

Gäller för: VO5 Ortopedi Ögon Öron näsa hals

Innehållsansvar: Henrik Nyberg, (henho1), Överläkare

Granskad av: Martin Oscarsson, (maros21), Enhetschef

Godkänd av: Cecilia Andersson, (cecan1), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-11-18

Giltig till: 2027-11-18

Ansiktstrauma - vårdprogram

Revideringar i denna version

Förlängning av giltighetsdatum.

Bakgrund, syfte och mål

Bakgrund

Patienter med ansiktstrauma innefattande frakturer handläggs per idag tvärprofessionellt mellan specialister i ÖNH samt käkkirurgi. Det föreligger ett behov av att åstadkomma en vårdkedja som på bästa sätt och på ett standardiserat sätt handlägger dessa fall med syfte att erbjuda patienten en så bra och ändamålsenlig vård som möjligt.

Syfte och mål

Skapa tydliga riktlinjer för omhändertagande och uppföljning av patienter med ansiktstrauma.

Förutsättningar

Ansvar

ÖNH, Ögon- och Käkkirurgiklinikerna är ansvariga för handläggning av ansiktsfrakturer

Avgränsningar

Primärt omhändertagande av patienter med ansiktstrauma beroende på skadornas omfattning. Ansiktsfraktur handläggs i första hand dagtid.

Isolerad okomplicerad näsfraktur kan bedömas dagtid efter helg

Patientens första undersökning utförs på den klinik som remissen har ställts till.

Dokumentet är avsett för läkare inom ÖNH, Ögon- och käkkirurgi

Multitrauma handläggs av traumajour i första hand.

ÖNH-kliniken har primärt behandlingsansvar för frakturer engagerandes näsa, orbita, okben samt frontalben.

Käkkirurgikliniken har primärt behandlingsansvar för mandibelfrakturer, överkäksfrakturer på Le Fort I-nivå samt frakturer inom käkarnas alveolarutskott.

ÖNH- och Käkkirurgikliniken handlägger alltid gemensamt frakturer av Le Fort II och III-typ.

Patienter som vårdas i slutenvård har ÖNH-kliniken ett medicinskt behandlingsansvar för.

Handläggning

(vid större trauman omhändertas patienten primärt enligt ATLS)

Anamnes

Klinisk undersökning:

Inspektion: asymmetrier, svullnader, hematom, hudskador

Sensibilitet regio n. trigeminus (n. supra- och infraorbitalis och n. mentalis dvs panna, kind, runt ögat, läpp och haka)

Motorik n. facialis (rynka pannan, knipa med ögonen, rynka på näsan, le, truta med munnen)

Palpation av hela ansiktsskelettet för att leta efter hak, impressioner och patologisk rörlighet

Ögonundersökning: syn, pupillreaktion, motorik, dubbelseende, blödningar, enoftalmus/exoftalmus. Palpera bulben försiktigt– sänkt tonus indikerar perforation, höjd tonus indikerar retrobulbärt hematom.

Käkledsundersökning: inskränkt gapförmåga, deviation vid gapning, försämrad sidorörlighet

Intraoral undersökning: slemhinneskador, hematom, tandskador, patologisk mobilitet maxilla/mandibel, bettfunktion

Främre rhinoskopi för att utesluta septumhematom

Otoskopi för att utesluta hematotympanon

DT-ansikte (ev inkl mandibel) beställs akut vid misstanke om ansiktsfraktur, isolerad näsfraktur behöver inte utredas radiologiskt.

Vid misstanke om orbitafraktur eller skador på ögat remitteras patienten för en ögonkonsult. Besöksanteckningen bör vara så utförlig att den kan användas som inläggningsanteckning och bör därför innehålla hjärt-/lungstatus samt medicinlista.

Vid konstaterad ansiktsfraktur ska frakturkirurg konsulteras angående vidare handläggning.

