

Dokumenttyp Rutin	Ansvarig verksamhet Områdesledning öppenvård	Version 2	Antal sidor 18
Dokumentägare Eric Le Brasseur Medicinsk utvecklingsledare	Fastställare Lena Gjevert Hälso- och sjukvårdsdirektör	Giltig fr.o.m. 2021-01-07	Giltig t.o.m. 2023-01-07

Rörelseorganens sjukdomar, samverkansdokument allmänmedicin ortopedi

Syfte

Målet är att skapa en tydlig rollfördelning vid omhändertagandet av rörelseapparatens sjukdomar, underlätta kontakten mellan ortopedkliniken och allmänmedicin samt höja kvaliteten och patientsäkerheten. Dessutom att optimera resursutnyttjandet - rätt patient på rätt plats vid rätt tidpunkt i vårdkedjan.

Huvudsyftet med en remiss till ortopedkliniken är att utröna möjligheterna till ytterligare behandling, främst kirurgisk sådan. Alla remisser från öppenvårdsmottagningar i Region Värmland ställs till Ortopedmottagningen i Karlstad, varifrån de vid behov omriktas till mottagningar vid övriga sjukhus.

Innehåll

Syfte	1
Inför remittering till ortopedmottagning	3
Indikation för remiss	3
Remissinnehåll.....	3
Innehåll i remissvar från ortoped	3
Telefonkonsultation	3
Sjukskrivning.....	4
Höft- och knäartros	4
Preoperativ inventering av riskfaktorer	4
Knätrauma (distorsion/kontusion)	5
Axelled.....	5
Subacromiella smärtor inklusive impingement.....	5
Akut rotatorcuffruptur	6
Bicepsseneruptur	6
Recidiverande luxationer eller instabilitet i axelled	6
Humeroscapulär artros	6
Akromioklavikulär artros	7
Frozen shoulder.....	7
Armbågsled	7
Epikondylit lateral/medial	7
Ulnarisinklämning.....	7
Handled och hand	8
Dupuytren's kontraktur	8
Droppfinger/Malletfinger	8
CMC-1-artros	8

Övrig artros handled/hand	8
Mb de Quervain.....	8
Triggerfinger	8
Karpaltunnelsyndrom	9
Oklar handledssmärta utan föregående trauma	9
Rygg, halsrygg.....	9
Lumbago utan neuralgi och utan alarmsymtom	9
Lumbago-ischias	10
Indikationer för MR ländrygg	11
Cervikalgi	11
Cervikobrachiellt smärtsyndrom med neuralgisk rotsmärta.....	11
Fotled och fot	12
Allmänt om fotkirurgi	12
Speciella patientgrupper	12
Diabetiker	12
Patienter med neurologiska handikapp	13
Kronisk fotledsinstabilitet.....	13
Hälsenesmärta.....	13
Smärta och resistens vid hälsenans infästning	13
Hälsporre/plantar fasciit	13
Hallux valgus.....	13
Hammartår och klotår	14
Hallux rigidus	14
Mortons neurinom	14
Artros i mellanfot, bakfot och fotled	14
Degenerativa senskador/tendinoser	14
Barnortopedi	15
Intoeing	15
Femurantervesion	15
Tibiatorsion	15
Metatarsus adduktus	15
Plattfot.....	15
Tågång	16
Knä.....	16
Schlatter	16
Knäsmärta hos barn	16
Luxation av patella	17
Höftsmärta/ Hälta	17
Rygg.....	18
Skolios	18

Inför remittering till ortopedmottagning

All kirurgi medför risker för komplikationer. Värderingen av dessa kontra vinsten av operation är operatörens (ortopedens) ansvar. Dock utgör många vanliga tillstånd undvikbara/modifierbara risker.

Primärvården behöver därför innan remiss ha värderat och behandlat följande så väl som möjligt:

- Kroniska sjukdomar, t.ex. diabetes, hypertoni, hjärtsvikt, anemi, inflammatoriska tillstånd, kroniska sår och hudsjukdomar
- Bristtillstånd, inklusive generell malnutrition
- Obesitas, det utgör en fara vid anestesi, ökar komplikationsrisken vid operationer och försvårar rehabiliteringen. Ortopediska smärttillstånd i nedre extremiteter kan också förbättras om den faktiska belastningen minskar och viktnedgång kan inte sällan ersätta operation
- Rökning. Fötter opereras inte alls hos rökare, vid flertalet övriga tillstånd ökar komplikationsrisken
- Alkohol, förekomst av riskkonsumtion?
- Är patienten överhuvudtaget intresserad av kirurgi? Om inte, värdera om en remiss kan tillföra något till fortsatt behandling i primärvården
- Kognitiv nedsättning och förmåga till rehabilitering postoperativt

Indikation för remiss

- Ställningstagande till operation
- Oklar diagnos där korrekt diagnos skulle kunna ge möjlighet till behandling

Remissinnehåll

- Tydlig frågeställning
- Tillståndets varaktighet, förlopp och påverkan på patientens önskade tillvaro
- Sociala faktorer: yrke, sjukskrivning, rökvanor, alkoholvanor
- Övriga sjukdomar
- Allergier (uppdaterad symbol i Cosmic)
- Uppdaterad läkemedelslista
- Genomförda åtgärder (fysioterapi, medicinering, skoanpassning, aktivitetsanpassning mm...) och resultat av dessa
- Lokalstatus
- Status – allmäntillstånd, kognitivt tillstånd, hjärta, lungor och blodtryck
- BMI
- Patientens inställning till kirurgi. Om patienten inte är intresserad av kirurgi bör framgå i remissen vad man önskar att ortopedkonsultationen tillför fortsatt behandling i primärvården

Innehåll i remissvar från ortoped

- Bedömning och utförda åtgärder
- Planerad uppföljning
- I de fall patienten inte ska följas upp på ortopedmottagningen ska åkommans konsekvenser för arbetsförmågan ha värderats vid sjukskrivningsfall

Telefonkonsultation

Ortopedens dagbakjour finns tillgänglig för frågor måndag – torsdag 07.30-16.30, fredagar 07.30-13.30 telefon 010-831 81 76 (internt 18176). Övrig tid nås bakjour via växeln.

