

Gäller för: Ortopedi

Giltig från: 2025-03-18

Innehållsansvar: Urban Hedlundh, (urbhe1), Överläkare

Giltig till: 2027-03-18

Granskad av: Jonas Magnusson, (jonma4), Överläkare

Godkänd av: Hans Svensson, (hansv16), Verksamhetschef

# Höftprotesluxation

---

## Revidering i denna version

Ingen revidering i denna version, giltighetstiden förlängd.

## Syfte

Gemensamt handlingsätt vid höftprotesluxationer.

## Vilka berörs

Ortopedkliniken

## Åtgärder

### Förstagångsluxation

1. Ta röntgen för verifikation.
2. Reponera i narkos. Genomlysning endast i de fall som anses tillämpligt av behandlande läkare. Genomlysning rekommenderas för studie av luxationsmekanism.
3. Mobilisera med full belastning på avdelningen.
4. Ta röntgen innan hemgång – inkludera protesbäcken om det inte rör sig om luxation inom tre månader postoperativt.
5. Låt sjukgymnast gå igenom rörelseinstruktioner – om utskrivning ej markant försenas.

### Andragångsluxation

1. Röntgen för verifikation.
2. Reponera i narkos. Okomplicerad anatomi, ordinär protes och förtrogen med repositionsteknik – kan ibland åtgärdas på akutmottagning, vårdavdelning eller uppvakningsavdelning.
3. Överväg ortosbehandling om tidig luxation (<4 veckor postoperativt), särskilt revisionsfall samt adekvat protesläge. Ortoser har herefter litet eller inget värde!

4. Fri mobilisering. Patienten går hem när detta fungerar. Angående röntgen v.g. se kommentarer.

### **Tredjegangsluxation**

1. Eventuellt röntgen – klinisk bild, typisk anamnes och nyligen inträffad luxation är oftast tillfyllest.
2. Reponera i narkos eller adekvat rus där möjlighet finns.
3. Fri mobilisering på uppvakningsavdelningen. Patienten går hem när detta fungerar.
4. Diskutera fallet med kollega i protessektionen. Se till att bildmaterialet är komplett (inklusive protesbäcken). Detta ska leda till en handlingsplan.
5. Handlingsplan dikteras i journal.

### **Flergångsluxation**

1. Eventuellt röntgen – klinisk bild, typisk anamnes och nyligen inträffad luxation är oftast tillfyllest.
2. Reponera i narkos eller adekvat rus där möjlighet finns.
3. Fri mobilisering. Patienten går hem när detta fungerar.
4. Värdera handlingsplan – Fortsatta repositioner om sällan-lux hos ej operabel patient? Revision? Girdlestone? Lämna protesen luxerad?

### **Kommentarer**

- Reposition sker oftast med muskelslapp patient och 1) drag i benets längsriktning + lätt rotation eller 2) höften flekterad 90°, assistent trycker mot crista och drag av benet uppåt med samtidiga lätta rotationsrörelser.
- Vissa proteser och luxationer som stått några dygn kan ibland reponeras med hjälp av extensionsbord. Undviks på jourtid och bör helst ha diskuterats med någon i protesteamet innan.
- Röntgenkontroller är en ögonblicksbild och därför oftast onödiga. Klinisk bedömning av patienten med hänsyn till smärta, benförkortning och rotationsfelställning viktigare. Gäller särskilt oklara och icke kooperabla patienter.
- Förstagångsluxation efter adekvat trauma eller tidigt postoperativt (>4 veckor) har god prognos.
- Resultatet av revision p.g.a. luxation har historiskt varit dåligt om komponenterna sitter korrekt. Knappt hälften av patienterna har då slutat luxera. Nya operationsmetoder med så kallad ”Dual Mobility Cup” verkar kunna förbättra resultaten, men kräver ändå oftast en kooperabel patient utan neurologisk skada och multidirektionell instabilitet.

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Ortopedi

**Innehållsansvar:** Urban Hedlundh, (urbhe1), Överläkare

**Granskad av:** Jonas Magnusson, (jonma4), Överläkare

**Godkänd av:** Hans Svensson, (hansv16), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** NU10097-1869289359-187

**Version:** 2.0

**Giltig från:** 2025-03-18

**Giltig till:** 2027-03-18