OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Gäller för: Verksamhet Arbetsterapi och fysioterapi, Verksamhet Ortopedi
Giltig från: 2026-09-20
Innehållsansvar: Vladislavs Gordins, (vlago1), Sektionschef
Giltig till: 2028-09-18
Granskad av: Flera granskare finns - se eftersättsblad
Godkänd av: Anna Nilsdotter, (annni155), Verksamhetschef

Axelluxationer – Handläggning på akutmottagningen

Förändringar sedan föregående version

Tydligare selektion av patienter som behöver kontakt med ortoped respektive fysioterapeut.

2024-12-12. Inga förändringar sedan föregående version.

Bakgrund och syfte

Förenkla behandlingsrutin. Minska antalet besök till ortoped på ortopedmottagningen.

Utförande

Behandlingsplan för axelluxationer

Patienter med axelluxation kommer rutinmässigt på återbesök till ortopedmottagningen för att träffa ortoped. Flertalet fall kan i stället handläggas primärt av fysioterapeut för planering av rehabilitering. Ortopeder och fysioterapeuter på akutintaget bör alltså efter primärt handläggande hänvisa okomplicerade axelluxationer till fysioterapeut.

Förstagångsluxationer

Främre luxation

1. Kliniskt **okomplicerad** luxation: Alltid RTG på akuten före och efter reponering. Axelförband (dubbelöglad slynga eller förband/DuoTrain) i 2–7 dagar och utskriven remiss till fysioterapeut för stabiliserande träning (1). Fysioterapeut på akuten hänvisar patienterna rätt. Vid patientrelaterade risker och dålig följsamhet kan axelförband som låser rörlighet under en veckas tid vara ett alternativ.

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Yngre aktiva med riskaktiviteter kan i särskilda fall behöva bedömning av axelspecialist på artroteamet (2–4).

2. Klinisk misstanke om **kuffskada**, (speciellt vid förstagångsluxation hos patient> 40 år). Subakut ultraljudundersökningen ska beställas och följas upp via akutmottagningen. Vid ultraljud verifierad kuffskada diskussion tas med axelspecialist inom artroteamet för fortsatt handläggning för eventuell subakut operation.

3. **Associerad skelettskada**
   Skall utredas med akut CT. Tag kontakt med axelspecialist inom trauma- eller artroteamet för fortsatt handläggning för eventuell akut/subakut operation (6–7).

4. **Benig Bankartskada**
   Akut/subakut CT och diskussion med axelspecialist inom artroteamet eller traumateamet för fortsatt handläggning för eventuell akut/subakut operation. I övrigt handläggning som punkt 1.

Bakre luxation

5. Kliniskt okomplicerad luxation: Alltid RTG på akuten före och efter reponering. Efter lyckad reponering ska patienten immobiliseras i ett axelförband som håller axeln i utåtrotation, till exempel UltraSling ER, under 4 veckor. Syftet är att minska risken för reluxation och underlätta läkning av skadade mjukdelsstrukturer.

6. Utredning på akuten: Ska alltid kartläggas med subakut CT. Tag kontakt med axelspecialist inom trauma- eller artroteamet för fortsatt handläggning och ställningstagande till eventuell akut eller subakut operation. Utskriven remiss till fysioterapeut för successiv rehabilitering och stabiliserande träning

Recidivluxationer

Patienter med recidiverande axelluxation bör på akutmottagningen informeras om att detta ofta kan behandlas framgångsrikt med kirurgi. I den mån patienten har haft flera luxationer och vill få en bedömning inför eventuell kirurgi bör patienten i så fall erbjudas ***remiss till artroteamet*** för vidare handläggning. Diktera remiss för CT att utföras i samband med återbesöket.

Vid recidiverande luxationer efter benig Bankartskada: ta i första hand kontakt med redan tidigare involverad axelspecialist inom artroteamet eller traumateamet för fortsatt handläggning för eventuell akut/subakut operation.

Arbetsgrupp

Innehållsansvarig

Vladislavs Gordins, Läkare, verksamhet Ortopedi, Sahlgrenska Universitetssjukhus, Mölndal

Innehållsgranskare

Fredrik Einarsson, Överläkare, verksamhet Ortopedi, Sahlgrenska Universitetssjukhus, Mölndal

Godkänns för användning i annan verksamhet genom innehållsgranskning av dess verksamhetschef

Sara Jarl, verksamhetschef, Verksamhet arbetsterapi och fysioterapi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Referenser

7. Hovelius L, Olofsson A, Sandstrom B, Augustini BG, Krantz L, Fredin H, et al. Nonoperative treatment of primary anterior shoulder dislocation in patients forty years of age and younger. a prospective twenty-five-year follow-up. J Bone Joint Surg Am. 2008;90(5):945-52. Epub 2008/05/03.
1. Valentin A, Winge S, Engstrom B. Early arthroscopic treatment of primary traumatic anterior shoulder dislocation. A follow-up study. Scand J Med Sci Sports. 1998;8(6):405-10. Epub 1998/12/24.
2. Bottoni CR, Wilckens JH, DeBerardino TM, D'Alleyrand JC, Rooney RC, Harpstrite JK, et al. A prospective, randomized evaluation of arthroscopic stabilization versus nonoperative treatment in patients with acute, traumatic, first-time shoulder dislocations. Am J Sports Med. 2002;30(4):576-80. Epub 2002/07/20.
3. Kirkley A, Werstine R, Ratjek A, Griffin S. Prospective randomized clinical trial comparing the effectiveness of immediate arthroscopic stabilization versus immobilization and rehabilitation in first traumatic anterior dislocations of the shoulder: long-term evaluation. Arthroscopy. 2005;21(1):55–63. Epub 2005/01/15.

4. Indikationer för behandling inom ortopedi. Nationella medicinska indikationer för axelkirurgi. Nationellt kompetenscentrum för ortopedi 2006.
5. JBJS Open Access d 2020:e20.00133. Wieser K, Waltenspul M, Ernstbrunner L, Elias Ammann E, Nieuwland A, Eid K, Gerber C. Nonoperative Treatment of Anterior Glenoid Rim Fractures After First-Time Traumatic Anterior Shoulder Dislocation. A Study with 9-Year Follow-up.
6. Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery 2021. Königshausen M , Pätzholz S, Coulibaly M, Nicolas V, Vandemeulebroecke M, Schildhauer T A, Seybold D. Instability and results after non-operative treatment of large anterior glenoid rim fractures: is there a correlation between fragment size or displacement and recurrence?

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Arbetsterapi och fysioterapi, Verksamhet Ortopedi

Innehållsansvar: Vladislavs Gordins, (vlago1), Sektionschef

Granskad av: Fredrik Einarsson, (freei), Överläkare, Sara Jarl, (sarja4), Verksamhetschef

Godkänd av: Anna Nilsdotter, (annni155), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9809-955733808-15

Version: 12.0

Giltig från: 2026-09-20

Giltig till: 2028-09-18