Primärjour används inte för rådgivning gentemot andra vårdgivare.

Sjukskrivning

Det är relativt sällsynt att ortopediska diagnoser (förutom akuta skador och vissa tillstånd såsom diskbråck) som enskild faktor föranleder sjukskrivning där ett kirurgiskt ingrepp kommer göra patienten fullt arbetsför i samma yrke som patienten hade innan insjuknandet. Det är således viktigt att man redan i primärvården startar en rehabiliteringskedja för återgång i arbete om patienten är sjukskriven och inte inväntar ett besök på ortopedmottagningen.

Sjukskrivningsansvaret övergår till ortopedläkaren vid besök på ortopedmottagningen när kompletterande undersökningar eller operation blir aktuell samt under den postoperativa rehabiliteringsfasen.

Om patienten bedöms av en specialiserad fysioterapeut på ortopedmottagningen, kvarstår sjukskrivningsansvaret hos remitterande läkare, fram till ett eventuellt besök hos ortopedläkare.

Höft- och knäartros

Vid höft och knäartros skall Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar följas så långt det är möjligt.

Vid artros skall behandling ske i följande steg:

- Information, utbildning, träning. Företrädelsevis genom artrosskola och med hjälp av fysioterapeut. Egenvård
- Viktnedgång vid övervikt
- Läkemedel och hjälpmedel
- Operation

Remiss till ortopedens protessektion kan ske vid:

- Påtagligt livskvalitetssänkande smärta och funktionsnedsättning ursprungen från aktuell artros-led under minst 6 månader
- När icke-operativa behandlingar uttömts
- När patienten kan tänka sig kirurgisk åtgärd

När remiss övervägs önskas följande:

- Att patientens generella medicinska tillstånd är värderat och optimerat så långt det är möjligt – detta för att minska de inte obetydliga risker en operation medför, samt att patientens väg genom vårdkedjan ska bli så rak som möjligt
- Att röntgen av aktuell led är genomförd och aktuell <1 år gammal
- Att *remissmall för proteskirurgi* används. – Detta för att relevant information skall finnas tillhanda vid värdering och prioritering av remiss. Glöm inte att motivera varför en eventuell avvikelse ändå accepteras

Preoperativ inventering av riskfaktorer

För kännedom. De faktorer ortopeden tittar på preoperativt, gäller framförallt riskfaktorer för infektion och andra tidiga komplikationer som är mer eller mindre **åtgärdbara**. I dagsläget är det följande

- Aktiv infektion och hudbarriärskada
- Diabetes, HbA1c >63
- Anemi – utredning om ej normalvärde
- Övervikt och malnutrition. BMI >35 – relativ kontraindikation. Strukturerad, assisterad viktnedgång förespråkas
- Rökning – rökfrihet 6 v pre och postoperativt
- Alkohol – alkoholfrihet 6 v pre och postoperativt

- Tandstatus – vid uppenbart dålig tandstatus med misstanke om kronisk, eller akut infektion skall tandläkare kontaktas
- Ortopeden är medveten om att dessa mål ej alltid är åtgärdbara av olika orsaker. Då är det viktigt att värdering är genomförd och framgång. Även på ortopedien kan den sammanlagda riskvärderingen i individuella fall leda till att operation inte rekommenderas trots att ovanstående är uppfyllt.

Knätrauma (distorsion/kontusion)

Primärvård

- Vid större trauma med frakturmisstanke skall knät röntgas. Röntgen och akutremiss till ortopedakuten.
- MR har i allmänhet ingen plats i utredningen av knäbesvär. Klinisk undersökning och anamnes utgör grund för bedömning.
- Vid annat akut trauma och akut svullet knä bör knät punkteras och tappas, gärna lateralt ifrån i nivå med patellas övre kant med knät avslappnat sträckt. Hemartros med fettpärlor indicerar fraktur. Ledvätskan ger annars ofta blodet lite glänsande skimmer.
- Indirekt eller oklart våld mot knät med hemartros. Misstänk korsbandsskada – fysioterapi direkt och remiss till ortoped för uppföljning efter 2–3 v.
- Flexions- eller rotationsvåld med sträckdefekt >15 grader framförallt hos yngre patient – remiss till ortopedmottagningen för uppföljning om 1 v.
- Om återkommande upphakningar eller övergående låsningar – fysioterapi med belastning i stående och gående undvikande av belastad rotation och belastad knäböj > 45 grader.
- Vid smärttillstånd utan trauma – fysioterapi. Om adekvat rehabilitering utförts under 6 månader utan tillräcklig bättring – remiss till ortoped.
- Äldre med knäsmärtor utan särskilt trauma med eller utan ledsvullnad ska behandlas konservativt med fysioterapi, anpassning och eventuella analgetika minst ca 6 månader. Hydrops kan tappas, eventuellt kortison intraartikulärt. Eventuell låsning behandlas enligt ovan.

