

PM

Rubrik: Vårdprogram, luxation axel	
Enhet/förvaltning: Ortopedkliniken Blekingesjukhuset	Huvudområde/delområde: Vårdprogram/axlar
Ansvarig: Tomas Ericson, verksamhetschef	Utfärdare: Bo Wilhelmsson, överläkare
Gemensamt med:	Version: 5.0
Godkänt datum: 2021-12-21	Nästa revidering: 2023-12-21

KOPIA

Bakgrund	Axelledsluxationer kan delas in i främre och bakre luxationer där främre är absolut vanligast. Kan förekomma med eller utan skada på glenoidkanten (Ben-Bankart). Drabbar vanligast yngre men även äldre kan drabbas och då ofta i kombination med tuberculum majus-fraktur och ibland cuffruptur.
Anamnes	Fall på abducerad och utåtroterad arm alternativt kaströrelse (idrottsskada).
Symtom	Osäkerhetskänsla. Kan inte lita på axeln. Patienten känner subluxationer/luxationer. Svårt att utföra kaströrelser ovan axelnivå.
Patoanatomi	Caput luxerar ventralt. Kapselfästningen (kapsulolabrala komplexet) släpper distalt på ventrala cavitas (Bankartskada). Eventuellt en ytlig kantfraktur på ventrala cavitas (Ben-Bankart). Impressionsfraktur dorsalt på caput humeri (Hermodsson eller Hill-Sachs skada). Kapselvolymen ökar vid upprepade luxationer p.g.a. att kapseln täns ut.
Status	Apprehension sign anteriort är positivt. (OBS! obehag – ej smärta). Relocation sign positiv (Validerar apprehension sign). Uteslut nervskador (gärna 3).
Röntgenfynd	Hermodsson/Hill-Sachs skada. Störd kontur nedre glenoidkanten (Ben-Bankart). Tuberculum majus-avlossning.

Åtgärd akut Uteslut nervus axillarissskada (känsl distalt över deltoideus, förmåga att spänna ovan muskel vid abduktion). Uteslut kärlskada (pulsar distalt).

Röntgen innan reponering. Tänk på fraktur collum chirurgicum (samt rotatorcuffruptur/tuberculum majus-fraktur, framför allt äldre patienter). Reponerar därefter.

Röntga alltid efter reponering. Kom ihåg åtminstone 2 projektioner.

Slynga vid behov, dock högst 1 vecka.

Sjukgymnastremiss, gärna med information för att komma igång med rörlighetsträning omedelbart. Gärna AXELINA-övningar.

KOPIA

Återbesök inom 10 dagar då patienten bör kunna lyfta armen aktivt till cirka 90°. Om smärta och oförmåga föreligger, lägg subacromial blockad med lokalbedövning. Vid fortsatt oförmåga ska remiss dikteras/skrivas för ultraljudsscanning med frågeställning cuffruptur. Vid behandling inom två veckor faxas remiss till Karlskrona fysio 0455-308347, övriga remisser skickas till Karlskrona fysio. Svar kommer sedan med fax och scannas in i journalen av sekreterare. Var god se PM Ultraljud axel med frågeställning cuffruptur.

Vid akut skada som kan behöva operation subakut ringer Andreas Kraft eller Johan Flenhagen direkt till någon i axelteamet.

Patient som har tidigare axelledsluxationer

I princip som ovan men om det framkommer anamnes på instabilitetsbesvär som är socialt och professionellt handikappande för patienten ta upp möjligheten till operation. Överväg internremiss till axelspecialist. Berätta för patienten att operationen sker artroskopiskt. Återfästning av ledkapseln till ledskålens framkant. Rehabiliteringen är cirka 3 månader. Sjukskrivning 6 – 12 veckor beroende på arbete. Ingen kontaktsport på åtminstone 6 månader.

Bakre luxation

Bakgrund Kan ske i samband med trauma, då oftast yngre. I fall av icke-trauma: Yngre med tidigare anamnes på ledlaxitet.

Anamnes Fall framåt på rak arm. Ofta i samband med epileptiskt anfall.

Symtom Svårt att exempelvis skjuta upp en dörr med rak arm. Osäkerhetskänsla. Kan inte lita på axeln. Känner sublaxationer/luxationer bakåt. Patienten har ibland svårt att definiera riktning. Kan vara odefinierade smärtor vid horisontell adduktion. Sublaxation fås bäst fram vid undersökning i narkos. Vid missad bakre luxation har patienten ibland smärta men framför allt oförmåga att utåtrotera och abducera.

Patoanatomi	Caput luxerar dorsalt. Oftast sker detta då patienten adducerar arm. Kapselinfästningen släpper eller töjs ut på dorsala cavitas. Kapselvolymen ökar vid upprepade luxationer.
Status	Apprehension sign posterior positiv. Ibland kan patienten själv subluxera/luxera bakåt utan större smärta/besvär. Pseudovingscapula kan ses vid flexion/abduktion av arm. Tänk alltid på ledlaxitet. Oförmåga att utåtrotera vid bakre luxation. Beighton score (överrörlighet, översträck i övriga leder). Testa Sulcus sign (vid drag i arm ner mot golv uppstår indragningar ovan kulan anterolateralt och posterolateralt)
Röntgen	<u>Projektioner:</u> Frontal, Axial, Epålett. Alltid åtminstone 2 projectioner. 3 projectioner om osäkerhet föreligger. <u>Fynd:</u> Vid trauma: Främre impressionsfraktur på caput humeri, d.v.s. omvänd Hermodsson/Hill-Sachs skada. Eventuellt en ytlig kantfraktur på dorsala cavitas glenoidale, en s.k. posterior Ben-Bankart skada.
Akut åtgärd	Röntga alltid i minst 2 projectioner. Dubbelkontur på frontalprojektion om caput är luxerad posterior. Reponera, vilket vanligtvis behöver ske i någon form av lätt narkos. Försiktig adduktion/traktion och in- och här efter utåttrotation. Röntgenkontrollera därefter. Patienten i förband/ortos med arm i neutralläge (neutrallägesortos kan fås från Ortopedtekniskt centrum, kan temporärt ordnas med Putti-Platt och kudde), dock aldrig som vid anteriora luxationer med arm på magen. Återbesök inom 10 dagar med röntgenkontroll. Patienten ska då ha full rörlighet passivt, framför allt kontrollera utåttrotation, pröva i liggande. Aktivt rörelseomfång till 90°. Internremiss till axelsektionen. Om axillär eller epålettbild inte tagits röntgenologiskt, komplettera gärna med DT inför återbesök till axelsektionen. Detta för att avslöja eventuell retroverterad glenoid eller större Hill Sachs-skada som kan öka risken för recidivluxation.

KOPIA

