Upprättare: Eva M Almén Åström

Fastställare: Anette Lund

Axelbesvär Länsövergripande Vårdprogram hälso- och sjukvården Gävleborg

Innehåll

Syfte och omfattning....1
Ansvar och roller....1
Beskrivning....2
Axel- Impignement....2
Axel – AC-ledartros....2
Handläggning av traumatisk cuffruptur....2
Axel - Recidiverande axelluxationer efter trauma....3
Axel – Artros –humeroscapulär artros....4
Axelkirurgi....4
Följande protestyper användas på VO Ortopedi:....4
Kvalitetsuppföljning....5
Dokumentinformation....5

Syfte och omfattning

Syftet med det här vårdprogrammet är att skapa klara riktlinjer för patienter med axelbesvär och kontakterna mellan specialistkliniken och primärvården, så att det gynnar patienterna i fråga om kvalitet och tillgänglighet.
Målet är att de patienter som remitterats till ortopedkliniken också ska kunna ha nytta av att träffa en ortoped.

Ansvar och roller

Patienter som remitteras till ortopedkliniken ska vara färdigutredda och konservativt färdigbehandlade med primärvårdens resurser.

Indikation för remiss till specialistkliniken:

- Ställningstagande till operation.
- Second opinion.
- Oklar diagnos.

Remiss från primärvården gällande axelbesvär skickas till ortopeden i Gävle eller Hudiksvall för bedömning av axelsektionen. Gäller remissen primär/sekundär artros eller cuffartropati för trolig protesersättning kan remiss även skickas till Bollnäs.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Beskrivning

Axel- Impignement

Primärvård

- Fysioterapeut helst enligt Axelina
- Subacromiell cortisoninjektion (Lederspan).
- Vanlig slätröntgen
- Vid fortsatta besvär efter 6 månader trots adekvat behandling enligt ovan - remiss till Ortopedkliniken.

Ortopedi

- Överväga artroskopisk operation
- Överväga MRT vid oklarhet
- Uppföljning med rehabilitering och sjukskrivning
- Efter operation sker uppföljning via axelmottagningen/sjukgymnast eller operatör.

Axel – AC-ledartros

Primärvården

- Många har röntgenverifierad artros i AC-leden men få har kliniska besvär.
- Vanlig Slätröntgen
- Relativt ofta i kombination med inklämning. Pröva att ge subacromiell blockad (10 ml 1%-ig Carbocain).
- Hjälper inte detta prova att ge injektion i AC-leden (Depomedrol).
- Om aktiv sjukgymnastik behandling och injektionsbehandling inte fungerar efter 6 månader – remiss till Ortopedkliniken.

Ortopedi

- Operation med artroskopisk lateral klavikelresektion
- Uppföljning sker via Axelmottagningen/Sjukgymnast eller till operatör

Handläggning av traumatisk cuffruptur

Allmänt

Diagnosen cuffruptur är svår att ställa och ibland ställs den för sent. Det är av stor vikt att dessa patienter diagnostiseras och kan behandlas tidigt då man annars löper risken att cuffrupturen blir irreparabel.
Misstanke om diagnosen traumatisk cuffruptur ställs kliniskt i samband med en kontroll cirka 2 veckor efter axelkontusion eller luxation och där patienten har rörelseinskränkning och svaghet. Diagnosen ska då ställas via ultraljudsundersökningar, alternativt magnetkameraundersökning. Vilken metod man väljer en fråga om lokala tillgången på dessa undersökningar. Generellt kan sägas att magnetkameraundersökning är reproducerbar och säker medan ultraljudet är undersökarberoende. I Gästrikland remitteras patienterna till

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

ultraljudsundersökning som utförs av dr Magnus Hjelm vid röntgenavdelningen i Gävle.
I Hälsingland förefaller för närvarande tillgången på magnetkameraundersökning vara bättre och där gör man företrädelsevis magnetkameraundersökning. I en framtid kommer axelsektionerna i Gävle respektive Hudiksvall att utvecklas och själva göra ultraljudsundersökningar.

