

## Kommentar

# Bruddskader i ansiktet hos barn

Brudd i ansiktsskjelettet hos barn er en sjelden skade. Barns ansiktsskjelett er mindre utsatt for bruddskader ved traumer enn voksne. Dette skyldes elastisiteten i ansiktsskjelettet, mangelfullt utviklede bihuler, et midtansikt som relativt sett er noe tilbaketrukket i forhold til kalvariet, og beskyttende underhudsfett. Eventuelle ikke-frembrutte tenner vil også stive av de tannbærende delene av ansiktsskjelettet (1). Ulykke med motorkjøretøy der barn er involvert enten som passasjer, fotgjenger eller syklist er vanligste årsak til bruddskader i ansiktet hos barn (2).

Grundig klinisk undersøkelse er vesentlig for å diagnostisere ansiktsfrakturer. Man må spesielt undersøke avflating av ansiktskontur, parestesier i nervus infraorbitalis' inner-vasjonsområde, dobbeltsyn, enoftalmus, kjevesperre, tannskader, malokklusjon, gingivale sår, bloduttredelser i slimhinnene i munnhule og øyne samt septumhematomer. I de fleste tilfellene vil brudd i ansiktsskjelettet være forbundet med skader på overliggende bløtvev (2). CT-undersøkelse bør være med i standardutredningen av barn med hode- og ansiktstraumer, da røntgen har en for lav sensitivitet. I et materiale ble 65 % av de bruddene man fant på CT oversett på røntgen (3).

Sikring av barn i bil og sykkelhelmer er viktige beskyttelsestiltak mot brudd i ansiktet hos barn. 70 % av barn som fikk bruddskader i ansiktet ved bilulykker var ikke forskriftsmessig sikret (1). Det er veldokumentert at hjelmbruk i forbindelse med sykkelulykker betydelig reduserer forekomst og omfang av hodeskader (4). Det er imidlertid undersøkelser som tyder på at utformingen av dagens hjelmer kan forbedres i forhold til å forebygge skader i ansiktet.

Riktig behandling er viktig for å unngå komplikasjoner som dysfunksjon i n. infraorbitalis, bihuleproblemer, feilstillinger i bitt, dobbeltsyn og utilfredsstillende estetiske forhold. Barn har et større og raskere tilhelingspotensial enn voksne. Derfor må

riktig behandling igangsettes tidligst mulig. Immobiliseringstiden bør være kun to uker, mot 4–6 uker hos voksne.

Resorberbart materiale til fiksering av bruddskader i ansiktet hos barn er omdiskutert. Det finnes imidlertid dokumentasjon som viser at slikt materiale gir gode resultater samtidig som man unngår en del av problemene som er forbundet med metallfiksjon (5).

Ved bruddskader i nese eller i kondylar-regionene kan vekstforstyrrelser forekomme. Barn med slike skader bør derfor følges opp med tanke på å oppdage og forebygge uheldige konsekvenser av slike forstyrrelser.

### Sverre K. Steinsvåg

sverre.steinsvag@sshf.no  
Øre-nese-hals-avdelingen  
Sørlandet Sykehus  
4604 Kristiansand  
og  
Øre-nese-hals-avdelingen  
Haukeland Universitetssjukehus  
Bergen

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

### Litteratur

1. Zimmermann C, Truolis M, Kaban L. Pediatric facial fractures: recent advances in prevention, diagnosis and management. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2006; 35: 2–13.
2. Holland A, Broome C, Steinberg A et al. Facial fractures in children. *Pediatr Emerg Care* 2001; 17: 157–60.
3. van As AB, van Loghem AJ, Biermans FF et al. Causes and distribution of facial fractures in a group of South African children and the value of computed tomography in their assessment. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2006; 35: 903–6.
4. Gittleman M, Pomeranz W, Smith G. Pediatric all-terrain vehicle-related injuries in Ohio from 1995 to 2001: Using the injury severity score to determine whether helmets are a solution. *Pediatrics* 2006; 117: 2190–5.
5. Bos R. Treatment of pediatric facial fractures: The case for metallic fixation. *J Oral Maxillofac Surg* 2005; 63: 382–4.

Manuskriptet ble mottatt 27.6. 2007 og godkjent 9.10. 2007. Medisinsk redaktør Odd Terje Brustugun.