

Gäller för: Kirurgi- ortopedi och urologimottagning Kungälv  
Innehållsansvar: Johan Sarac Hallström, (johha16), Överläkare  
Granskad av: Johan Sarac Hallström, (johha16), Överläkare  
Godkänd av: Joakim Samuelsson, (joasa14), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-05-26

Giltig till: 2027-05-26

# Axelluxation

## Syfte

Handläggning av axelluxationer.

## Arbetsbeskrivning

Rutinen innebär en beskrivning av den standardmässiga behandlingen av axelledsluxationer, protesluxationer undantagna, vid ortoped/kirurgkliniken Kungälvvs sjukhus.

## Definitioner

Axelluxation, också benämnt axeldislokation, innebär urledhoppning i glenohumeralleden. Axelluxation sker framåt (95%), bakåt (3-5%) eller nedåt (sällsynt). Man skiljer på traumatisk och atraumatisk luxation samt, förstagångs- och recidiverande luxation.

## Diagnos

Definitiv diagnos ställs radiologiskt med påvisande av luxationen. Sannolik diagnos på genomgången luxation kan ställas genom påvisande av luxationsassocierade skador och/eller anamnes.

## Anamnes

Ofta tidigare luxation. Typtrauma vid främre luxation är forcerad utåtrotation med abducerad arm, direkttrauma bakifrån eller fall på utsträckt arm. Typtrauma vid bakre luxation är direkttrauma framifrån eller kramptillstånd som epilepsi eller elektrisk stöt. Vid recidivluxation är energin i traumat ofta obetydligt.

Fråga efter: tidigare axelin stabilitet, tidigare axelkirurgi, skademekanism, distalstatus, fastestatus.

## Symtom

Smärta och rörelsebegränsning i axelleden. Eventuellt känselpåverkan över axelpartiet eller distalt.

## Undersökning

Vid främre luxation ses och känns grop under akromion, armen hålls lätt abducerad och inåtroterad. Vid bakre luxation är status mer otydligt men proc coracoideus är relativt tydligare och utåtrotationen vanligen blockerad. Vid inferior luxation, sk erecta, håller patienten armen snett uppåt. Vid alla typer av luxationer framkallar försök till rörelse i axelleden stark smärta.

Undersök: Distalstatus. Sensibilitet över deltoideus (n. axillaris). Passiv axelledsrörlighet (vid diagnostisk tveksamhet - smärtsamt för patienten).

## Radiologi

Slätröntgen utförs vid förstagångsluxation, vid frakturmisstanke, om repositionsförsök vid recidivluxation misslyckas samt som kontroll efter reponering. Titta efter: Caputs läge i förhållande till scapulas "Y" på sidobilden, samtida frakturer – Bankart, Hill-Sachs, tuberculum majus, collum chirurgicum, samt lightbulb sign som tecken på eventuell bakre luxation.

Akut CT-undersökning kan vara aktuellt vid klinisk misstanke om bakre luxation, samtidig fraktur och tveksam slätröntgen.

Subakut CT-undersökning efter reposition bör övervägas vid bakre luxation, större benigna Bankart-skador och dislocerade frakturer.

## Differentialdiagnoser

Proximal humerusfraktur, AC-ledsluxation, klavikelfraktur, cuffruptur, axeldistorsion, protesluxation.

## Behandling

Behandlingen av axelluxation är vanligen sluten reposition.

Reponering bör ske så fort som möjligt och vanligen med iv smärtlindring, tex morfin, och muskelrelaxering, tex Stesolid. Alternativt, eller som tillägg, kan man använda intra-artikulär lokalbedövning. Se avsnitt *Intraartikulär analgesi vid främre axelledsluxation*, nedan.

**Om en patient med axelluxation har bortfall av känsel och/eller muskelfunktion i extremiteten ska reposition göras utan fördröjning för att inte förvärra skadan!**

Reponeringsmetod väljs efter behandlande läkares kunskap och erfarenhet. Exempelvis enl Milch eller Stimson.

