

Gäller för: VO1 Barn BUP och Kvinna

Giltig från: 2025-10-13

Innehållsansvar: Irimi Makrygianni Lindqvist, (irima2), Överläkare

Giltig till: 2027-10-30

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Plexusskada vid förlossningen - handläggning

Revideringar i denna version

Förlängt giltighetstiden.

Bakgrund, syfte och mål.

Nerverna i plexus brachialis kan skadas vid rotation/dragning i nacke/axel i samband med förlossningen. Generellt föreligger god prognos även hos de barn som har kvar symtom vid hemgång, endast enstaka barn behöver på sikt opereras.

Arbetsbeskrivning

PLEXUS BRACHIALISSKADA C5 - Th 1

Incidens:

0,5 - 4/1000 födselar

Genes:

Rotation eller drag i nacke och axel kan generera tryckskada, slitskada med viss bibehållen kontinuitet eller slitskada med avbrott av kontinuitet där sistnämnda även kan utgöra opr. indikation!

Riskfaktorer:

Sätessförlossning, stort barn, diabetes matris, stor mamma, överburenhet, EDA hos mor men förekommer också vid normalförlossningar!

Typ av skador (grovt skissat!)

- C5 axel
- C6 biceps
- C7 sträcker armbåge, hand och fingrar
- C8-Th1 handens funktion

1. Erbs pares (C5-C6)

Vanligast, ca 50%.

Hängande inåtroterad arm där handen har gripreflex. Asymmetrisk Moro-reflex.

2. Erbs pares plus (C5-C7)

Näst vanligast, ca 35%.

Helt slapp arm där gripreflex saknas i handen. Kan förekomma med Horner syndrom: ptos – mios – nedsatt tårflöde – enoftalmus.

3. Klumpkes pares (C8-Th1)

Relativt ovanlig, ca 2,5%: avsaknad av gripreflex, asymmetrisk Moro reflex. Total plexus-skada innefattar båda ovanstående och kan även i vissa fall innefatta Horners syndrom (ptos, mios, enoftalmus) p.g.a skada på sympaticusnerven.

HANDLÄGGNING

Om barnet ej rör armen resp ej griper med handen på ett adekvat sätt visas barnet för barnläkare nästkommande BB-rond. Om barnet verkar ha ont (ibland föreligger samtidig clavikelfraktur och, mer sällsynt, humerusfraktur på skadade sidan) ges Alvedon frikostigt enligt särskilt styrdokument.

1. Bedöm vilken kategori patienten tillhör.
Vid osäkra symtom: avvakta ev till andra läkarundersökningen, om då kvarvarande misstanke: se punkt 2 nedan.
2. a) Informera föräldrarna, särskilt informationsblad finns på BB.
b) Skriv remiss till sjukgymnast och ring direkt till någon av dem.
-Angelique Slijper, tel 32475
-Sandra Larsson, tel 78642
3. Sjukgymnast ser patienten helst före hemgång alternativt kontaktar patienten i hemmet inom en vecka, tidigare på indikation.
4. -Vid komplett skada beställ ev rgt pulm med frågeställning högtstående diafragmavalv.
-Vid misstanke om Horners syndrom remiss ögon.
-Föreligger clavikel- eller humerusfraktur?
5. Patienten följs primärt av barnklinikens sjukgymnast som vid behov remitterar till habiliteringen eller till Hand- och plastikkirurgisk klinik, Norrlands Universitetssjukhus för bedömning av behov av plexusrekonstruktion.

Födelselaterad (obstetrisk) plexus brachialis skada (OBP)

Vid konstaterad plexusskada informeras vårdnadshavarna om diagnosen. Vårdnadshavarna får instruktioner om passivt uttag av rörligheten i den påverkade armen med start vid 1–2 veckors ålder.

Barnets funktion utvärderas **vid 2–4 veckors** ålder enligt **Narakas** gradering. Notera om och när **funktion i hand och armbåge** återkommer.

Narakas gradering:

- grupp 1 C5 – 6 paralytisk skuldra, ingen flexion armbåge
- grupp 2 C5 – 7 som ovan + ingen ext handled
- grupp 3 komplett paralytisk
- grupp 4 komplett paralytisk + Horner (mios, ptos)

Vid **6–8 veckors ålder** görs en bedömning av aktiv rörlighet mot gravitationskraften i den påverkade armen i följande rörelser: flexion och extension i armbåge, extension i handled, tumme och fingrar. Rörelsen bedöms som: ingen funktion, kraft mot tyngdkraften eller full rörelse mot tyngdkraft. Den passiva rörligheten i utåtrotation i axelleden följs regelbundet.

Remiss

Barn som vid **2 veckors ålder** uppvisar **total pares, Narakas** gradering **3–4** remitteras **snarast**.

Barn med mindre omfattande skada (**Narakas 1–2**) som **inte har sidlik aktiv eller passiv rörlighet i axel, armbåge eller hand** vid **6-8 veckors ålder** bör remitteras till plexusteamet.

Barn eller vuxna som för **första gången presenteras i svensk sjukvård med sequele OBP** (tidigare missad diagnos eller nyinflyttad från annat land) remitteras vid nedsatt förmåga att använda armen i aktiviteter, inskränkt aktivt eller passivt rörelseomfång i axelleden (oftast nedsatt utåtrotation) eller funktionsbortfall i arm eller hand.

Remissen ska innehålla

Information om förlossning: typ av bjudning (säte, kron), hjälpmedel t.ex. vacuumextraktion

Information om barnet: födselvikt, eventuella komplikationer såsom frakturer, cerebral pares. Ange funktionsbortfall eller kontrakturer enligt ovan.

Vid frågor, kontakta:

Anna-Karin Lindström, tel. **070-361 94 26**

hpl.umea.plexusteamet@regionvasterbotten.se

Kontaktpersoner vid barnortopeden, DSBUS, Östra sjukhuset i Göteborg

OBP, barnplexusskada

Eva Björkman-Hermansson

Koordinator

E-post: eva.bjorkman@vgregion.se

Telefon: 031- 343 51 43

Aina Danielsson

Läkare

Barnortopeden, DSBUS, Östra sjukhuset

Rondvägen 10

416 50 GÖTEBORG

Referenser

UpToDate.com: Neonatal brachial plexus palsy 2017

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VO1 Barn BUP och Kvinna

Innehållsansvar: Irini Makrygianni Lindqvist, (irima2),
Överläkare

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9699-1702881381-117

Version: 9.0

Giltig från: 2025-10-13

Giltig till: 2027-10-30