Vid positivt svar på ultraljudsundersökning alternativ MR skrivs operationsförberedande remiss till ortopedmottagningen i Gävle eller Hudiksvall varefter vi kallar patienten och erbjuder en snabb operationstid. Cuffruptur bör opereras inom 3 månader från skadetillfället men strävan är att förkorta denna väntetid.
Det går inte att ge helt generella regler t ex en 85-årig kvinna som haft axelbesvär senaste 20 åren och som nu råkar ut för ett ovan nämnt trauma och där ultraljud visar cuffruptur är det knappast någon idé att ens försöka operera då hon med stor sannolikhet haft sin ruptur sedan länge och det hela är irreparabelt. Motsatsen blir förstås den tidigare helt axelfriske 35-40 åringen som kan räkna med i princip helt återställd funktion efter operation. Målsättningen är således att operera dessa patienter inom 2-3 månader efter skadetillfället.

Primärvården

- Tidigare axelfrisk person som efter trauma fått ont och svårt att lyfta eller använda armen och har inklämningsliknande besvär. Vanlig slätröntgen
- Om patienten efter diagnostisk subacromiell injektion (10ml 1%-ig Carbocain) får tillbaka fullgod funktion kan man fortsätta behandlingen enligt impignementprogrammet.
- Om patienten inte får tillbaka fullgod rörelseförmåga och är uttalat svag kan cuffruptur misstänkas, samma gäller om dropp-arm sign.finns. Då görs radiologisk utredning och om positivt fynd – remiss till ortopedkliniken Gävle eller Hudiksvall. Rekommendation att tid mellan skada och remiss till Ortopedkliniken är 3-5 veckor.
- Operationsindikationer minskar med stigande ålder patienter över 65 år.

Ortopedi

- Eventuell operation med artroskopisk cuffsutur
- I vissa fall ställningstagande till omvänd protes
- Uppföljning med rehabilitering via axelmottagningen/sjukgymnast eller operatör och sjukskrivning

Axel - Recidiverande axelluxationer efter trauma

Primärvård

- Vanlig slätröntgen
- Hos medelålders och äldre patienter kan sjukgymnastik under 3 månader fungera tillfredsställande. OBS risk för cuffruptur vid luxation hos patient över ca 35 år. Vid terapisvikt – remiss till Ortopedkliniken

Kopians giltighetsgränsas endast utskriftsdatumet

- Hos yngre patienter upp till 30 år – remiss till ortopedkliniken.

Ortopedi

- Eventuellt stabiliserande kirurgi öppet eller artroskopiskt.
- Uppföljning via axelmottagningen och sjukskrivning.
- Kontroll efter operation sker hos sjukgymnast och operatör.

Axel – Artros –humeroscapulär artros

Primärvården

- Konventionell röntgen ger diagnos
- Utesluta andra åkommor som kan ge besvär till exempel inklämning/AC – ledartros
- Symtomatisk behandling med sjukgymnastik för att om möjligt undvika tilltagande stelhet.
- Om aktiv sjukgymnastik fallerar och patienten har fortsatt mycket besvär med värk och rörelsesmärta efter 5 – 6 månader – remiss till Ortopedkliniken.

Ortopedi

- Operation med axelprotes
- Uppföljning sker via Axelmottagningen

Axelkirurgi

Impignement	Acromioplastik, artroskopiskt, opereras polikliniskt.
AC-ledartros	Lateral clavikelresektion artroskopiskt, opereras polikliniskt.
Cuffkirurgi	Artroskopisk cuffsutur, vanligen poliklinisk operation.
Recidiv/Luxation	Öppen eller artroskopisk stabilisering, görs vanligen polikliniskt.
Artros, artrit, cuffatropati	Protes. Anatomisk totalprotes alternativt omvänd protes. Anatomisk protes görs ibland polikliniskt medan omvänd protes vanligen 1-2 vårddygn.

Följande protestyper användas på VO Ortopedi:

1. Anatomisk totalprotes
2. Omvänd protes

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Kvalitetsuppföljning

Kvalitetsuppföljning sker genom gemensam score protokoll på all axelkirurgi

- Preoperativ score
- Postoperativ score ett år efter operation
- Reluxation på opererad axel skall alltid registreras.

Axelproteser rapportering sker till Svensk Axel Artroplastikregistret

Dokumentinformation

Vårdprogrammet utarbetat av Sektion Axel ÖL Björn Sandström granskat av Sektion Axel.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet