



Namn på dokumentet: Atraumatisk axelinstabilitet	Dokumenttyp: <b>Riktlinje (rutin, PM)</b>	Giltigt från: 2021-08-27 Giltigt Till: 2022-08-27
Verksamhetsområde/ansvarig enhet/Ämnesområde: 3.09 ORTOPEDI	Upprättad av: <b>Björn Salomonsson</b>	

## ATRAUMATISK AXELINSTABILITET

### DEFINITION:

Atraumatisk instabilitet uppstår vid luxation utan trauma, oftast i en olycklig position eller rörelse av armen, hos en person med disposition (överrörlighet/elasticiska ledband). Många har haft besvär redan i unga år. Överrörligheten kan ibland misstänkas vara förvärvad av microtrauma typ upprepade kast/smash/crawl rörelser. "Atraumatisk" instabilitet kan även uppstå efter trauma (men då ofta litet/måttligt trauma) hos disponerad person där traumat inte i sig behöver vara tillräcklig orsak. (Kombinationen äkta traumatisk luxation hos disponerad person förekommer också). Utöver tydlig instabilitet kan besvären debutera som successivt utvecklade smärta och värk som huvudsakliga symptom, då ofta utan subjektiv känsla av instabilitet. Ofta finns bilaterala besvär så småningom, liksom instabilitet i flera riktningar i leden samtidigt.

Axelledens funktion bygger på en kompromiss mellan stabilitet och rörelseomfång, för att klara denna balans spelar koordination och styrka i den omgivande muskulaturen en avgörande roll. Hos de som får en obalans i denna led på ett sådant sätt att axelleden inte centreras i leden utan uppvisar en rörelse mot ledskålens periferi i vissa lägen, resulterar detta i känsla av instabilitet eller luxationer/subluxationer som oftast reponeras spontant, eller smärta och värk liknande impingement (s.k. sekundär impingement). Vid smärta och oklarhet om det föreligger instabilitet eller strukturella skador så är MR-artrografi eller diagnostisk artroskopi alternativa utredningsvägar för att utreda utseendet i leden, kapseln och cuffen.

### OBSERVERA!

**LEDLAXITET:** Beskriver det faktiska "ledspelet" i passiv rörelse. Ledlaxitet i skulderleden föreligger hos alla individer i olika grad. Den kan delas in i främre, bakre samt nedre laxitet.

**HYPERLAXITET:** Generell överrörlighet i leder, kan utvärderas enl. Beighton. Vanligast hos unga kvinnor.

**INSTABILITET:** Beskriver patientens subjektiva upplevelse, ofta kombinerat med smärta vid aktiv rörelse.

Även denna delas in i främre, bakre samt nedre instabilitet.

**IMPINGEMENT:** Hos unga (yngre än 35 år?) är impingement generellt sett alltid att betrakta som sekundär till instabilitet och skall behandlas som instabilitet. Muskulär obalans som kan betraktas som en svaghet och dålig koordination som behandlas med muskelstärkande koordinationsträning.

**VOLONTÄR INSTABILITET:** "Inlärt" patologiskt obalanserat muskulärt kontraktionsmönster som mer eller mindre frivilligt (men ändå ofta omedvetet om mekanismen) kan luxera och reponera leden. Ofta besvärsfritt "trick" i början, besvärande "ovana" senare.

### BEHANDLING:

#### *Akut luxation:*

Sedvanlig reposition, röntgenkontroll vid behov.

Avlastning och smärtlindring med slynga (Collar n' cuff).

**OBS!** Sjukgymnastkontakt för muskelstärkande koordinationsträning av skuldermuskulaturen.

#### *Kroniska besvär:*

I första hand muskulär träning: sjukgymnastik 6–12 månader med träning av rotatormuskulaturen och muskulär koordination.

I andra hand kirurgi med öppen kapselshift. (Ej vid volontär instabilitet).

Alternativt artroskopisk kapselshift eller termisk kapselkrampning (se särskild beskrivning).

Vid förekomst av strukturell anatomisk skada (t. ex Bankart- eller SLAP-lesion) åtgärdas denna samtidigt.

Postoperativt axelbandage 3 - 6 veckor, därefter mobilisering.

Minst 6 månaders rehabilitering. Kanske även senare undvika kontaktsport eller kast/racketsport.

Målgrupp: Ortopedkliniken	Granskad av:		
Fastställd av: <b>Stefan Gantelius</b>	Diariernr	Infosäkerhetsklass: <b>K1</b>	Dokumentid: <b>DSVT-S-376998</b>