Läkare som träffar patienten primärt ansvarar för den samme tills överrapportering till frakturansvarig sker. Vem som gör vad efter detta bestäms av frakturansvarig. Om operation, kontakt med käkkirurg för samordning och fortsatt planering.

Antibiotika

T. Kåvepenin 1 g x 3 alt. K. Dalacin 300 mg x 3 (vid allergi) ges vid öppna frakturer och mandibelfrakturer fram till operation, om ineliggande i väntan på op Bensyl-pc 3 g x 3.

Preoperativ antibiotikaproylax ges vid all ansiktsfrakturkirurgi förutom Gillies operation eller slutna näsreposition. Preoperativt ges inj.

Kloxacillin, 2 g x 1 samt Bensyl-pc 3 x 1 om både intra- och extraoral approach. Om endast extraoral approach kan man ge inj. Kloxacillin 2 g x 1, alternativt Dalacin 600 mg iv.

Vid öppen mandibelfraktur i första hand Bensyl-pc 3 g x 3.

Trombosprofylax

Riskfaktorer: Ålder över 40år, BMI mer än 30, tidigare DVT, hjärtsvikt, östrogenbehandling/p-piller, graviditet.

Om patienten saknar riskfaktorer och operation förväntas pågå mer än 90 minuter startas Fragmin 2500E sc kl. 20:00 kvällen innan op.

Om minst 1 riskfaktor startas 5000E sc kl. 20:00 kvällen innan operation
Behandling tills patienten är mobiliserad.

Behandling

Orbitafraktur

Kliniska fynd

Svullnad och hematom runt öga

Dubbelseende

En-/exophthalmus

Hypoglobus

Känslnedsättning infraorbitalt

Barn har annan symtomatologi (t.ex. enbart illamående/kräkning).

Alla patienter med orbitafraktur bör bedömas av ögonläkare innan op.

Operationsindikation

Påverkad ögonmotorik

	Felpositionerad bulb (dystopi)
Operation	Subciliär eller transkonjunktival incision Rekonstruktion med implantat (Medpore alt. titannät)
Komplikationer	Felpositionerad ögonbulb Muskelfunktionsstörning, dubbelseende Känslnedsättning infraorbitalt Stramt ärr, ektropion, förändrad ögonspringa
Uppföljning	Postoperativ DT om man använt röntgentätt material och vill kontrollera läget. Suturtagning oftast 5 - 7 dagar. Återbesök 2 – 3 v samt 4 – 6 mån vid behov. Vid postoperativa problem kan tätare kontroller behövas. Om patienten har dubbelseende efter operation skickas remiss för ögonkonsult som bör ske inom 1v.

Operationsindikation: framförallt inklämning av muskel med dubbelseende eller vid ökning av orbitavolym mer än 1,5 ml eller vid större fraktureyta än 2 kvadrat-cm

då kliniskt betydelsefull enoftalmus/hypoglobus kan förväntas.
Individuell bedömning är dock avgörande.

Barn och ungdomar <18 år med misstänkt inklämning är ett akutfall och bör opereras snarast möjligt, helst inom 24 timmar efter traumat!

Övriga blow out-frakturer hos barn där tydlig operationsindikation föreligger bör opereras inom en vecka.

Vuxna med misstänkt inklämning bör opereras inom 24h.

Vid frakturer utan inklämning kan det finnas fördelar med att avvakta upp till 2 – 3 veckor om operationsindikation är osäker. Mindre svullnad underlättar operationen och ger bättre operationsresultat.

