



Handläggning av neonatal Höftledsinstabilitet och Höftledsluxation.

Höftledsluxation innebär att den ena eller båda höftlederna är ur led.

Höftledsinstabilitet innebär att den ena eller båda höftlederna vid provokation kan subluseras eller luxeras ur acetabulum.

Frekvens

Medfödd höftledsinstabilitet drabbar cirka 5/1000 födda barn och är 4-5 gånger vanligare hos flickor än hos pojkar.

1-2/1000 födda barn föds med ena eller båda höftlederna ur led.

Hos ytterligare 2-3/1000 födda barn är leden så ostadig att den lätt kan komma ur led.

Riskbarn

Ärftlighet: cirka 5 % av de barn som har höftledsinstabilitet har något syskon, kusin eller annan nära släkting som har behandlats för medfödd höftledsinstabilitet.

Barn födda i sätesändläge har höftledsinstabilitet i 4-20%.

Komplicerad graviditet med oligohydramnios

Metatarsus adductus: inåt kurverade fötter (1,5-10% association).

Torticollis: förkortning eller stramhet i sternocleidomastoideus muskeln (15-20% association).

Diagnos

Barnklinik

Alla barn som föds undersöks av barnläkare vid ett eller två tillfällen inom de två första dygnet. Barnläkaren undersöker höftledernas stabilitet och remitterar **akut** de barn som har ostadiga höfter till ortopedmottagningen för undersökning och behandling. Barn som undersöks på BB ska inte skickas hem utan att träffa ansvarig barnortoped eller ortopedbakjour vid misstänkt höftledsluxation eller luxerbar höft.

Fråga vid första läkarbesöket om hereditet finns för höftledsluxation och var uppmärksam på övriga riskfaktorer!



Barnvårdscentral

Höftlederna undersöks vid alla läkarundersökningar till och med 12 månaders ålder.

Vid 18 månaders ålder undersöker man om barnet går normalt.

Fråga vid första läkarbesöket om hereditet finns för höftledsluxation. Var uppmärksam på övriga riskfaktorer! Kontrollera i översänd journal (FV2) om något misstänkt noterats i barnets status på BB eller neonatalavdelning.

Undersökning Litteratur

se <http://www.rikshandboken-bhv.se/>

se Ortopedi - vårdprogram/ Ortopedi i primärvården!

se Barnortopedi; Danielsson L, Willner S, Studentlitteratur,2007.

Inspektion

Asymmetri i benens rörelser, asymmetriska lårveck, benförkortning (bild 1) och/eller utåtrotation kan ge misstanke på höftledsluxation.



Bild 1



Abduktionsprövning

Barnet ska vara lugnt. Vid undersökning ligger barnet på rygg på fast underlag med 90 graders flexion i höftled och benen helt adducerade. Håll tummarna på insidan av låret och övriga fingrar över lårets utsida och abducera därefter benen (bild 2).

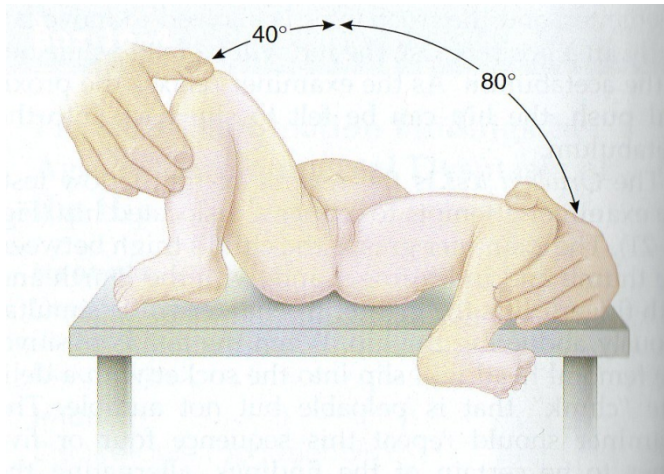


Bild 2

Forcera inte om barnet spänner sig – det slappnar ofta av om man håller kvar ett lätt tryck.

Om luxation eller sublaxation föreligger kan ledhuvudet ibland, speciellt under de första levnadsmånaderna, reponeras varvid man tydligt känner hur det hoppar eller glider in i ledhålan då man abducerar 45-70 grader med måttligt tryck mot trochanter major. Adducerar man därefter, luxeras/subluxeras ledhuvudet på nytt.

Ofta föreligger en muskelkontraktur eller annat hinder, som omöjliggör reposition. Abduktionsinskränkning (bild 3) är då ett typiskt kliniskt tecken på höftledsluxation – sublaxation



. Bild 3

Normalt ska höftlederna kunna abduceras minst 60-70 grader vid 90 graders flexion. Misstanke på abduktionsinskränkning ska alltid föranleda konsult hos ortoped inom några få dagar.

Subluxationsprövning

Om föregående prövning varit negativ, prövar man instabilitet, som kan förekomma under de första levnadsmånaderna men sedan mera sällan.

Fatta benen som vid abduktionsprövning, abducera ca 45 grader och tryck bakåt- uppåt under samtidig lätt adduktion och lätt inåtrotation. Detta görs bäst med en sida i taget, medan andra handen stöder bäckenet.

Använd inte starkt tryck och forcera inte mot motstånd. Vid instabilitet känner man att ledhuvudet tydligt kan förskjutas in och ut ur ledhålan.

Vid 12-18 månaders ålder tittar man på hur barnet står och går, om barnet haltar, eller står på tå med ett ben. Vaggande gång (så kallad ankgång) kan finnas vid dubbelsidig ej diagnosticerad höftledsluxation.

Tänk på att barn födda i andra länder inte alltid undersökts som nyfödda eller som småbarn med tanke på höftlederna. Därför är det extra viktigt att ta reda på hur de går.

Knakningar och krepitationer kan finnas normalt i såväl höftleder som knän.

Åtgärd

Ortoped ska se barnet akut vid misstanke på höftledsluxation/instabilitet. Vid misstanke på höftinstabilitet men ej luxerbarhet ska barnet undersökas av ortopedén inom några dagar.

Remiss skrives till ortopedmottagningen (remiss ställes till ortmott. Akut).

Remissen ska innehålla uppgifter om riskfaktorer (se ovan), kliniskt status (abduktionsinskränkning, benlängdsskillnad, etc.)

Vid remiss från BB eller avd 109 ska även ultraljudsremiss höfter skrivas. Skriv kortfattad anamnes och status samt begär ultraljud höft för att utesluta höftledsinstabilitet/dysplasi.

Skriv på ortopedremissen och ultraljudsremissen att remiss skickas till båda instanserna.

Östersund 2016-12-23

Maher Majdalani. Överläkare, Ortopedkliniken
Urban Tirén, verksamhetschef Barnkliniken
Agneta Smedsaas, överläkare, MLA avd 109, Barnkliniken
Anna Lundmark, Barnhälsovårdsöverläkare