

	<p>Betydeligt disloceret fraktur <u>udisloceret</u>: dorsal gips/kantgips til IP/PIP-led, med hånd bandageringsstilling. Sammentapening til nabofinger. Rtg efter 1 uge. Gipsseponering efter 4 uger i skadesambulatoriet, evt. ergoterapi. <u>disloceret</u>: reponering i LA, dorsal gips/kantgips til PIP-led med hånd i bandageringsstilling. a) tilfredsstillende reponering: rtg. efter 1+2 uger. Rtg. uden gips og afslutning efter 4 uger i skadesambulatoriet, evt. ergoterapi. b) utilfredsstillende reponering. Bør opereres. Meldes til mellemvagt.</p> <p>Intra-artikulær fraktur <u>Caput fraktur</u>:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. simpel ikke-komminut fraktur <25% af ledflade, og step-off <1mm Dorsal gips/kantgips til DIP-led i bandageringsstilling. Røntgenkontrol efter 1 + 4 uger. Ved healing opstart af ubelastet aktiv mobilisering i 3 uger vejledt via ergo. 2. øvrige: CT-skanning og henvis til Traumesektor. 3. Små avulsioner uden dislokation. Test for instabilitet i MCP-leddet på flekteret finger. Stabile forhold sammentapening i 3 uger. Kontrol i skadesambulatoriet, evt. ergoterapi. Ved ustabile henvises til Håndsektoren. <p>Basis fraktur Generelt anbefales CT-skanning ved frakturer i basis af metacarperne, da sublaksationer i CMC-leddene kan være svære at se på alm rtg. Altid hvis rtg har vist sublux/lux/basisfrakturer i flere metacarper. <u>udisloceret</u>: dorsal gips i 4 uger. Gipsseponering i skadesambulatoriet, evt. ergoterapi. <u>disloceret</u>: Ofte dorsal luksation i CMC leddet. Hvis luksation, dorsal gips og operation. Meldes til ortopædkirurgisk mellemvagt.</p>
<p>Phalanx frakturer DS62.5</p>	<p>Generelt Phalanx frakturer inddeles i værende stabile eller ustabile. Vigtig at undersøge fingerens funktion og stilling fremfor kun at behandle røntgenbilledet. Eks. en ekstraartikulær skråfraktur af en proximal phalanx uden rotationsfejlstilling, men hvor der er god flexion i PIP/DIP, kan man selvom det er et per definition ustabil brud, buddy-tape og lade pt. bruge fingrene. Selvfølgelig med tæt kontrol i starten, hvor man ved forværring således stadig kan nå evt. kirurgisk behandling. Flere steder i litteraturen er denne form for konservativ behandling beskrevet med succes.</p> <p><u>Ustabile frakturer</u> Spiral frakturer Komminutte frakturer Betydeligt disloceret frakturer Subkondylær frakturer Artikulær frakturer med dislokation</p> <p>Tværfraktur: tendens til fejlstilling/vinkling i AP og sideplan Skråfraktur: tendens til rotationsfejlstilling, vinkling og forkortning Komminut fraktur: tendens til forkortning, evt. rotationsfejlstilling og vinkling Dorsal vinkling i sideplan giver risiko for pseudoclaving (Clawing er MCP i hyperekstension og PIP/DIP i fleksion).</p> <p>PHALANX DISTALE</p> <p>Distal phalanx fraktur <u>Processus unguicularis</u>: ofte i kombination med negleskade. Fokus skal være på at reparere negl og negleleje. Evt. udtømning af hæmatom under negl. Immobilisering</p>