Ortopedi

- Handläggning av eventuell fraktur.
- Om korsbandsskada och ej degenerativt knä – rehabilitering 2-3 månader. Därefter uppföljning. Om god rehabilitering men otillräcklig funktion beroende på krav och anpassning – ställningstagande till stabiliserande operation.
- Om fortsatt sträckdefekt >15 grader – ställningstagande till subakut artroskopi.
- Vid återkommande upphakningar/låsningar trots rehabilitering – ställningstagande till artroskopi.
- Eventuell MR vid oklarhet, ej för att bekräfta klar diagnos.

Axelled

Subacromiella smärtor inklusive impingement

Primärvård

- Diskussion med patienten om arbetsmiljön (vid högt armarbete) och kontakt med företagshälsovården
- Handled training i minimum 3 månader av fysioterapeut
- Subacromiell diagnostisk blockad och eventuellt kortisoninjektion
- Slätröntgen
- Vid återkommande besvär kan ytterligare 1–2 subacromiella injektioner ges
- Vid besvär > 6 månader trots arbetsanpassning, adekvat fysioterapi enligt Axelina (www.axelina.com) och subacromiella kortisoninjektioner – remiss till ortopedkliniken

Ortopedi

- Vid oklar symtomatologi kan MR och ultraljud vara av värde
- Vid terapiresistenta symtom överensstämmande med röntgenbild kan patienten erbjudas subacromiell dekompression
- Arbete ovan axelhöjd är fortsatt olämpligt även efter en operation

Akut rotatorcuffruptur

Primärvård

- Person som efter trauma mot skuldran fått en uppenbar kraftnedsättning, ofta med oförmåga att lyfta armen som följd
- Diagnostisk subacromiell injektion med lokalbedövning
- Om patienten efter diagnostisk subacromiell injektion får tillbaka kraften i axeln kan man fortsätta behandla enligt impingementmodell
- Om patienten inte kan lyfta armen trots blockad, har vilovärk samt inte är biologiskt åldrad - remiss till ortoped.

Ortopedi

- Axeldispensär, undersökning med ultraljud, eventuell sutur av rotatorcuff
- Vårdprogram enligt Axellina

Bicepsseneruptur

Primärvård

- **Proximal** bicepsseneruptur i axeln är nästan alltid en degenerativ skada som man inte kan göra någonting åt - remiss till fysioterapeut
- **Distal** bicepsseneruptur i armbågen är en akut skada och skall vid ADL-mässigt självständig patient remitteras till ortopedakuten. Tillståndet ger en svullnad över proximala överarmen volart ("Karl-Alfred muskel") och kraftig smärta i armbågen vid försök till supination och flexion

Recidiverande luxationer eller instabilitet i axelled

Primärvård

- Slätröntgen
- Behandling av fysioterapeut enligt Axellina
- Vid fortsatta besvär trots fysioterapi- remiss till ortopedkliniken

Ortopedi

- Ställningstagande till stabiliserande kirurgi
- Postoperativt med fördel åter till etablerad fysioterapeutkontakt för rehab

Humeroscapulär artros

Primärvård

- Smärta och stelhet i samtliga rörelseriktningar
- Symtomatisk behandling, inklusive fysioterapi, under minst 6 månader
- Slätröntgen
- Vid terapiresistent smärta (inte enbart stelhet) och operabel patient - remiss till ortoped. En axelprotes är framförallt smärtlindrande, rörligheten förbättras inte alltid

Akromioklavikulär artros

Primärvård

- Många har röntgenverifierad artros i AC-leden utan kliniska besvär
- Besvär av AC-ledsartros förekommer relativt ofta i kombination med impingement - prova subacromiell blockad (10 ml 1 % Carbocain)
- Hjälper inte det bör man pröva ge blockad (1 ml Carbocain 1 %) och vid effekt ges 1 ml Lederspan i AC-leden.
- Om besvärerna återkommer trots aktiv fysioterapi och injektionsbehandling och om patienten vill bli opererad – remiss till ortoped

Frozen shoulder

Frusen skuldra (även kallad adhesiv kapsulit) är en form av ledkapselinflammation med tilltagande fibrotisering av ledkapseln. *Inskränkt utåtrotation* är det klassiska diagnostiska symtomet. Över tid återfår den stora majoriteten ett nära nog normalt rörelseomfång.

Förloppet startar ofta smygande och kan delas in i tre faser:

Smärtfas: Ökande måttliga-svåra smärtor och tilltagande stelhet. Ofta nattlig smärta (1–9 månader).

Stelhetsfas: Avtagande smärtor men kvarstående stelhet (4–18 månader).

Läkningsfas: Lindrig smärta, ökad rörlighet till normalt (8–36 månader).

Prevalens cirka 2% och drabbar oftast personer i åldern 40–70 år. Vanligare hos diabetiker och de har även något sämre prognos.

Någon evidens för specifik behandling finns inte. Lätt fysioterapi för att underhålla muskulatur och bevara den rörelseförmåga som finns kan provas. Intra-artikulär kortisoninjektion kan ibland ha god effekt vid intolerabla smärtor. Kan om kompetens finns göras i primärvård (obs, skillnad gentemot subacromiell injektion).

Vid kvarstående stelhet och påtagliga problem; remiss till ortoped för ställningstagande till mobilisering i narkos.

