antall pasienter fant Nils Vetti og medarbeidere at insidensen er størst i tidlig barnealder med en ny økning hos gutter i tenårene (1). Dette kan forklares med at småbarn har relativt nedsatt beinstyrke i femur (3) og at trafikk- og idrettsulykker er viktige årsaker til årbeinsbrudd.

Barn har raskere tilhelingstid og større evne til selvkorrigerende av feilstillinger enn voksne. På den annen side vil brudd hos barn kunne påvirke veksten over tid, noe man må ta hensyn til ved valg av behandlingsmetode. Den primære målsetting ved behandlingen er å oppnå et varig funksjonelt godt resultat, dvs. at barnet kan gå og løpe normalt uten smerte og uten ryggplager. Det er av betydning at behandlingen er lite fysisk og psykisk traumatisk både for pasient og pårørende. Behandlingen skal være praktisk gjennomførbar.

Det er bred enighet om at behandlingen må tilpasses alder, kroppsvekt, dislokasjon/stabilitet av fraktur og eventuelle kombinerte skader. Ved distale, stabile frakturer kan gips benyttes. I Norge brukes fortsatt mest strekkbehandling: plasterstrekk for barn under to år og 90°/90° femurstrekk f.eks. på Webers strekkbord i aldersgruppen 2-9 år. Strekkbehandling er lett å gjennomføre. Primærvakt foretar oppheng, og justeringer kan lett utføres før konsolidering. Behandlingen gjøres skånsom ved at barnet ligger i avdelinger med leke- og skoletilbud. Hos eldre barn og ungdommer blir strekkbehandling nå gradvis erstattet med operative behandlingsmetoder. Ekstern fiksasjon er i løpet av de siste år blitt standardbehandling hos de eldste barna ved Ullevål sykehus og er spesielt anvendelig hos demultitraumatiserte. Margnagling brukes hos dem som nærmer seg voksen alder.

Ønsket om å redusere utgifter og varighet av sykehusopphold har ført til at bruk av hoftegips igjen har fått fleretilhengere (4). Mange er imidlertid skeptiske til langvarig hoftegips både pga. resultater og de praktiske ulemper. Kombinasjonsbehandling med kortvarig strekk etterfulgt av hoftegips kan være et brukbart kompromiss. Fleksible intramedullære nagler har fått økende popularitet og kan brukes helt ned i fire års alder (5).

Dislokasjonsgrad før konsolidering bedømmes tradisjonelt med røntgen. Feilstillinger korrigeres ved strekkjustering eller rereposisjon. Ultralydkontroll for bedømming av rotasjonsfeil brukes nå rutinemessig ved vår avdeling ved suprakondylære humerusfrakturer, men er mindre egnet i behandlingsperioden ved femurfrakturer.

Det er spesielt lengdeforskjell (anisomeli) og i mindre grad rotasjonsfeil som har betydning for det funksjonelleresultatet (6, 7). Det er viktig at evalueringen skjer minst to år etter frakturtidspunkt da vekststimulering og selvkorrigering tar tid (8). Vetti og medarbeidere (1) og Turid Nordbø og medarbeidere (2) etterundersøkte sine pasienter i gjennomsnitt ca. sju år etter skadetidspunkt. Så vel kliniske som røntgenologiske metoder og ultralydundersøkelse er brukt. Kliniske undersøkelser vil oftest kunne avdekke grovere feil som har praktisk betydning, mens ultralyddiagnostikk beskrevet av Terjesen og medarbeidere (9) vil være et godt alternativ.

Det kan konkluderes med at strekkbehandling fortsatt er en trygg og praktisk behandlingsmetode for lårbeinsbrudd hos barn opptil 9-10 års alder. Hos eldre barn/ungdommer, ved åpne brudd og multitraumer bør man overveie operative metoder.

Karl Olav Viddal

LITTERATUR

1. Vetti N, Lindtjørn B, Engesæter LB. 406 femurfrakturer hos barn. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 3415-8.
2. Nordbø T, Isern AEF, Terjesen T, Svenningsen S. Beinlengdeforskjell og rotasjonsfeil etter strekkbehandling av femurskafthfraktur hos barn. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 3419-23.
3. Schenk R. Basic histomorphology and physiology of skeletal growth. I: Weber B, Brunner C, Frueler F, red. Treatment of fractures in children and adolescents. New York: Springer-Verlag. 1980: 3-19.
4. Buckley SL. Current trends in the treatment of femoral shaft fractures in children and adolescents. Clin Orthop 1997; 338: 60-73.
5. Parsch KD. Modern trends in internal fixation of femoral shaft fractures in children. A critical review. J Pediatr Orthop B 1997; 6: 117-25.
6. Steen H, Terjesen T, Bjerkreim I. Anisomeli. Kliniske konsekvenser og behandling. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 1595-1600.
7. Benum Å, Ertresvåg K, Høiseth K. Torsion deformities after traction treatment of femoral fractures in children. Acta Orthop Scand 1979; 50: 87-91.
8. Wessel L, Seyfriedt C. Beinlangendifferenz nach kindlichen Oberschenkelfrakturen - endgültiges oder passageres Phänomen? Unfallchirurg 1996; 99: 275-82.
9. Terjesen T, Benum Å, Rossvold I, Svenningsen S, Isern AEF, Nordbø T. Leg length discrepancy measured by ultrasonography. Acta Orthop Scand 1991; 62: 121-4.

Publisert: 20. september 1998. Tidsskr Nor Lægeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 13. september 2026.