*Främre luxation:*

Milch: med patienten i ryggläge stabiliseras caput med tummen, samtidigt som man med andra handen långsamt abducerar och utåtroterar armen. När armen når ovan axelhöjd slappas rotatorcuffens muskler och caput kan glida/puttas in.

Stimson: med patienten liggande på mage på britsen och hängande arm. Man drar armen nedåt (i längsriktningen) om man har en medhjälpare kan denne medialisera skapula vilket underlättar repositionen.

Man varnar för Kochers metod då det finns nerv- och kärlskador associerat med den.

Om initialt repositionsförsök misslyckas bör assistans av mer erfaren kollega och/eller reposition i narkos övervägas.

*Bakre luxation:*

Inåtrotation, adduktion och flektion i axelleden. Traktion i armens längsriktning.

*Inferior (erecta) luxation:*

Traktion i den abducerade armens längsriktning med samtidigt mothåll i axillen med draglakan eller motsvarande. Om detta inte fungerar kan man reponera genom en tvåstegsmanöver. Först omvandlas den inferiora luxationen till en främre, genom att trycka ledhuvudet nedåt/proximalt, med samtidigt mothåll uppåt/distalt. Därefter reponeras den främre luxationen.

Efter reposition ska alltid röntgen och kontroll av nerv- och kärlfunktion utföras.

Armen immobiliseras med collar n' cuff slynga i smärtlindrande syfte i 2-7 dagar.

## Associerade skador/komplikationer

- Fraktur: Hill-Sachs, omvänd Hill-Sachs, benign Bankart, tuberculum majusfraktur, coraoidfraktur, iatrogen humerusfraktur kan förekomma.

- Nervskada – vanligen n. axillaris, men även skada på plexus och n. radialis kan förekomma. Axillarisnerven har störst risk att drabbas av skador som kräver kirurgi, varför skador på denna nerv är särskilt angelägna att fånga.
- Cuffskada, framför allt hos medelålders och äldre.
- Kärlskada – skada på a brachialis och a axillaris, samt trombos i v subclavia, finns beskrivet med en incidens <1% - vid befogad misstanke tas kontakt med ortopedbakjour och/eller kärlikirurgjour.

## Uppföljning

*Främre förstagångsluxation utan komplikation:*

Remiss till fysioterapeut. Inget planerat återbesök. Information, särskilt till yngre, om operationsmöjlighet vid recidiv. I nuläget utförs inte stabiliserande kirurgi direkt efter förstagångsluxation.

*Luxation med kvarstående nervpåverkan efter reposition:*

Samtidig cuffskada ska bekräftas/uteslutas - se nedan.

Vid nervpåverkan till följd av högenergitrauma ska, efter samråd med bakjour, tidig kontakt tas med plexuskirurg (Norrlands Universitetssjukhus Umeå) för diskussion om lämplig handläggning.

Vid nervpåverkan till följd av lågenergitrauma, avvaktas spontan funktionsåterkomst 4-6 veckor. Om kvarstående stort funktionsbortfall efter denna period bör kontakt tas med plexuskirurg.

Dokumentera nervfunktionen noggrant!

*Luxation med kärlpåverkan efter reposition:*

Direkt kontakt med ortopedbakjour och/eller kärlikirurgjour för vidare behandlingsplan.

*Recidivluxation:*

Erbjud uppföljning på ortopedmottagningen (vanligen med prio 90 dagar), om patienten är intresserad av kirurgi. Remittera till fysioterapeut för träning under tiden.

*Misstanke om cuffskada:*

Planera återbesök för klinisk kontroll på ortopedmottagningen, med prio inom 14 dagar. Vid stark misstanke beställs MR. Utredningstempo som möjliggör cuffkirurgi inom 3-4 veckor eftersträvas.

*Tuberculum majusfraktur som ligger ringa dislocerad efter reposition:*

Återbesök med röntgen, med prio inom 7-10 dagar.

*Benig bankartskada som ligger odislocerad efter reposition:*

Återbesök med röntgen, med prio inom 7-10 dagar.