Armbågsled

Epikondylit lateral/medial

- Diskussion om arbetsmiljö, belastning mm. Ev. remiss till Företagshälsovård.
- Fysioterapeutledd träning minst 12 v. inkl skuldra mm.
- Remiss arbetsterapeut för ortos
- Oftast självläkande inom 10–18 månader
- Kortisoninjektion bör undvikas men kan övervägas vid svåra akuta besvär
- Om påtagliga besvär efter 6 månaders behandling i primärvård, remiss ortoped. Kirurgi är dock sällan indicerat.

Ulnarisinklämning

- Vanligast i armbågsled, förekommer även i handled
- Vid konstanta domningar och/eller muskelhypotrofi, remiss för neurografi samt ortoped.
- Vid intermittenta domningsbesvär: remiss till arbetsterapeut för nattskena, utvärdering efter 6–8 v
- Vid kvarstående intermittenta besvär under minst 3 månader trots nattskena: remiss till ortoped, neurografi vid oklara besvär

Handled och hand

Dupuytrens kontraktur

- Vid kontraktur överstigande 40 grader i MCP eller PIP-led remiss till ortoped för ställningstagande till operation
- Xiapex efterfrågas av många patienter men har i studier inte visat sig vara bättre än nålfasciotomi. Vi erbjuder Xiapex-behandling i undantagsfall

Droppfinger/Malletfinger

(ruptur av extensorsenans fäste på distala falangen)

- Vid minimalt trauma och avsaknad av stark smärta/svullnad behövs inte röntgen
- Remiss till arbetsterapeut i primärvården som förser patienten med extensionsskena dygnet runt i sex veckor.
- Vid större trauma, svullnad, smärta, röntgen med sedvanlig kontakt med ortoped om fraktur (dorsalt fragment)

CMC-1-artros

- Klinisk diagnos
- Remiss till arbetsterapeut för ortos och hjälpmedel. Översyn arbetsuppgifter, ev fhv.
- Kortisoninjektion intra-artikulärt kan övervägas om tekniken behärskas
- Om fortsatt intolerabla besvär och patient positivt inställd till operation (slinkled eller artrodes) remiss till röntgen och ortoped

Övrig artros handled/hand

- Klinisk diagnos oftast. Artros handled/handlov kan vara svårare att diagnostisera kliniskt, röntgen god hjälp.
- Remiss till arbetsterapeut för ortos och hjälpmedel. Översyn arbetsuppgifter, ev fhv.
- Kortisoninjektion intra-artikulärt kan övervägas om tekniken behärskas av allmänläkaren
- Om fortsatt intolerabla besvär och patient positivt inställd till operation remiss till röntgen och ortoped. Operationsalternativ beror på drabbad led:
 - DIP-led: Sällan kirurgi. Artrodes i undantagsfall
 - PIP-led: Artrodes. Protes i undantagsfall.
 - MCP-led: Protes kan övervägas.
 - Handlov/handled: Partiell eller total artrodes. Handledsprotes i undantagsfall.

Mb de Quervain

(tendinos radially i handleden)

- Undvik belastande rörelser, företagshälsovård
- Remiss arbetsterapeut i primärvården för avlastande skena
- Kortisoninjektion mot första dorsala senfacket om tekniken behärskas av läkaren
- Vid kvarstående besvär: remiss till ortoped för operativ åtgärd med senskideklyvning

Triggerfinger

- Remiss arbetsterapeut i primärvård för extensionsortos
- Eventuellt kortisoninjektion mot första annularligamentet om tekniken behärskas av läkaren
- Om kvarstående besvär efter tre månader och operationsvillig patient, remiss ortoped

Karpaltunnelsyndrom

- Utred ev bakomliggande faktorer (hypotyreos, graviditet, akut överbelastning, cervikal påverkan, svullnadsskapande läkemedel mm). Överväg remiss till fysioterapeut med tanke på eventuell cervikal orsak.
- Vid måttliga besvär; remiss till arbetsterapeut för nattskena
- Vid persisterande domningar dygnet runt och/eller motorisk påverkan snar remiss till ortoped

Oklar handledssmärta utan föregående trauma

- Slätröntgen för att inte missa gammal skada/artros/felställning
- Remiss arbetsterapeut för ställningstagande till träning och utprovning av ortos
- Remiss ortoped för bedömning om utebliven förbättring efter 3–6 månader

Rygg, halsrygg

Smärta i rygg och nacke utgör en stor patientgrupp inom såväl primärvård som sjukhusvård och innefattar ett stort spektrum av diagnoser.

Vid trauma, se "Skelett och ledskadekompendium"

För att identifiera patienter med risk för bakomliggande allvarlig sjukdom bör man ta hänsyn till följande ("Röda flaggor")

- Feber
- Tidigare malignitet
- B-symtom såsom viktnedgång, nattligt ökande smärta, svettningar etc.
- Vid tidigare malignitet eller B-symtom överväg MR helrygg
- Tecken till inflammatorisk sjukdom
- Ålder. Ovanligt med "ryggskott" hos tidigare helt ryggfriska seniorer
- Vid persisterande smärta eller osäkerhet i diagnostik rekommenderas provtagning av Hb, CRP, SR, LPK, samt riktad provtagning vid specifik misstanke (t ex PSA).
- Slätröntgen, datortomografi och skelettscintigrafi ger ej tillförlitligt underlag för att kunna utesluta malignitet.

Vid akut insättande uttalad neurologisk påverkan såsom parapares eller cauda equina-syndrom ska patienten skickas till akutmottagningen.

