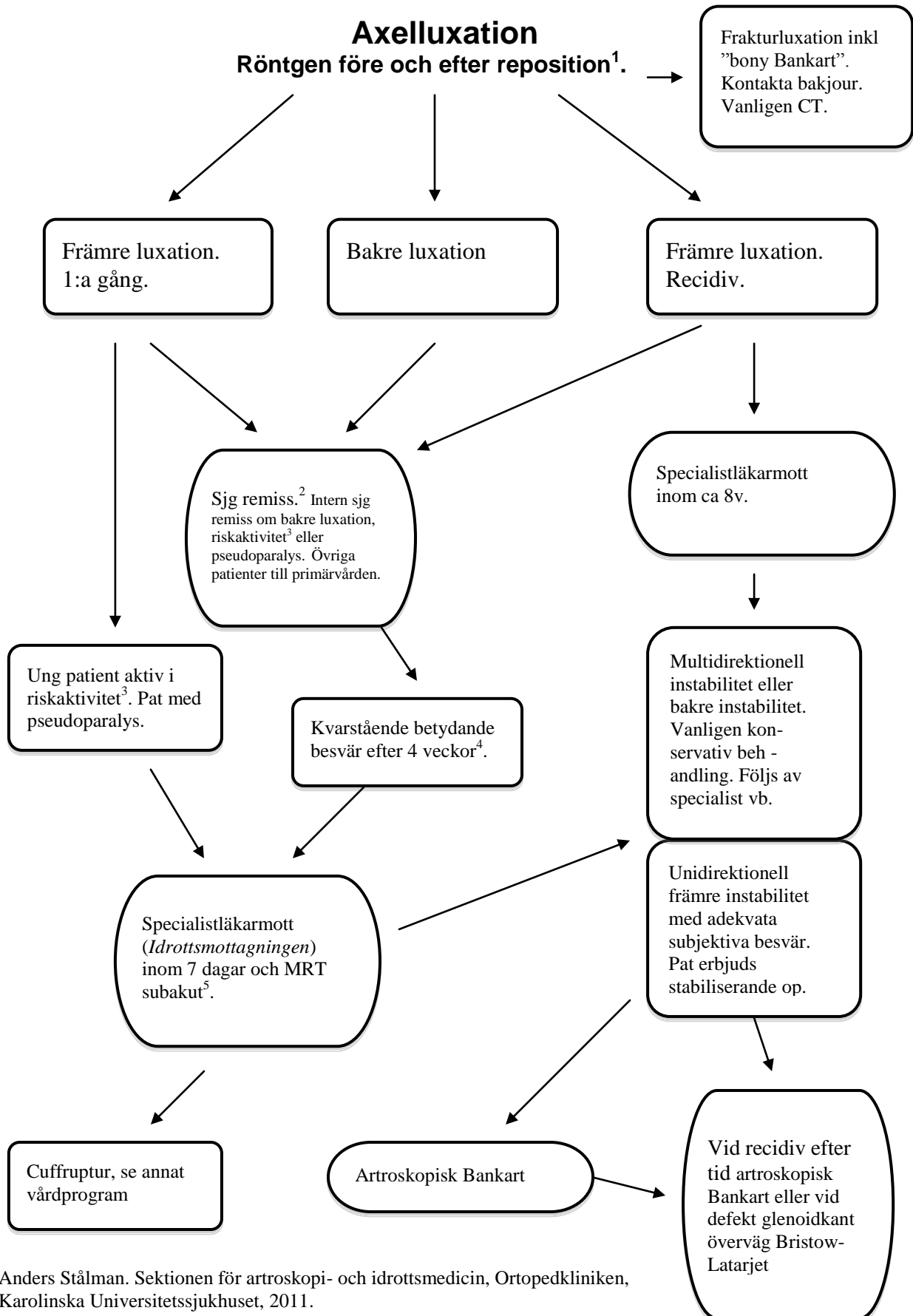


Flödesschema/vårdprogram vid axelluxationer

(kommentarer och referenser, se nästa sida)



Kommentarer till vårdprogram "axelluxationer".

