

Perthes sjukdom – Primäroperation

fylls i vid operation som utförs före 18 års ålder

Patient: Personnr: Doktor:

Frågor med möjliga svar		Vit ruta= obligatorisk, Grå ruta= bör fyllas i, men inte obligatorisk	
Datum för operation		Sida	<input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster
Klassifikation (Lateral pillar)		<input type="checkbox"/> För tidigt att klassificera	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> BC <input type="checkbox"/> C
Datum för första röntgenundersökning där Lateral Pillar kunnat klassificeras			
Klinisk undersökning inklusive rörelseomfång			
Har patienten Perthes sjukdom på andra sidan eller har haft det tidigare?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
		aktuell sida	andra sidan (fylls i om frisk)
Max AB duktion	(mellan -40° till +90°)		
Max UTÅ Trotationa	(mellan -40° till +90°)		
Max INÅ Trotation	(mellan -40° till +90°)		
Utförd utredning preoperativt			
Perfusions MR <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Vanligt MR <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Artrografi NFA10 <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Annat: <input type="checkbox"/> Ja, anges: <input type="checkbox"/> Nej
Operation			
Sträckbehandling preop. för ökad abduktion?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Femur			
Femurostotomi (NFK 59) utförd?	<input type="checkbox"/> Variserande <input type="checkbox"/> Valgiserande <input type="checkbox"/> Nej (= inga fler svar om femur behövs!)	Rotation? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
LCP Pediatric hip plate? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Annat osteosyntesmaterial? <input type="checkbox"/> Ja, ange: <input type="checkbox"/> Nej	Collum-diafysvinkel postop. (80°-160°)	
Bäcken			
Bäckenostotomi (NEK59) utförd?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej (= inga fler svar om bäckenet behövs!)	
Ange typ av operation	Salter <input type="checkbox"/> Trippel <input type="checkbox"/> Dega <input type="checkbox"/> PAO <input type="checkbox"/> Annat, anges:	Osteosyntesmaterial som använts: AO-stift <input type="checkbox"/> Skruvar	
Trochanteröverväxt			
Operation mot trochanteröverväxt (R26.8) utförd?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Typ av operation	<input type="checkbox"/> Trochanterapofyseodes NFK49 <input type="checkbox"/> Trochantertransposition NFL89, ange även: <input type="checkbox"/> Med skruv <input type="checkbox"/> Annat, anges:		
Höftled			
Höftdistraction utförd med extern fixation (NFH90)?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
DEFINTIONER Se hjälpbilder som finns upplagda på hemsidan, www.spoq.se under Stöd för vårdpersonal			
Radiologisk bedömning (Röntgen bäcken frontal och Lauenstein)			
Klassifikation	Bedöms med hjälp av Lateral Pillar klassifikation (se hjälpbilder)		
Klinisk undersökning			
Rörelseomfång höft	Mäts med goniometer och avser maximalt passivt rörelseuttag		
ABduktion	Testas i rygläge med höftleden extenderad och med ett samtidigt mothåll över kontralaterala sidans SIAS för att känna när bäckenet precis börjar "tippa" med.		
Rotation	Utförs i bukläge med extenderade höfter och flekterat knä. Fixera bäckenet för att minska risk för bäckenrotation. Roter i höften tills det tar stopp. Referenser: fast skänkel mot britsen, rörlig skänkel följer tibias framkant. Se hjälpbild.		