Lumbago utan neuralgi och utan alarmsymtom

Primärvård

Vecka 1

- Egenvård, eventuell egen sjukskrivning
- Eventuellt fysioterapeutbedömning på vårdcentralen
- Läkareundersökning vid behov av receptbelagt analgetikum

Obs! Kvinnor >50 år med akut lumbago överväg osteoporosrelaterad kotfraktur. Röntgen indicerad.

Vecka 2

- Läkareundersökning
- Fysioterapeut

Vecka 4

- Återbesök till allmänläkare
- Laboratorieprover.
- Rehabiliteringskoordinator och, om tillgängligt, företagshälsovård

Tre månader

- Återbesök till allmän- eller företagshälsovårdsläkare
- Fortsatt rehabilitering inom medicinskt bedömningsteam och avstämningssmöte
- Ompröva diagnos och insatser
- Överväg skicka remiss till bedömningsenhet och/eller rygghabiliteringsenhet om det inte redan gjorts

Ett år

- Remiss till ortopedkliniken om patienten är operabel och vill bli opererad. Bedömningen på ortopedkliniken kan ske av ortoped eller specialistutbildad fysioterapeut

Lumbago-ischias

Primärvård

Vecka 1

- Egenvård
- Eventuellt bedömning av fysioterapeut
- Läkarbedömning vid behov av receptbelagda analgetika

Vecka 2

- Läkarundersökning
- Laboratorieprover
- Fysioterapi

Vecka 4

- Återbesök läkare
- Smärtteckning
- Rehabiliteringskoordinator kopplas in om patienten är sjukskriven

Vecka 6

- Finns indikation för MR-ländrygg? Se avsnitt *Indikation för MR ländrygg*

Månad 3

- Återbesök till allmän- eller företagshälsovårdsläkare
- Ställningstagande till remiss till ortopedklinik om patienten är operabel och vill bli opererad

Ortopedi

- Undersökning av ortoped eller specialiserad fysioterapeut och ställningstagande till vidare undersökningar och åtgärder
- Fortsatt kontakt med fysioterapeut i primärvård
- Om operationsindikation saknas återremitteras patienten till primärvård
- Aktualiseras i medicinskt bedömningsteam

Indikationer för MR ländrygg

Allmänt

MR ses ur ryggkirurgisk synvinkel i första hand som en operationsförberedande undersökning. Remiss till MR ska vara kortfattad och beskriva indikation enligt nedan. Vid behov av hjälp att tolka MR-fynd kan ortoped gärna rådfrågas via konsultationsremiss.

Slätröntgen ländrygg är inte indicerad vid nedanstående symtombilder.

Misstänkt operationskrävande diskbräck

Uttalad smärta och dermatomspecifika symptom motsvarande diskbräck med rhizopati i nedre extremitet samt behandlingsresistens vid konservativ terapi i minst 6 v. Enbart lumbago med utstrålning som stannar vid knävecket utgör inte indikation.

Misstänkt operationskrävande spinal stenos

Dynamiska besvär motsvarande pseudoclaudicatio i minst 3 månader samt BMI <35. Höftledsartros och benartärsjukdom ska alltid övervägas innan MR blir aktuell.

Ryggmärgspåverkan

Neurologiska fynd såsom långa bansymptom (positiv Babinski, Hoffmanns tecken, klonus, spasticitet, hyperreflexi och ataxi i extremiteter) talar för ryggmärgspåverkan. Det utgör oftast indikation för MR helrygg och ortoped eller neurolog ska konsulteras före MR beställs.

Efter konsultation med ortoped

Om ländryggsymptom inte stämmer med ovanstående tre punkter, men MR ändå bedöms indicerad, konsulteras ortoped.

Cervikalgi

Vecka 0

- Egenvård, eventuell egen sjukskrivning
- Telefonrådgivning med distriktssköterska. CAVE Feber och nackstelhet

Vecka 1

- Fysioterapeut
- Läkarbesök

Vecka 4

- Återbesök läkare
- Provtagning
- Röntgen
- MBT

Vecka 12

- Fortsatt rehabilitering inom medicinskt bedömningsteam och avstämningsmöte
- Ompröva diagnos och insatser
- Om ej tidigare – överväg remiss till bedömningsenhet /smärtenhet /multimodal rehabilitering

Cervikobrachiellt smärtsyndrom med neuralgisk rotsmärta

Rotsmärta vid diskbräck i nacke har i allmänhet mycket god prognos utan operation.

Vecka 1

- Egenvård, eventuell egen sjukskrivning
- Fysioterapeut

Vecka 2

- Läkarbesök, status inkl. neurologi. Tecken på myelopati?
- Fysioterapi
- Eventuellt provtagning

Vecka 4

- Återbesök läkare

Vecka 12

- Återbesök läkare
- MR halsrygg
- Vid kvarstående armsmärta/uttalad neurologi och patienten är operabel och vill bli opererad, remiss till ortopedmottagning

Remissen ska innehålla smärtteckning och utförligt neurologstatus.

Bedömning på ortopedmottagningen kan även ske av specialistutbildad fysioterapeut.

Fotled och fot

Allmänt om fotkirurgi

Felställningar i fötterna är vanligt men långt ifrån alla ger patienten problem. Operativa ingrepp i fötterna ger lång rehabilitering, ofta med avlastning, gips, frånvaro från arbete etc. och kräver en motiverad och i övrigt välmående patient för att nå ett bra resultat.