Detta vårdprogram utgår huvudsakligen från de synpunkter som framkommit i det dokument om indikationer för axelkirurgi som utarbetats av NKO, nationellt kompetenscentrum för ortopedi, 2006.

Ett vårdprogram kan dock inte fullständigt ta hänsyn till alla möjliga variabler och tänkbara händelseförlopp. Detta vårdprogram skall ses som ett hjälpmedel vid planering för denna patientgrupp. Vid frågor och oklarheter ta kontakt med den ansvariga specialisten på sektionen för artroskopi- och fotkirurgi (rad L1).

1. Reposition utförs enklast under adekvat smärtlindring och avslappnande medicinering (tex morfin + stesolid, beredskap med narcanti och lanexat) och/eller med lokalbedövning (tex 20 ml 1 % Citanest-adrenalin subacromiellt i hematomet). En metod är att ha patienten liggande på mage och en tyngd och/eller försiktigt successivt ökat drag i armen mot golvet. Ett sådant drag kan vid behov appliceras med benen vilket frigör händerna för manipulation av scapula och humerus. Försiktighet med draget då mycket sådant kan utvecklas med denna metod. Det är inte alltid man tydligt känner att axeln går i led så man kan gärna avbryta och se efter ordentligt om inget verkar hända. Vid recidiverande habituell luxation där reposition utförs lätt kan man i vissa fall avstå från röntgen.
2. Remiss till sjukgymnast. Fri mobilisering med smärta som begränsning rekommenderas (Hovelius 1996).
3. Det har länge diskuterats hur den primära luxationen bäst behandlas hos yngre patienter med så kallade riskaktiviteter (såsom idrott med kaströrelse). Vissa förordar tidig stabiliserande kirurgi (de Bardini 2001, Bottoni 2002, Valentin 1998) medan andra förordar konservativ behandling (Hovelius 2006, Kirkley 2005). Vi har som rutin att vanligen rekommendera konservativ behandling men pat bör informeras om det något bristfälliga underlaget för detta ställningstagande vid besök hos specialist. Efter diskussion med pat kan akut stabilisering i vissa fall vara indicerad.
4. Subjektiva instabilitetsbesvär eller misstanke om associerade skador såsom cuffskada.

Referenser:

Indikationer för behandling inom ortopedi. Nationella medicinska indikationer för axelkirurgi. Nationellt kompetenscentrum för ortopedi. 2006. www.nko.se

Bottoni C.R, Wilckens J.H, DeBerardino T.M, D'Alleyrand J-C.G, Rooney R.C, Harpstrite J.K, Arciero R.A. A prospective, randomized evaluation of arthroscopic stabilization versus nonoperative treatment in patients with acute, traumatic, first-time shoulder dislocations. *Am J Sports Med.* 2002;30, 576-580.

DeBerardino T.M, Arciero R.A, Taylor D.C, Uhorchak J.M. Prospective evaluation of arthroscopic stabilization of acute, initial anterior shoulder dislocations in young athletes. Two-to five-year followup. *Am J Sports Med.* 2001;29; 586-592.

Hovelius L, Augustini BG, Fredin H, Johansson O, Norlin R, Thorling J. Primary anterior dislocation of the shoulder in young patients. A ten-year prospective study. *JBJS.* 1996;78A:1677-1684.

Hovelius L, Olofsson A, Sandström B, Augustini BG, Krantz L, Fredin H, Tillander B, Skoglund U, Salomonsson B, Nowak J, Sennerby U. Nonoperative treatment of primary anterior shoulder dislocations in patients forty years of age and younger a prospective twenty-five year follow up. *J Bone Joint Surg Am.* 2008 May;90(5):945-52.

Kirkley A, Werstine R, Ratjek A, Griffin S. Prospective randomized clinical trial comparing the effective of immediate arthroscopic stabilization versus immobilization rehabilitation in first traumatic anterior dislocations of the shoulder: long-term evaluation. *Arthroscopy.* 2005;21;55-63.

Anders Stålman. Sektionen för artroskopi- och idrottsmedicin, Ortopedkliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, 2011.

