

Vårdprogram för fysioterapeutisk intervention

Proximala humerusfrakturer

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	3
Mätmetoder	3
Restriktioner	4
Uppföljning/vårdkedja	4
Referenser	5

Författare

Eva Lizén, Barbro Hugo
Reviderat av: Eva Lizén, Barbro Hugo

Kontaktinformation

Ortopedens sjukgymnastik, tel 08-517 737 64
\$K sjg.ortopedi-reuma.solna@SLL

Sökvägar

- Databaser: Cochrane, PubMed,
- Sökord: proximal humerus fracture, physical therapy, rehabilitation

Produktionsår

- 2011

Revideringsår

-

Introduktion

Etiologi: Proximal humerusfraktur drabbar främst äldre personer och är vanligare bland kvinnor. År 2002 var incidensen 105 per 100 000 personer (1). Incidensen har ökat de senaste 30 åren. Risken att drabbas av en fraktur vid fall ökar med stigande ålder. Proximal humerusfraktur räknas som en osteoporosrelaterad fraktur.

Diagnostik: Frakturerna kan indelas efter antalet fragment, två tre eller fyra fragment. De benämns beroende på den anatomiska lokaliseringen: collum anatomicum, collum chirurgicum och tuberculum majus är de vanligaste vid proximal humerusfraktur. Frakturen kan också involvera tuberculum minus. Luxationsfrakturer, framåt respektive bakåt, innefattas ej i detta vårdprogram.

Behandling: Proximala humerusfrakturer kan behandlas konservativt eller kirurgiskt. Vid konservativt behandlade frakturer får patienten en slynga i smärtlindrande syfte. När operation är indicerat bestämmer opererande kirurg den postoperativa regimen. För bägge grupperna är det viktigt att svullnad reduceras och rörligheten bibehålls i intilliggande leder.

Målsättning

Långsiktigt mål är att patienten ska återfå full rörlighet, koordination, stabilitet och styrka i den skadade axeln.

Att patienten skall tillgodogöra sig tillräcklig information om rehabiliteringsförloppet för att delvis på egen hand kunna utföra sin träning.

Att på ett säkert och så smärtfritt sätt som möjligt guida patienten genom rehabiliteringen.

Vårdprogrammet innefattar behandlingsperioden från skadetillfället till målen har uppnåtts, vilket görs i samråd med patienten.

Intervention

Nedanstående baseras på klinisk praxis och beprövad erfarenhet i samråd med klinikens läkare samt litteratur (2).

1. De patienter som genomgår kirurgi träffar fysioterapeut på avdelning och får de första instruktionerna där: aktivt rörelseuttag i hand och armbåge samt pendelövningar för axeln.
2. Patienten kallas till ett första besök till Fysioterapikliniken inom två veckor. Då har patienten försetts med en slynga i smärtlindrande syfte. Slyngan kan användas i två till tre veckor beroende på patientens behov. Patienten har då fått information om att ta ur armen ur slyngan för rörelseuttag i armbåge och hand. Detta bör ske minst tre gånger/dag. Information ges angående rehabiliteringens längd, viloställningar, restriktioner, samt att smärtan kan kvarstå under en längre tid. Patienten instrueras i avlastad flexion i ryggliggande, skulderelevation och skulderretraktion. Kontroll av rörlighet i armbåge och hand. Patienten får ett återbesök inom en vecka där ovanstående kontrolleras och eventuellt korrigeras.
3. Vid nästa återbesök ca fyra veckor efter skadetillfället brukar smärtan tillåta aktivt avlastad elevation och extension i s k Sussyslynga. Även avlastad abduktion med hjälp av en pinne tränas.
4. Efter ca fem-sex veckor beräknas frakturen vara så pass läkt att aktiv rörelseträning kan påbörjas. Samtliga rörelseriktningar tränas: elevation, extension, abduktion, utåtrotation och inåtrotation. Graden av aktivitet styrs av patientens smärta. Det kan ta lång tid att återfå aktiv rörlighet. Vid behov tas passiv rörlighet ut i leden och lätta töjningar kan påbörjas. I slutskedet av rehabiliteringen bör patienten ha kommit så långt att styrke- och stabiliseringsträning har påbörjats.
5. Patienterna kan vid behov följas upp under lång tid, fem månader eller mer.

Mätmetoder

Patientens funktion i övre extremiteten mäts vid den polikliniska träningen enligt nedanstående metoder och jämförs med icke opererade sidan.

1. Eventuellt nedsatt rörlighet mäts med goniometer (elevation, extension, abduktion, utåtrotation). (3)
2. Funktionella rörelser: hand i nacke (HIN), hand i rygg (HIR)
3. VAS

Funktionsnedsättning/ mätmetod	Syfte	Kropps- funktion	Aktivitet/ delaktighet	Omgivning /miljö
Nedsatt rörlighet - goniometer	Notera förbättringar i rörligheten i axeln	X		
Nedsatt muskelstyrka - dragapparat VAS	Notera ökad styrka i axeln Rätt dosering av behandlingen	X	X	

Restriktioner

De patienter som har fått tuberculum majus avlöst ska undvika abduktion och utåtrotation de första sex veckorna. Vid de fall där patienten opererats gäller opererande läkares restriktioner. Under hela rehabiliteringen anpassas övningar och råd efter hur ont patienten har. Detta tas i beaktande tillsammans med läkningstiden.

Uppföljning/vårdkedja

Patienten träffar en fysioterapeut vid återbesök på Ortopedmottagningen 10 dagar efter skadetillfället. Patienten kan också bli remitterad för igångsättning hos fysioterapeut i samband med besöket på akuten. Patienten kallas då inom två veckor. Första sex veckorna följs patienten regelbundet vid Fysioterapikliniken. I samråd med patienten beslutas om rehabiliteringen fortsätter vid Fysioterapikliniken, om patienten fortsätter via annan fysioterapeut eller om patienten fortsätter träna på egen hand. Ifall patienten fortsätter att träna på egen hand erbjuds möjlighet till kontroll efter några veckor.

Referenser

1. Palvanen M, Kannus P, Niemi S, Parkkari J. Update in the epidemiology of proximal humeral fractures. Clin Orthop Relat Res, 2006;(442):87-92.
2. Lindgren U, Svensson O. (2001) Ortopedi. Liber AB.
3. Clarkson HM. Musculoskeletal assessment. Joint range of motion a manual muscle strength. 2nd ed Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.