

Senast reviderat: 2024-01-10

Dokumentet gäller för: Verksamhet Ortopedi

Innehållsansvarig: Georgios Tsikandylakis, Överläkare, Läkare ortopedi (geots1)

# Luxation, instabilitet efter total- eller halvprotesoperation i höft (Behandlingsbeskrivning)

## Syfte

Säkerställa handläggning av patienter med luxation/instabilitet efter total eller halvprotesoperation.

## Bakgrund

Revision på grund av luxation är den vanligaste orsaken till revision under det första postoperativa året. Luxation är en mycket obehaglig upplevelse för patienten. Recidiverande luxationer ger dessutom en ständig osäkerhetskänsla med stor påverkan på patientens livskvalitet.

Protesinstabilitet är multifaktoriell:

**Patientrelaterade riskfaktorer:** Hög ålder, BMI och ASA grad, kognitiv svikt, neurologisk sjukdom, missbruk, diagnoser höftfraktur, osteonekros och DDH (Developmental Dysplasia of the Hip). **Kirurgisktekniska riskfaktorer:** Kranialisering av höftens rotationscentrum, benförkortning/förläggning, kort femur offset, lehuvid  $< 32\text{mm}$ , malpositionerad cup (inklination  $> 45^\circ$ , retroversion), retroverterad stam.

Den bästa preventionen mot luxation är noggrann preoperativ planering samt identifiering av riskpatienter, korrekt implantatpositionering och vid behov val av lateral snitt samt dubbelartikulerande cup som minskar risken för luxation.

## Arbetsbeskrivning

### Akut handläggande

**Prioritet:** Hög (samma som höftfraktur).

### Anamnes

Vanligen enkel diagnostik, men inte alltid. På vissa patienter kan höften glida ur led med relativt blygsamma symptom. Ofta rör det patienter som haft andra höftproblem (revisioner). Plötslig benförkortning talar för luxation men kan orsakas av flera typer av protes haveri. Luxation är den vanligaste orsaken och det man först bör tänka på.

Om ledhuvudet ligger mycket excentriskt i cupen vid tidigare röntgen eller efter reposition bör man överväga följande beroende på typ av implantat

- a) Cementerad plastcup: Slitaget är uttalat och cupen kan ha frakturerat
- b) Ocementerad cup: Uttalat slitage. Linern kan ha luxerat.

Vid a och b kan sluten reposition vara omöjligt och även efter lyckad sluten reposition är risken för luxation mycket hög. Protesen behöver oftast revideras. Ta kontakt med protsteamet.

c) Dual-mobility cup: Ledhuvudet kan ha luxerat ut ur plastledhuvudet men ligger fortfarande innanför metallskalet. Detta är dock mycket svårt att se på röntgen. Kontakta protsteam. Protesen behöver troligen revideras

### Sök svar på följande

Hur gick det till? (Grad av våld? Mer eller mindre spontan lux?). Djupsittning t.ex toabesök talar för posterior luxation. Om patienten var stående t.ex vid diskning talar detta för anterior luxation.

När fick patienten sin protes?

Har patienten omopererats (protesbyte)?

Har leden luxerat förr? I så fall hur ofta?

Var den lätt att reponera vid föregående lux?

### Definition och riskfaktorer

#### Tidig luxation

vanligen inom 6 (-12) månader efter protesoperation. Beror oftast på de tidigare beskrivna riskfaktorerna.

### Sent uppträdande förstagångsluxation

ju längre tid efter operation desto större misstanke om protes haveri eller synovit pga. slitage eller infektion, lossning, linerluxation, intraproteluxation i dual-mobility cup.

### **Status**

- notera benets position (förkortning, rotationsfelställning)
- distalstatus, nyttillkommen nervpåverkan?
- rörelsesmärta?
- tecken på fraktur?
- kontrollera ärr

### **Provtagning**

- Akutprover: CRP, Hb, LPK och TPK, krea, elstatus.

### **Röntgen**

Alltid 3 projektioner: frontal, sida, protesbäcken. Hela protesen skall vara avbildad vilket kan kräva utökad bildtagning (t.ex. röntgen av hela femur)

*Bedöm/fråga efter följande:*

Är någon av proteskomponenterna lös? Om möjligt - jämför med tidigare röntgen.

Tecken på fraktur?

Plastslitage?

Är proteskomponenterna hela och på plats?

- Har linern luxerat ur metallskalet? (ledhuvudet ledar då direkt mot metallskalet)
- Sitter ledhuvudet korrekt på konan?
- Kan ett ev. keramiskt ledhuvud ha frakturerat?
- Kan det föreligga annan typ av implantatfraktur?

### **Behandling**

Leden skall i majoriteten av fall reponeras så snart som möjligt! Försening innebär onödigt lång period med smärta, funktionsförlust och på några dagar sikt hudproblem och t.o.m. risk för hudpenetration. De flesta luxationer kan behandlas med sluten reposition.

Vid posterior luxation som är vanligast, höften reponeras med flexion, inåtrotation och adduktion med samtidig traktion. Vid anterior luxation kan man prova att extendera höften, dra axiellt och utotrotera.

Testa alltid stabilitet efter reposition och dokumentera i operationsberättelse! Börja med flexion upp till 90 grader och därefter inåtrotation. Dokumentera vid vilken grad av flexion

och inåtrotation protesens luxerar. Sedan extendera och utåtrotera höften och dokumentera när protesens luxerar.

Konsultera protesteamet före reposition vid:

1. > 2luxationer inom samma vårdtid (oftast indikation för subakut revision)
2. Implantat eller peripotesfraktur
3. Uttalade osteolyser/bendefekter, uttalat plastsitage
4. Linerluxation eller luxation av dual mobility cup
5. Misstanke om infektion

Om slutna reposition misslyckas kontakta protesteamet för öppen reposition. En djupare analys av luxationsorsak bör föregå en öppen reposition med beredskap att byta modulära proteskomponenter eller t.o.m tillgripa mer omfattande protesrevision för att eliminera orsaken till protesinstabilitet.

### **Efter reposition:**

Kontrollera distalstatus.

Beställ ny röntgen för att verifiera att ledhuvudet ligger korrekt och för att utesluta peroperativ komplikation.

Informera patienten noggrant om orsak och prevention.

Vid mycket instabila förhållanden speciellt vid kognitiv svikt eller neurologisk sjukdom kan man överväga låst knäledsortos i 6 v fram till åb.

Remiss till fysioterapeut där restriktioner i rörelseuttag, baserat på stabilitetsprovning vid slutna reposition, bör framgå.

Behov av återbesök till protesteamet stäms av med proteskonsult.

### **Ansvar**

Rutinen gäller samtliga läkare och omvårdnadspersonal inom ortopedin. Den gäller också omvårdnadspersonal på akutmottagning samt behandlande sjukgymnast. Verksamhetschefen är ansvarig för att rutinen finns och närmaste linjechef är ansvarig för att rutinen är känd och följs.

### **Uppföljning, utvärdering och revision**

Innehållsansvarig är ansvarig för uppföljning och revidering. Revidering sker minst en gång vart annat år samt vid behov.

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPRO.

## Granskare/arbetsgrupp

Georgios Tsikandylakis, överläkare

Tuuli Saari, sektionschef protesteamet