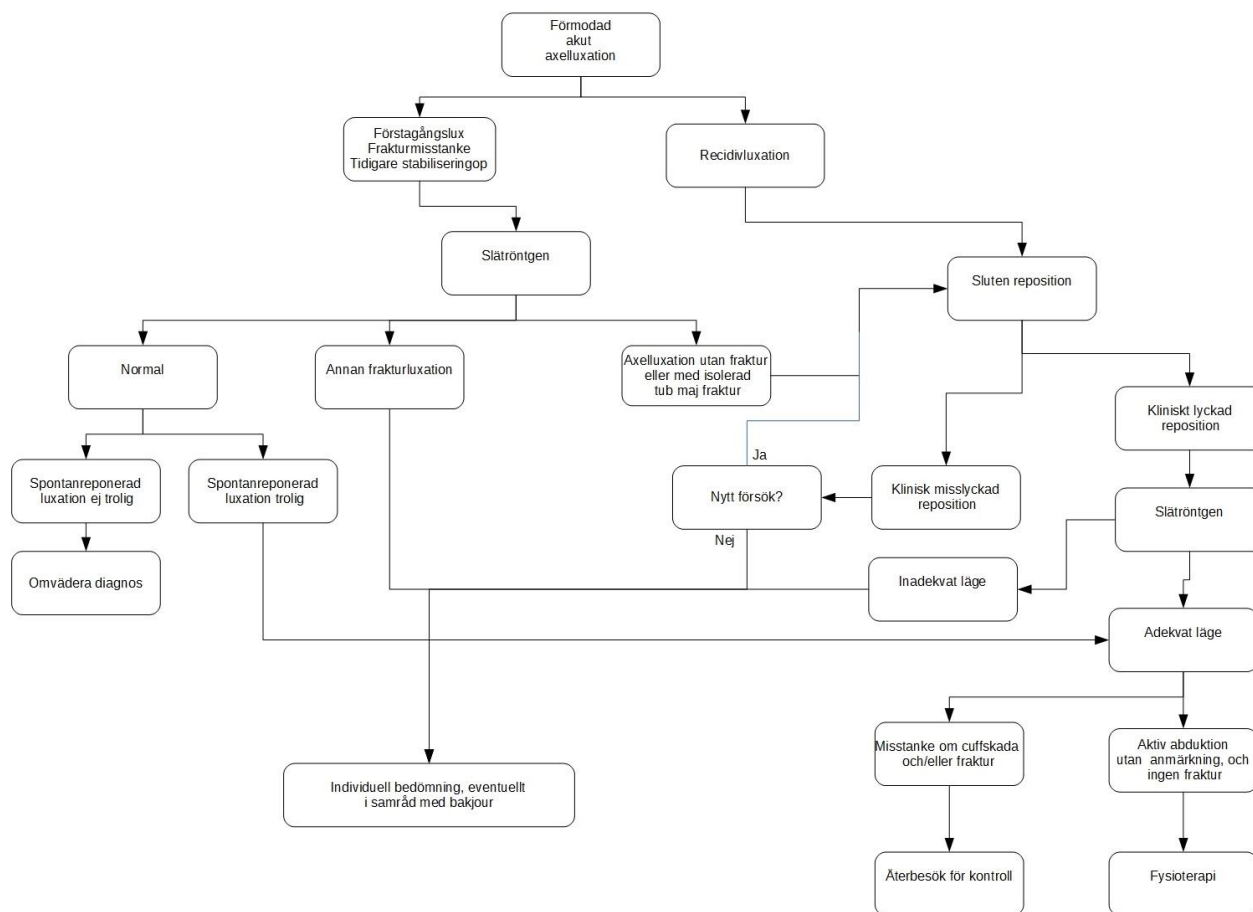
*Övriga:*

Individuell omdömesgill handläggning.