Bedömningen vid ortopedkliniken är i första hand inriktad på om patientens problem går att lindra med ett kirurgiskt ingrepp. Även diagnostiska frågeställningar kan vara aktuella men patienten ska informeras om att det är operativa behandlingar som erbjuds på ortopedmottagningen.

Vid remittering ska en värdering av hälsofaktorer som finns angivna under rubriken "remittering till ortopedmottagning" göras, men följande är särskilt viktigt vid fotkirurgi:

- Rökfrihet är ett krav (på grund av läkningsproblem)
- Ankeltrycksmätning vid tveksamhet kring den arteriella cirkulationen
- Övervikt bör åtgärdas, både för att minska belastningen på foten och minska riskerna vid en eventuell operation. Dietistkontakt kan vara aktuell
- Slätröntgen före remiss (beställ "fot med belastning")
- Diabetiker med nedsatt känsel och värmeökning, svullnad eller felställning kan ha Charcotfot (se nedan).

Speciella patientgrupper

Diabetiker

Diabetiker har en klart ökad risk för komplikationer i samband med operationer, längre läkningstid, mer infektioner etc. Samtidigt är det viktigt att ha en normalt formad fot för att undvika sår. Ange på remissen om det finns känselnedsättning och/eller tidigare sårproblem. Kärlutredning är viktig att överväga.

Vid komplicerade sår ska remiss skickas till Multidisciplinär Fotmottagning på Diabetescentrum. Där träffar patienten fotterapeut, endokrinolog, infektionsläkare, ortoped och kärlkirurg.

Vid misstanke om Charcotfot, värmeökad svullen rodnad fot hos patient med känselnedsättning; omgående remiss till ortopedmottagningen för ställningstagande till gipsbehandling

Patienter med neurologiska handikapp

Felställningar i fötterna kan uppkomma efter neurologiska skador såsom stroke, postpolio, cp-skador mm. En plantigrad belastningsbar fot kan ibland vara avgörande för patientens förmåga till självständiga förflyttningar. Förutom röntgen är det bra att ha tillgång till neurografi och EMG-utlåtande samt neurologbedömning vid remittering av denna patientgrupp.

Kronisk fotledsinstabilitet

Patient med upprepade distorsioner, svårighet att gå i obanad terräng, "måste alltid titta var jag sätter foten".

- Minst 12 veckors träning av styrka, koordination och balans med hjälp av fysioterapeut
- Eventuellt stabiliserande ortos eller tejping vid aktivitet
- Vid fortsatta besvär och motiverad till operativt ingrepp görs slätröntgen fotled med frågeställningar: benfragment, tecken till osteokondral skada? Remiss till ortoped efter svar på röntgen

Hälsenesmärta

Inte vid senfästet

- Akillessendinos både med och utan palpabla förtjockningar behandlas i minst 90% av fallen framgångsrikt med fysioterapi
- Minst sex veckors handledd träning av fysioterapeut med både excentriska och koncentrisk styrketräning
- Korrigering av fotens ställning med inlägg och ev klackförhöjning
- Om ingen förbättring efter sex månader kan remiss till ortoped övervägas

Smärta och resistens vid hälsenans infästning

Akillesinsertalgi, smärta vid akillessenans fäste på calcaneus, ofta vid s.k. Haglundhöl (calcaneus bakre övre hörn välutvecklat), öm svullen bursa retrocalcanärt. Ger skopproblem och smärta vid avveckling av steget.

- Avlasta området genom mjuka hälkappor på skorna och hälförhöjning
- Fysioterapi mindre framgångsrik men bör provas i minst tre månader.
- Vid fortsatt påtagliga besvär: remiss till ortoped efter röntgen (belastad fot) och röntgen calcaneus med frågeställningar: Haglundhöl, förkalkningar i senfäste?

Hälsporre/plantar fasciit

Godartat med besvärligt tillstånd.

- Remiss för inlägg
- Röntgen har ingen plats i utredningen (ev. fynd av plantar hälsporre korrelerar inte med besvärens grad)
- Ev. fysioterapi om det finns en intresserad fysioterapeut
- Går inte att operera
- Kortisoninjektion är kontraindicerat pga risk för vävnadsnekros

Hallux valgus

Framförallt skopproblem. Ofta förenat med sänkt fotvalv och bred framfot.

- Inlägg som lyfter hålfoten
- Breda skor
- Tåspridare
- Vid fortsatta besvär: remiss till ortoped efter röntgen (belastad fot)

Hammartår och klotår

Framförallt skopproblem.

- Rymliga, stabila skor och inlägg
- Vid fortsatta besvär: remiss till ortoped efter röntgen (belastad fot)

Hallux rigidus

Artros och tilltagande stelhet i stortåns grundled. Kan ge smärta vid avveckling av steget och skav från osteofyter mot skotaket.

- Remiss till ortopedtekniska för rullsulor och inlägg
- Kortisoninjektion om tekniken behärskas
- Vid intolerabla smärtor: remiss till ortoped efter röntgen (belastad fot)

Mortons neurinom

Smärtor i framfoten, vanligen andra eller tredje interstitiet (mellanrummet mellan metatarsalben 2-3 eller 3-4) med utstrålning i motsvarande tår.

- Inlägg med främre pelott
- Breda skor
- Kortisoninjektion
- Vid kvarstående intolerabla besvär efter 6 månader: remiss till ortoped. Vid differentialdiagnostisk tveksamhet görs röntgen (belastad fot)

Artros i mellanfot, bakfot och fotled

Artros förekommer i alla fotens leder. Till skillnad från höft och knä där plastikoperationerna är mycket framgångsrika är de operativa ingrepp som står till buds i foten framförallt steloperationer. Fotleden kan ibland protesförsörjas, värmlandspatienter skickas efter bedömning på ortopedmottagningen till Falun, Göteborg eller Malmö.

