

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <br>Fysioterapi Dalarna | Fysioterapeutiska riktlinjer för patienter med fotledsfraktur  |  |   |
|  | Dokumentkategori<br>Riktlinje  | Reviderat datum/av<br>2022-05-16<br>Johanna Larsson<br>Leg. Fysioterapeut,<br>Malin Karlgren<br>Leg. Fysioterapeut | Sida nr (av)<br>1(7)                            |
| Gäller för<br>Fysioterapi Falun,<br>Mora   | Framtaget datum/av<br>2018-08-17/<br>Ulrika Karlsson,<br>leg sjukgymnast<br>Paula Eriksson,<br>leg sjukgymnast<br>Annika Jenssen<br>leg fysioterapeut<br>Johanna Larsson, leg<br>fysioterapeut | Godkänt datum/av<br>Specialitetsgrupp<br>Fysioterapi i Dalarna<br>2022-09-28                                       | Gäller from – tom<br>2022-09-28<br>– 2025-09-27 |

### **Bakgrund**

Det finns flera olika typer av fotledsfrakturer och de brukar ofta delas in i: lateral malleolfraktur, medial malleolfraktur samt bi- eller trimalleolär fotledsfraktur. Namnen syftar på var skadan sitter samt hur många fragment den består av (Hedström M, 1994). En malleolfraktur kan vara så stabil att en gipsstövel eller en walkerortos i 6 veckor är tillräckligt. De flesta andra fotledsfrakturer behöver fixeras kirurgiskt med platta och skruvar, och om det föreligger en syndesmosskada även med en ställskruv eller märla (Herscovici D, 2007). Efter operationen brukar patienten ha gipsstövel eller walkerortos i cirka 6 veckor. Ungefär 2 - 3 veckor efter operationen tas stygnen och omgipsning sker (Hedström M, 1994). Ibland tas syndesmoskruven/märlan bort (Dingemans S, 2016). Indicens för att drabbas av en fotledsfraktur är 71 per 100 000 personer och år (Thur C, 2012). Det är vanligast att kvinnor över 50 år och yngre män (15-29 år) drabbas. Den vanligaste orsaken är fall i samma plan (Thur C, 2012).

Evidensen för hur patienter med fotledsfraktur bäst omhändertas efter operationen är låg och inklusiv. Det beror på att de studier som finns är små och att graden av bias är oklar (Keene D, 2014; Black J, 2013; Sharma T, 2022; Lin CW, 2012). Enligt en Cochrane rapport finns dock en del evidens för att det är fördelaktigt att använda en walkerortos under immobiliseringstiden, under förutsättning att frakturen tillåter detta. Patienten kan med walkerortos träna rörlighet i fotleden, vilket verkar ge ett snabbare resultat av ökad rörlighet i fotleden, minskad smärta och öka möjligheten att tidigare återgå till normala aktiviteter (Lin CW, 2012). De patienter som har fått rörlighetsträna tidigt har en bättre funktion cirka 3 månader efter operationen, dock försvinner skillnaden när det gått mer än 6 månader och upp till ett år (Keene D, 2014; Sharma T, 2022). Vid tidig rörlighetsträning efter operation finns dock en ökad risk för problem med ytlig sårinfektion (Lin CW, 2012; Black J, 2013) och haveri (Keene D, 2014). Risken för djup ventrombos vid tidig rörlighetsträning är dock mindre (Keene D, 2014). Att börja belasta på foten tidigt verkar ge en bättre fotledsrörlighet (Lin CW, 2012), men när det gått ett år efter operationen verkar grad av belastning under

behandlingstiden i gips/ortos inte påverka utfallet (Keene, 2014). Evidensen är dock inte samstämmig gällande vilket typ av stöd eller immobilisering som är bäst (Lin CW, 2012).

De som drabbas av en fotledsfraktur har efter avgipsning bland annat nedsatt styrka runt fotleden, nedsatt gånghastighet samt svårigheter att gå i trappor. I en studie skedde den största förbättringen under rehabiliteringen de fem första veckorna efter immobiliseringsperiodens slut. De flesta var färdigrehabiliterade efter ytterligare fem veckor (Shaffer M, 2000). Det finns ingen evidens för att stretchning eller manuell terapi tillsammans med träning ger ett bättre utfall än vanlig vård i form av råd och egen träning (Lin CW, 2012). Inte heller övervakad träning hos fysioterapeut ger ett bättre utfall än råd och egen träning hos patienter med okomplicerade fotledsfrakturer (Moseley A, 2015).

## **Mål**

### *Huvudmål:*

- Patienten skall klara förflyttningar med adekvat gånghjälpmedel samt vara försedd med information och träningsråd för den kommande rehabiliteringsperioden.–(Lin CW, 2012).
- Patienten ska vara införstådd med vilken belastningsregim som gäller.
- Insatser ska minska risken för komplikationer och funktionsförsämring på grund av immobilisering.