## Observandum/övrigt

- Dokumentera luxationsriktning vid förstagångsluxation.
- Samtidig isolerad tuberculum majusfraktur behandlas med sluten reposition som vanligt. Frakturen lägger sig vanligen väl på plats. Indikation för subakut operation om frakturen efter reposition ligger för mycket (>5mm) dislocerad.
- Krampassocierad luxation kan vara dubbelsidig.
- Samtidiga rotatorcuffskador är vanligare hos medelålder och äldre.
- Undvik att behandla kronisk axelluxation under jourtid. Svår att reponera eller så instabil att den reluxerar direkt. Ofta fall för planerad kirurgi, alternativt bäst att lämna luxerad.
- Undersök och dokumentera kärl- & nervfunktion, särsk n. axillaris, före och efter reposition.

## Flödesschema



## Kodning

### Diagnos

S43.0 Axelledsluxation  
 S42.10 Fraktur på glenoiden (bony Bankart), sluten

### Åtgärd

NBH00 Sluten reposition av humeroskapularled  
 TNB30 Collar 'n cuff

## Relaterad information

### Intraartikulär analgesi vid främre axelledsluxation:

- Patienten sittande.
- Akromion, caput humeri, och den urgröpnig som bildas under akromion genom caputs luxerade läge (s.k. sulcus sign) palperas ut.
- Markera n. axillaris passage genom m.deltioideus 5 cm nedom akromion.
- Huddesinfektion.
- Punktera leden med nål 22G/0,7x50mm (intramuskulär nål)
- Instick strax under akromion, rakt lateralt ifrån och något kaudalt riktat.
- Aspirera; kan påvisa hemartros (kapsel-/labrumskada)

- Injicera lokalbedövning, exempelvis 20 ml Carbocain 10mg/ml.
- Repositionsmanöver kan utföras efter 10-15 min.

Information till dig som luxerat axeln (Sahlgrenska)

Repositionstekniker Shoulderdoc

Plexuscentrum Södersjukhuset

## Referensförteckning

Burkhart Stephen S et al "The Comboy's Companion – A Trail Guide for the Arthroscopic Shoulder Surgeon", Lippincott Williams & Wilkins 2012

Johansson O, Lundgren J et al. "Skelett- och Ledskador" 16:e upplagan 2002

Lahti et al, "ABC om axelluxation", Läkartidningen 2016 vol 113

New Zealand Guideline Group, "The Diagnosis and Management of Soft Tissue Shoulder Injuries and Related Disorders", 2004

Nho et al, "The Two-Step Maneuver for Closed Reduction of Inferior Glenohumeral Dislocation (Luxatio Erecta to Anterior Dislocation to Reduction)", J Orthop Trauma, Volume 20, Number 5, May 2006, p354-357

Norlin R mfl, "Armens akuta skador – handbok för akutdoktor", Linköpings Universitetssjukhus, 2000

Paul J et al, "Posterior Shoulder Dislocation: Systematic Review and Treatment Algorithm", Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic and Related Surgery, Vol 27, No 11 (November), 2011: pp 1562-1572

Roos F, "Glenohumeralledsluxation med nervpåverkan". PM Södersjukhuset 2017

Sandersjö mfl, "Ortopedisk Traumakompendium", Karolinska universitetssjukhuset 2010

Wong JCT, Thirsk WS, Steiner IP MD. "Fractures Complicating Anterior Shoulder Dislocations in Adults", Israeli Journal of Emergency Medicine – Vol. 7, No. 3 Nov 2007

## Ansvar

Medicinskt ledningsansvarig ansvarar för uppföljning, revision och implementering av innehållet. Allvarliga avsteg från denna rutin rapporteras i MedControl. Mindre allvarliga medvetna avsteg dokumenteras i Melior, perioperativ journal eller motsvarande

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Kirurgi- ortopedi och urologimottagning Kungälv

**Innehållsansvar:** Johan Sarac Hallström, (johha16), Överläkare

**Granskad av:** Johan Sarac Hallström, (johha16), Överläkare

**Godkänd av:** Joakim Samuelsson, (joasa14), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SV9043-22965278-5

**Version:** 6.0

**Giltig från:** 2025-05-26

**Giltig till:** 2027-05-26