Zygomaticusfraktur

Kliniska fynd

Svullnad, hematom, subkonjunktivalt hematom

	Avflackad kind, inpressning vid okbågen
	Hak i margo infraorbitale
	Trismus
	Dubbelseende
Operationsindikation	Trismus
	Felställning
	Kosmetik
Operation	Vid isolerad arcusfraktur reposition enl Gillies
	Vid flerpunktsfraktur öppen reposition och fixering med plattor
Komplikationer	Konturdefekt
	Känselnedsättning
	Trismus
Uppföljning	Postoperativ DT bedöms individuellt men kan vara av värde vid flerpunktsfraktur.
	Kontroll 1v i samband med suturtagning, sedan vid behov.
	Eventuella intraorala suturer brukar tas bort efter 2 – 3 veckor av käkkirurg.
	Operation så snart som möjligt dagtid, senast inom 10d.
LeFort I-III fraktur	
Kliniska fynd	Svullnad, hematom i ansikte, brillenhematom
	Bettstörning, malockklusion
	Instabilitet
	Stum dental perkussionston
	Anosmi
Operationsindikation	Bör fixeras
Operation	Öppenreposition och fix med plattor
Komplikationer	Bettstörning
	Förändrad ansiktsform-bredd/höjd

	Dakrocystit
	Epifora
	Sinuitproblem
Uppföljning	Postoperativ DT. Efter 1v i samband med suturtagning, sedan vb Eventuella intraorala suturer brukar tas bort efter 2 – 3 veckor av käkkirurg.
Kontakt med käkkirurg för preoperativ bedömning	
LeFort I fraktur opereras av käkkirurg. LeFort II-III vid samordnat ingrepp av öronläkare och käkkirurg.	
Frontalbensfrakturer	
Kliniska fynd	Brillenheimatom Intryckning i pannan Anosmi Exoftalmus (blow-in fraktur)
Operationsindikation	Kosmetisk defekt Bakväggsfraktur mer än en benbredd Duraskada, intrakraniell luft
Operation	Gärna bicoronal incision vid slutna fraktur Öppen reposition och fix med platta Vid behov obliteration av frontalsinus
Komplikationer	Infektion, intrakraniell abscess, osteomyelit, meningit, sinus cavernosus- trombos
	Liquorre Mucocele, mucopyocele
Uppföljning	Postoperativ DT. Återbesök vb.

Vid större skador eller bakväggsfraktur med intrakraniell skada
konsultation med plastikkirurg/neurokirurg.

Mandibelfraktur

Kliniska fynd	Svullnad, hematom-luftvägssymptom? Felställning, malockklusion Smärta, ömhet vid rörelser/provokation Öppen fraktur?
Operationsindikation	Dislocerad fraktur.
Operation	Opereras av käkkirurg
Komplikationer	Bettstörning Käkledsproblem Kosmetiska problem-förändrad bredd/höjd
Uppföljning	Postoperativ DT är av värde vid opererade Collum mandibelfrakturet. I övriga fall avgörs behovet av postoperativ röntgen på individuell basis och då om DT eller slätröntgen, OPG, är det bästa alternativet. Återbesök till Käkkirurgiska kliniken efter 1 - 2 veckor.

NOE-fraktur

Kliniska fynd	Svullnad av näsa och panna Telekantus Rörlighet panna-näsa Förkortad ögonspringa Synnedsättning, dubbelseende Liquorre
Operationsindikation	Oftast vid dislokation av fragment Handläggs vanligtvis via SU
Operation	Öppen reposition och fixation
Komplikationer	Optikusskada Anosmi Telekantus Epifora Dakrocystit

	Enoftalmus
	Sinuit
	Mucocele i frontalsinus
	Liquorre
	Insjunket mellanansikte
Uppföljning	Postoperativ DT.
	Återbesök efter 1 - 2 veckor.

Relaterad information

Här listas rutiner kopplade till riktlinjen samt eventuella redovisande dokument, hänvisningar, checklistor, mallar, arbetsblad, m.m.

Uppföljning, utvärdering och revision

Enhetschef Käkkirurgen och processchef ÖNH ansvariga för riktlinjen.

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje

Gäller för: VO5 Ortopedi Ögon Öron näsa hals

Innehållsansvar: Henrik Nyberg, (henho1), Överläkare

Granskad av: Martin Oscarsson, (maros21), Enhetschef

Godkänd av: Cecilia Andersson, (cecan1), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9726-2054514065-5

Version: 6.0

Giltig från: 2025-11-18

Giltig till: 2027-11-18