- Bra, stabila och dämpade skor
- Röntgen belastad fot och fotled med frågeställning artros
- Remiss till ortopedtekniska för inlägg och vid fotledsartros stabiliserande ortos + rullsula
- Kortisoninjektion om tekniken behärskas
- NSAID + paracetamol
- Arbetslivsrådgivning
- Vid intolerabla smärtor eller tilltagande felställning: remisstill ortoped för ställningstagande till operation eller vid behov av hjälp med kortisoninjektioner i genomlysning

Degenerativa senskador/tendinoser

Foten balanseras av peroneerna lateralt och tibialis posterior och anterior medialt /dorsalt. En nyttillkommen felställning av foten – sänkning eller höjning av fotvalvet + svullnad och smärta längs senfacken kan tyda på degenerativ senskada:

1. Tibialis posterior – plattfot, eversion av hälen oförmåga gå på tå.
 2. Tibialis anterior – droppfot, slaskande gång, kan inte gå på häl.
 3. Peroneerna – cavusfot (skall alltså *inte* ha hålfotsinlägg)
- Remiss till ortopedtekniska för inlägg vid plattfothet.
 - Minst tre månaders handledd träning hos fysioterapeut
 - Vid kvarstående besvär och motivation till operativt ingrepp: remiss till ortoped efter belastad röntgen

Barnortopedi

Intoeing

Femurantervesion

Är fysiologiskt upp till 7-8åå. Collums anterversion går från ca 40 grader vid födsel, 20 grader i 8åå och 16 grader som fullvuxen. Kan följas kliniskt på BVC.

Primärvård

- Mät inåtrotation i bukläge.
- Ensidig ökad inåtrotation, alternativt inåtrotation över 70 grader remitteras till ortoped

Ortopedi

- Röntgen barnhöft vid behov
- Beslut om uppföljning och ev kirurgisk behandling i adolescens.

Tibiatorsion

Kurvering av tibia. Fysiologiskt. Normalt varierar tibias rotation från 5 grader inåt vid födsel till 15 grader utåt i vuxen ålder. Rätas ut till viss del med tillväxt. Undersöks i sittande med benen hängande. Knät pekar vid tibiatorsion framåt och fotled inåt. Lodlinjen i underbenet skall normalt gå från tuberositas tibiae till metatarsale 1 och mediala malleolen ligga något framför den laterala.

Primärvård

- Ensidig och eller mycket uttalad felställning remitteras till ortoped för bedömning.

Ortopedi

- Remiss för röntgen vid behov
- Beslut om uppföljning
- Mycket sällan beslut om korrigerande osteotomier och aldrig före 10 åå.

Metatarsus adduktus

Tillstånd med alla 5 metatarsalerna adducerade och inverterade. Mjuk och redressibel kan behandlas med raklästade skor om barnet (obs inte föräldrarna!) besväras av snubblande gång. Korrigeras spontant. Går ofta tillsammans med tibiatorsion och förhårdnader lateralt på fotryggen, orsakade av sittställning med fötterna inåtvridna under rumpan.

Primärvård

- Rigid och eller uttalad metatarsus adduktus remitteras till ortoped.

Ortopedi

- RTG remiss vid behov efter bedömning
- Remiss till Ortopedtekniker för raklästad sko
- Vid uttalade felställningar, sk scow foot, beslut om kirurgi. Korrigerande osteotomi och hälseneåtgärd.

Plattfot

Förekommer hos ca 15% av den vuxna befolkningen, ofta familjärt och vanligare hos överviktiga. Ibland kombinerat med generell överörlighet. Innebär en ökad kontaktyta plantart mot golvet. Vid belastning sjunker det långsgående fotvalvet och hälen går i valgus. Hos spädbarn är plattfotheten exteriör på grund av utfyllnad i hålfoten av en fettkudde som försvinner succesivt.

Icke smärtsam plattfot som återfår sitt fotvalv i tåstående/vila behöver inte behandlas. Hålfotsinlägg botar/ förebygger inte plattfot.

Primärvård

- Smärtsam och/eller rigid (icke redresserbar) plattfot remitteras till ortoped
- Neurologiskt status för att bedöma ev bakomliggande spasticitet
- Beställ i samband med remiss röntgen bilateralt (belastad fot)

Ortopedi

- Bedömning av bakomliggande orsak som fraktur, tibialis posterior insufficiens
- Eventuellt remiss för ilägg
- Behov av ytterligare utredning tex MR eller DT vid coalitio misstanke

Tågång

Tågång (habituell) går ofta spontant över i 4-5-6 åå då barnet går upp i vikt och blir tyngre.

Primärvård

- Status med rörelseomfång vid dorsiflektion med rakt och med flekterat knä
- Neurologiskt status, förekomst av spasticitet
- Förekomst av eventuell vad/hälsenesmärta
- Remiss till fysioterapeut för stretchövningar
- Vid korta hälsenor, alltså vid dorsiflektion <10 grader samt att hälen dras i valgus bör remiss skickas till ortoped

Ortopedi

- Ställningstagande till behandling.
- Remiss till Team Olmed för stretchortos
- Beslut om ev Botox injektion eller kirurgi

Knä

Vid atraumatisk knäsmärta/hälsa hos barn ska man alltid ha höftåkomma som differentialdiagnos. På grund av referred pain förläggs smärta från höften i framsida lår/knä. Gör därför alltid höftstatus på patienter som söker för knäsmärta.

