

Vårdprogram för fysioterapeutisk intervention

Axelledsluxation

Syftet med vårdprogrammet är att säkerställa evidensbaserat arbetssätt vid Fysioterapikliniken, Karolinska Universitetssjukhuset. Vårdprogrammen riktar sig främst till fysioterapeuter internt men även externt och till andra som kan tillgodogöra sig innehållet.

Innehåll	sid
Introduktion	2
Målsättning	2
Intervention	2
Mätmetoder	3
Restriktioner	3
Uppföljning/vårdkedja	3
Referenser	5

Författare

Eva Lizén, Charlotte Rudberg
Reviderat av: Charlotte Rudberg, Eva Lizén

Kontaktinformation

charlotte.rudberg@karolinska.se, tel 08/51773764

Sökvägar

- Databaser: www.cochrance.com, Pubmed
- Sökord: Shoulder dislocation, physical therapy, rehabilitation

Produktionsår

- 2011

Revideringsår

-

Introduktion

Axelluxation är en av de vanligaste luxationerna, beroende på ledens stora rörlighet och dess grunda ledpanna. Över 90% av patienterna luxerar framåt och de resterande 10% luxerar bakåt (1). Risken att reluxera efter en traumatisk förstagångsluxation är större ju yngre patienten är (2). För patienter <20 år föreligger en ca 50% risk för reluxation och för patienter >30 år, mindre än 20% (1,2). Reposition av en luxerad axel sker vanligtvis under analgetica i kombination med muskelrelaxantia (1). I enstaka fall, då luxationen varat en längre tid med ökat muskelmotstånd som följd, måste repositionen ske under narkos. Vid upprepade luxationer kan det vara indicerat med operativ stabilisering som medför att man stramar upp de främre strukturerna kring ledkapseln och får dem att läka med ärrbildning och förkortning med viss rörelseinskränkning som följd (1). Ibland kan det också vara indicerat med operation enligt Bankart (3), vilket innebär att man suturerar fast den broskkant som då har släppt från labrum.

Vårdprogrammet innefattar behandlingsperioden från och med skadetillfället, om patienten kommer från akuten/ortopedmottagningen, till slutförd behandling via vår poliklinik alternativt utslussning till primärvård/ privat vårdgivare.

Målsättning

Att patienten skall återfå rörlighet, styrka och stabilitet i det aktiva rörelseomfånget i den luxerade axeln.

Att patienten skall tillgodogöra sig information om träning och regim.

Att tillsammans med patienten formulera en plan för rehabilitering.

Intervention

Initialt fixeras axeln i inåtrotation, i smärtlindrande syfte, med en slynga. I nuläget finns otillräckligt stöd för huruvida immobilisering i inåt- respektive utåtrotation (4,5) är mest fördelaktigt samt rekommenderad immobiliseringstid (1-3 veckor), men generellt kan konstateras att äldre patienter tenderar att bli stelare vid längre immobilisering jämfört med yngre (6,7). Patienten uppmanas att flera gånger dagligen ta ut rörlighet i armbåge och hand samt passiv rörlighet i axel. Så snart smärtan tillåter bör patienten påbörja rörlighet-, styrke- och stabilitetsträning. Inom 1 vecka från skadetillfället bör patienten ha fått instruktioner samt råd om rörlighets- och styrketräning. Denna träning fortsätter därefter patienten med på egen hand och bör följas upp för stegring av programmet, till dess att patienten har återfått full styrka och stabilitet i axeln jämfört med den icke skadade axeln (8).

Så snart smärtan tillåter initieras aktiv rörelseträning. Patienten uppmanas att vara försiktig med utåtrotation i kombination med abduktion och elevation, instrueras även i att rörelseträna under kontrollerade former för att på sikt öka säkerheten i det dagliga livet och så fort som möjligt kunna vara utan slyngan.

Styrketräning påbörjas i dragapparat i alla rörelseriktningar. Rotation tränas med överarm intill kroppen men på sikt även med abducerad axelled, sittande i vinkelbänk. Det är även viktigt att träna styrkan i de muskler runt skuldran som bidrar till den grövre styrkan såsom deltoideus, pectoralis major och trapezius. Träning av rotatorcuffen prioriteras och bör tränas dagligen.

Mätmetoder

Mätmetod	Syfte	Kropps-funktion	Aktivitet /delaktighet	Omgivning /miljö
Instabilitet/ Aprehensionstest			Återgång till tidigare aktivitetsnivå ex idrott.	
VAS	Smärtskattning			
Styrka jämfört med friska armen, antal repetitioner			Återgång till tidigare aktivitetsnivå ex idrott.	
Goniometer HiN/HiR	Rörlighetsmätning		ADL	

Restriktioner

Förhindra relaxation, dvs undvika abduktion i kombination med utåtrotation över horisontalplanet innan tillräcklig stabilitet och styrka är återuppnådd för att skydda axeln. Restriktioner och träning anpassas i samråd med patienten beroende på vilken aktivitet patienten avser att återgå till (8).

Uppföljning/vårdkedja

Patienten tränar i genomsnitt 2 ggr/vecka under 2 månader och erbjuds träning alternativt uppföljning hos oss. Under denna period tränar patienten även dagligen

hemma enligt utarbetat träningsprogram med hjälp av gummiband. Fysioterapeuten uppmanar även patienten till fortsatt axelträning under lång tid för att uppnå så bra styrka/stabilitet som möjligt.

Återgång till idrott bör inte ske förrän full rörlighet och styrka uppnåtts, i regel 2-3 månader efter skadetillfället (8). Vid återgång till idrott med extrem påverkan på skulderleden, ex handboll, stavhopp, spjut etc, bör dessa patienter träna idrottsspecifikt innan återgång till sådan aktivitet.

Referenser

1. Lindgren U, Svensson O. Ortopedi. Liber 1996. Sid 664-667
2. Hovelius L et al. Primary anterior dislocation of the shoulder in young patients. A ten-year prospective study. Journal of Bone and Joint Surgery- American Volume 1996;78(11):1677-84
3. Cole BJ, Warner JJ. Arthroscopic versus open Bankart repair for traumatic anterior shoulder instability. Clin Sports Med. 2000 Jan;19(1):19-48.
4. Itoi E et al. A new method of immobilization after traumatic anterior dislocation of the shoulder: A preliminary study. J Shoulder Elbow Surg. September/October 2003: 413-415
5. Siegler J et al. Is external rotation the correct immobilisation for acute shoulder dislocation? An MRI study. Ortopedics & Traumatology: Surgery & Research (2010) 96,329-333
6. Handoll HHG et al. Conservative management following closed reduction of traumatic anterior dislocation of the shoulder (Review). The Cochrane Library 2009, Issue 1
7. Paterson W H, Throckmorton TW, Koester M, et al. Position and duration of immobilization after primary anterior shoulder dislocation. JBJS
8. Renström P, Skador inom Idrotten. Prisma 2003. Sid 123-130.