## **Åtgärder**

De flesta patienter med fotledsfraktur som ska behandlas konservativt omhändertas i det akuta skedet via akutmottagningen. Dessa patienter träffar endast fysioterapeut/sjukgymnast i samband med avgipsning och igångsättning. De patienter som ska opereras blir inlagda på ortopedavdelning och träffar vanligtvis fysioterapeut/sjukgymnast efter operationen och innan hemgång. En del äldre patienter som har en fotledsfraktur som skall behandlas konservativt kan också bli inlagda på vårdavdelning på grund av ohållbar hemsituation. Avgipsning, klinisk kontroll och igångsättning sker vanligtvis vid ett mottagningsbesök till fysioterapeut/sjukgymnast 6 veckor efter skada/operation. Ibland sker besöket tillsammans med läkare.

### *Initiala åtgärder:*

- Muntlig och skriftlig information om rehabiliteringsplan (se bilaga 1).
- Genomgång av träningsprogram.
- Instruera förflytnings- och gångteknik samt prova ut och vid behov förskriva hjälpmedel för att underlätta förflyttning.
- Informerar patienten om belastningsregim och kontrollera att patienten förstår den.

### *Åtgärder i samband med avgipsning:*

- Klinisk kontroll.
- Genomgång av träningsprogram och fortsatt rehabilitering (Lin CW, 2012; Moseley A, 2015) .
- Gångträning med eller utan hjälpmedel.

### **Utvärdering/resultatuppföljning**

Fysioterapeuten/sjukgymnasten bedömer/undersöker genom inspektion, palpation, svullnad, värmeökning, styrka genom grov kraft och funktionella tester, gånganalys, provokationstester av ligament och leder samt mätning av rörlighet med goniometer.

### **Uppföljning av annan vårdnivå**

Under behandlingstiden med gips eller walkerortos sker uppföljning på respektive ortopedmottagning i Falun eller Mora. Därefter ombedes patienten att kontakta fysioterapeut/sjukgymnast i primärvården eller privat regi för fortsatt rehabilitering. Vid särskilt behov skickas en remiss för fortsatt fysioterapi.

### **Litteratursökning**

En förnyad litteratursökning utfördes i april och maj 2022 i databaserna Cochrane och PubMed med sökorden ankle fracture, rehabilitation, effects of immobilization ankle fracture, ankle fracture incidens och ankle fracture early ankle movements.

## **Referenser**

Black, J., Bhavikatti, M., Al-Hadithy, N., Hakmi, A. & Kitson, J. Early weight-bearing in operatively fixed ankle fractures: A systematic review. *The Foot* 2013; 23: 78-85.

Dingemans, S., Rammelt, S., White, T., Goslings, J., Scheper, T. Should syndesmotom screws be removed after surgical fixation of unstable ankle fractures? A systematic review. *The bone and joint journal* 2016; 98-B:1497-1504.

Hedström, M., Ahl, T., Dahlén N. Early Postoperative Ankle Exercise. *Clinical Orthopaedics and Related Research* 1994;193-196.

Herscovici, D., Scaduto, J. & Infante, A. Conservative treatment of isolated fractures of the medial malleolus. *The journal of bone & joint surgery* 2007; 89-B (1): 89-93.

Keene, D., Williamsson, E., Bruce, J., Willett, K. & Lamb, S. Early ankle movement versus immobilization in the postoperative management of ankle fracture in adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of orthopaedic & sports physical therapy* 2014; 44 (9): 690-701.

Lin CW, Donker NA, Refshauge KM, Beckenkamp PR, Khera K & Moseley AM. Rehabilitation for ankle fractures in adults (Review). *The Cochrane database of systematic reviews* 2012; doi: 10.1002/14651858.CD005595.pub3

Moseley, A., Beckenkamp, P., Herbert, R. & Lin, CW. Rehabilitation after immobilization for ankle fracture: The EXACT randomized. *JAMA* 2015; 314 (13): 1376-1385.

Shaffer, M., Okereke, E., Esterhai, J., Walter, G., Yim, S. & Vandenberg, K. Effects of immobilization on plantar-flexion torque, fatigue resistance, and functional ability following an ankle fracture. *Physical Therapy* 2000; 80(8): 769-780.

Sharma, T. & Farrugia, P. Early versus late weight bearing & ankle mobilization in the postoperative management of ankle fractures: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Foot and ankle surgery* 2022; doi: [10.1016/j.fas.2022.03.003](https://doi.org/10.1016/j.fas.2022.03.003)

Thur, C., Edgren, G., Jansson, K-Å. & Wretenberg, P. Epidemiology of adult ankle fractures in Sweden between 1987 and 2004: A population-based study of 91 410 Swedish inpatients. *Acta Orthop* 2012; 83(3): 276-281.

## **Bilaga**

1. Rehabiliteringsplan fotledsfraktur

## Bilaga 1.



### Rehabiliteringsplan fotledsfraktur

#### 0-6 veckor

##### **På ortopedavdelning eller akuten**

Efter genomförd röntgenundersökning bestämmer ortopedläkare om fotledsfrakturen behöver opereras eller inte. Om du inte ska bli opererad och klarar dig hemma får du återgå till hemmet efter gipsning. Du kan bli inlagd på akut ortopediavdelning om du behöver hjälp att planera hemsituationen. Vid operation läggs du in på en akut ortopedavdelning. Operationen sker så fort det är din tur förutsatt att fotleden inte är för svullen. Som regel fixeras frakturen med platta och skruvar, men ibland även med en märla eller så kallad ställskruv. Fotleden gipsas sedan i medelläge.