Schlatter

Smärta vid patellarsenans infästning i tibia. Kan bli utdraget och symtomgivande i flera år.

Primärvård

- Symptomatisk behandling och fysioterapi
- Vid utebliven förbättring på behandling: röntgen knäled och remiss till ortoped

Ortopedi

- Bekräftelse av diagnosen, och motiverande samtal gällande aktivitet kontra vila
- Eventuellt bedömning av specialistfysioterapeut

Knäsmärta hos barn

Främre knäsmärta (femuropatellärt syndrom) lokaliserad kring patella, förvärras tex i trappgång och sittande med 90 grader i knät. Undersök alltid även höften.

- Remiss till intresserad fysioterapeut
- Vid utebliven förbättring efter 6 månader: remiss till ortoped

Luxation av patella

Förstagångsluxation ska remitteras till ortopedakuten via slätröntgen för ställningstagande till MR-undersökning alternativt artroskopi. Patella kan slå av ett fragment från femurkondylen.

Höftsmärta/ Hälta

Atraumatisk hälta och eller höft/lår/knäsmärta hos barn och ungdomar bör undersökas och utredas för att inte missa bakomliggande och behandlingskrävande orsak. Det finns en stor doctors- och patientdelay vid dessa diagnoser. Barn och anhöriga tenderar ofta vilja koppla ihop symptomdebut med någon typ av olycka/skada. I viss mån kan man dela in troliga diagnoser utifrån barnets ålder, men detta är ingen absolut regel

Primärvård

1–2 år

Höftledsinstabilitet/luxation – detta ger benlängdsskillnad, inskränkt abduktion och om barnet är gångare hälta. Undersöks med Ortolanis och Barlows test – vid avvikande fynd remiss till ortoped.

3–6 år

Coxitis simplex – ovillighet att belasta, ligger med höften flekterat och lätt utåtroterat.

- Crp, Lpk och SR samt temp. Remiss för ultraljud höftled för att påvisa ev. ökad mängd ledvätska
- Vid höga infektionsprover, allmänpåverkad patient eller hög feber – akutremiss till Barnmedicin på misstanke om septisk artrit/osteomyelit
- Vid utebliven förbättring på 4-6 dagar: remiss till ortoped för att utesluta ev annan orsak

4–9 år

Mb Perthes – hälta med eller utan associerad smärta. Inskränkt abduktion och inåtrotation.

- Röntgen och remittera till ortoped

>10 år

Slipped Capital Femoral Epiphysis (SCFE). Ljums/lår/knäsmärta med hälta och inskränkt rörelseomfång i höften. Utåtroterar benet vid flektion i höften. Inskränkt inåtrotation. Ibland quadricepsatrofi. Beställ röntgen och remittera akut till ortoped. Ta gärna kontakt med Ortoped för att diskutera röntgenbild vid behov då små glidningar kan vara svåra att se på röntgen.

Ortopedi

Höftinstabilitet – Klinisk bedömning, ultraljud eller röntgen beroende på barnets ålder samt behandling med von Rosenskena alt andra metoder (sträck, gips, öppen reposition, mjukdelsingrepp, osteotomier) vid sent upptäckta luxationer/dysplasier

- Coxitis simplex – handläggs av barnmedicin.
- Mb Perthes – Följs kliniskt och radiologiskt på mottagningen till utläkning, alternativt behandlas kirurgiskt vid dålig containment.
- SCFE – Fixation med LIH spik <24h från diagnos. Följs på mott tills fyserna är slutna.

Rygg

Ryggsmärta är ovanligt före 10 årsåldern. Precis som hos vuxna bör allvarlig bokomliggande orsak uteslutas, bedöm om det föreligger så kallade ”röda flaggor”.

Primärvård

- Efterfråga nattlig värk, om smärtorna gör att barnet slutat med vissa aktiviteter, blås och tarmfunktion samt eventuella infektionssymptom och viktnedgång
- LPK, SR och CRP
- Vid uttalade besvär: röntgen
- Remiss till fysioterapeut vid benign anamnes och undersökning
- Remiss till ortopederna om patienten uppvisar röda flaggor

Ortopedi

- Beslut om vidare utredning med MR vid misstanke om tumör, spodylodiskit eller stressfraktur. DT görs vid misstanke om osteoid osteom
- Vidare utredning på misstanke om inflammatorisk sjukdom eller borrelios i samråd med Barnmedicin.

Skolios

Kurvatur av ryggraden, idiopatisk, hållningsbetingad eller på grund av bakomliggande missbildning i kotor, neuromuskulär sjukdom eller ryggmärg. Samtliga barn i Sverige screenas för detta inom skolhälsovården.

Primärvård

- Ryggar med >7 grader Bunellvinkel (mäts framåtböjd med scoliometer) skall remitteras till ortoped via röntgen skoliosrygg.
- Remissen bör innehålla uppgifter om neuromuskulärt status, förekomst av spasticitet samt tillväxtkurvor

Ortopedi

- Beslut om behandling med korsett om Cobbvinkel >25 grader på röntgen och mer än 2 års återstående tillväxt
- Beslut om kirurgi vid Cobbvinkel > 40 grader

Dokumentet är utarbetat av: Eric Le Brasseur Helena Ek, Fredrik Carlstedt, Anna Egardsson