

Gäller för: NU-sjukvården

Innehållsansvar: Sinan Abdulla, (senab1), Enhetschef

Godkänd av: Olof Ekre, (oloek), Områdeschef

Giltig från: 2024-12-06

Giltig till: 2026-12-06

# Kompartmentsyndrom - handläggning

---

## Revidering i denna version

Endast ändring av format på rubriker samt text i denna revidering.

## Bakgrund

Kompartmentsyndrom uppstår när trycket inom ett slutet anatomiskt rum överstiger trycket i kapillärerna. Detta leder till ischemi i vävnaden.

Risken med ett obehandlat kompartmentsyndrom är total nekros av alla muskler inom det avgränsade området.

Ansvaret för att ställa diagnosen ligger hos ortopedläkare. Ortopedläkare ska tillkallas om patienten har något av nedan symptom:

- **SVULLNAD OCH ÖDEM** – brädhård muskelgrupp
- **SMÄRTA** - som ej svarar på opioider
- **SENSORISK/MOTORISK DYSFUNKTION** – sent tecken

## Syfte

Denna rutin har skapats för att tydliggöra handläggningen vid misstänkt kompartmentsyndrom inom NU-sjukvården.

# Vilka berörs

Ortopedkliniken, AnOpIVA, Akutkliniken samt slutenvårdsavdelningar på NÄL och Uddevalla sjukhus

[Akutmottagningen – omvårdnadsrutin](#)

## Åtgärder

VID MISSTANKE OM KOMPARTMENTSyndrom SKA:

1. ORTOPEDJOUR TILKALLAS OMGÅENDE FÖR KLINISK UTVÄRDERING.
2. OBSERVATIONSJOURNAL UPPRÄTTAS ([LADDA NER HÄR](#))
3. ORTOPEDBAKJOUR\* SKA ALLTID UNDERÄTTAS (av primärjour)

\*Samråd ska alltid ske med ansvarig PAL eller bakjour på gällande klinik innan operation

## Orsaker till kompartment

1. Ökad volym i vävnaden (muskeln) på grund av blödning eller ischemi. Vanliga orsaker är frakturer (slutna och öppna), kärlskada eller annan betydande mjukdelsskada (till exempel klämskada, högspänning, extravaserad infusion och högenergikontusion).
2. Utifrån kommande tryck. Ofta mer än 3 till 6 timmar, beroende på grundförutsättningarna hos patienten. Kallas även krossyndrom (crush syndrome). Det externa trycket kan komma från till exempel benstöd vid kirurgi eller att patienten har legat medvetslös en längre tid. Tänk på detta vid operationer som drar ut på tiden (> 3 timmar).
3. Minskad volym av kompartment. Till exempel efter omfattande (circumferenta) brännskador eller sutur av fasciadeft.

Generellt gäller:

3-4 timmar → reversibel skada

6 timmar → varierande grad av reversibilitet

8 timmar → irreversibel skada

Därför gäller det att komma till operation inom max 4 timmar!

## Diagnos

Diagnosen ställs i första hand kliniskt. Om patienten inte kan lämna anamnes eller visa typiska kliniska tecken (medvetslös, påverkad av droger, barn) kan det vara svårt att ställa diagnosen tidigt.

## Syndromet utvecklas i tre huvudsakliga steg

1. Svullnad och ödem. Kompartmentsyndrom kännetecknas av mycket hård muskelgrupp ("brädhård" vid palpation). Hela muskelgruppen är engagerad.
2. Ischemisk smärta som ej svarar på opioider. Distala pulsar är intakta. Uttalad smärta vid passiv töjning av muskulatur i den drabbade muskellogen (det enskilt viktigaste kliniska tecknet!). OBS! EDA/spinal kan dölja smärtan.
3. Sensorisk och/eller motorisk dysfunktion. Allvarligt tillstånd som kräver akut åtgärd. Dessa symptom skall aldrig inväntas, då de är tecken på irreversibla skador.

De vanligaste lokalerna där kompartmentsyndrom snabbt kan uppstå är:

- underbenets anteriora och laterala muskelgrupp
- underarmens dorsal och volarsida.

Svullen och värkande vadmuskulatur är sällan ett tecken på kompartmentsyndrom. I stället ska blödning, partiell muskelnekros eller DVT misstänkas. Kompartmentsyndrom i lår utvecklas mer långsamt och ger inte lika katastrofala förluster av muskelfunktion. Symptomen för kompartment kan i dessa fall var mer diffusa.

Om patienten både har svår smärta, passiv sträcksmärta och parestesier är det stor sannolikhet för att det föreligger ett kompartmentsyndrom. Patienten ska då fasciotomeras.

## Behandling

1. Upprätta [observationsjournal](#). Läkare ordinerar tidsintervall för observationer (initialt varje timma) som ska utföras av ansvarig sjuksköterska eller undersköterska

2. Avveckla eventuellt högläge.
3. Klipp upp alla förband helt inklusive gips, vadd etcetera.
4. Behandla eventuell hypovolemi så att normalt MAP upprätthålls.
5. Om patienten ej svarar på föregående behandlingar och har symptom som vid minst punkt 2 → FASCIOTOMI. Ovanstående steg ska vara utförda inom 3 timmar efter symptomdebut, för att ge marginal att planera operation.
6. Postoperativt gäller det att behandla den postoperativa reperfusionen med syrgas och buffrade lösningar. Detta sker i samråd med narkosläkare. Om kompartmentsyndromet förelegat mer än 8-10 timmar bör man överväga behandling mot akut njursvikt i samråd med narkosläkare och nefrolog.
7. Efter bedövningen har släppt:
  - måttligt högläge av extremiteten
  - koncentrisk muskelaktivitet en gång i timmen
  - eventuellt fotpump.
8. Slutning av såret kan planeras in tre dagar efter fasciotomi, i svårare fall fem till sju dagar postoperativt. Målet är definitiv slutning inom högst tio dagar. Dock kan detta behöva frångås i svårare fall.
9. Vid svårighet att sluta såret skall man överväga lokal undertrycksbehandling.

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** NU-sjukvården

**Innehållsansvar:** Sinan Abdulla, (senab1), Enhetschef

**Godkänd av:** Olof Ekre, (oloek), Områdeschef

**Dokument-ID:** NU10092-2087047004-40

**Version:** 13.0

**Giltig från:** 2024-12-06

**Giltig till:** 2026-12-06