Har du ett öppet sår vid frakturen, eller är mycket svullen, är det ökad risk för infektion eller blåsor. Frakturen stabiliseras då provisoriskt med en gipsskena. Infektion förebyggs genom noggrann sårrengöring och antibiotika. Operation kan bli aktuellt i ett senare skede. I vissa fall fixerar man frakturen med så kallad yttre fixation.

Opererande/ansvarig läkare ger besked hur mycket du får belasta det opererade benet. Använd alltid gipssko när du går för att skydda gipset.

**Markeringsgång:** Du ska markera steget och vila benets tyngd mot golvet och gå med lämpligt gånghjälpmedel, t ex kryckkäppar eller rollator.

**Partiell belastning:** Du ska belasta med halva kroppsvikten, använd gånghjälpmedel.

**Full belastning:** Du ska belasta benet så mycket du kan.

På avdelningen och på akuten finns det kryckor att köpa. Om du behöver en rollator finns det att låna mot en hjälpmedelsavgift, vilket en fysioterapeut/sjukgymnast kan hjälpa till med. Fysioterapeuten/sjukgymnasten ger dig information och träningsprogram samt ger instruktioner i gångteknik och trappgång. Du skrivs som regel ut från avdelningen dagen efter operationen alternativt när du bedöms klara dig i hemmet.

##### **Hemma**

Under hela gipstiden är det viktigt att hålla foten högt när du sitter för att minska svullnad. Aktivitetsnivån får styras av hur mycket din fot svullnar. Gå endast kortare sträckor. Träna dagligen enligt hemträningsprogrammet. Efter ca två-tre veckor kallas du till ortopedmottagningen för omgipsning och i vissa fall röntgen. Om du är opererad tas suturerna i samband med återbesöket.

*Om du skulle uppleva följande symtom:*

Svullnad, blåaktig missfärgning, feber, värk med samtidigt nedsatt känsel, oförmåga att röra tår, känsla av att gipset skaver, känns för stort eller luktar illa, bör du omedelbart kontakta vården. Vardagar vänder du dig till ortopedmottagningen i Falun eller Mora och övrig tid till närmsta akutmottagning.

Det finns risk för djup ventrombos, dvs. propp i benet. Detta motverkas genom att vara så aktiv som möjligt (smärta och svullnad styr) och att utföra träningsprogrammet. Ibland får du även blodförtunnande läkemedel för att förhindra det.

Skulle du få besvär ifrån fixationsmaterialet framöver kan det tas bort, men först då fotledens ben har läkt. Det är inte aktuellt förrän tidigast efter cirka 10 månader.

### **6-8 veckor**

Återbesök till ortopedmottagningen för avgipsning och klinisk kontroll sker cirka 6 veckor efter skadetillfället.

Ta med dig rehabiliteringsplanen och dina "vanliga skor" till återbesöket. Vi går igenom hemträningsprogram som du ska göra i din fortsatta rehabilitering. Det är viktigt att träna upp rörligheten i fotleden samt påbörja balans- och koordinationsträning. Träna med fördel flera korta träningspass varje dag.

Du får nu belasta fullt på det skadade benet (om du inte får annan information) och fysioterapeuten/sjukgymnasten instruerar gångteknik igen. Det är viktigt att få rätt teknik och att avveckla steget ordentligt. Oftast behövs gånghjälpmedel i början för att undvika hälta. Du ska använda gånghjälpmedel så länge du haltar.

Foten har fortfarande en tendens att svullna i och med att du rör dig mer. Styr dina aktiviteter därefter. Ökad svullnad och/eller smärta motverkas med vila och högläge. Använd stödstrumpa så länge benet svullnar.

Den kommande träningen utformas individuellt. Smärta, svullnad, rörlighet och dina mål med träningen avgör träningsupplägget. Motionscykling kan påbörjas när rörligheten i fotleden tillåter. Simning och träning med våtväst är en bra motionsform när eventuellt operationssår är helt läkt. Att gå med stavar kan vara bra träning när du inte behöver använda kryckkäpparna längre. Rörligheten i fotlederna bör efter någon månad vara sidlika. Det är inte ovanligt att man fortfarande svullnar i samband med aktivitet i upp till ett år efter skadan.

Om du har önskemål om fortsatt hjälp med rehabiliteringen kan du själv beställa tid hos en fysioterapeut/sjukgymnast på din hemort.

## Kontaktuppgifter

### Falun

Gipstekniker: 023-490291 (frågor som rör gipset)

Ortopedmottagningen: 023-492640

Fysioterapeut/sjukgymnast: 023 – 492873 (frågor om behandlingsregim eller träning)

### Mora

Ortopedmottagningen: 0250-49 33 00

Fysioterapeut/sjukgymnast: 0250 – 493490 (frågor om behandlingsregim eller träning)