

Axelproblem

Ursprunglig version: 2019-03-25

Reviderad senast: 2021-05-26

Uppdaterad senast: 2021-05-26

Egenvård

Att känna smärta i axeln/skuldran är vanligt. Det finns många olika skador och tillstånd som kan orsaka smärtan. Smärtan kan t ex bero på sjukdom eller skada i själva leden, inflammation i senor eller ledkapsel eller slemsäcksinflammationer. De allra flesta fall av axel/skuldersmärta beror på överbelastning eller felbelastning där seninflammation är vanligast. Oftast går smärtan över av sig själv efter ett par veckor.

Allmänna råd

- När du rör på dig minskar smärtskänsligheten och blodcirkulationen ökar vilket påskyndar läkningen. Rör dig så normalt som möjligt men undvik att provocera smärtan med sådana aktiviteter som gör ont, tex armarbete ovan axelhöjd och belastande armarbete, och tänk på din hållning/arbetsställning.
- Om du har så ont så att det är svårt att använda armen eller om värken stör sömnen kan du ta vanliga värktabletter. Du kan få råd om receptfria värktabletter (Paracetamol och inflammationsdämpande) på apoteket.
- Behandling med värme, kyla och liniment kan ge smärtlindring.

När ska man söka vård?

- Om axel/skuldersmärta är besvärande och inte ger med sig på ett par veckor kan man kontakta vårdcentral och då i första hand en fysioterapeut för en bedömning av besvären.
- Om man efter ett trauma får kraftiga smärtor i axeln/skuldran som inte avtar kan man kontakta vårdcentral eller akutmottagningen direkt för att utesluta t.ex. fraktur.
- Ring sjukvårdsrådgivningen (1177) för råd.

Primärvård

Distriktssköterska:

hänvisar till fysioterapeut i flertalet fall, men vid misstanke fraktur eller allvarlig sjukdom primärt till läkare.

Fysioterapeut:

- Undersökning och bedömning.
- Information/rådgivning/ergonomi.
- Instruktioner om egen träning och/eller behandling. FaR.
- Kontakt med familjeläkare v b.

Familjeläkare:

- Undersökning och bedömning. Ev läkemedel, t.ex. injektion.
- Ställning till vidare utredning (rtg, lab) och ev sjukskrivning.

Grundläggande klinisk undersökning: vad bör ingå?

- Aktiv och passiv rörlighet
- Muskulär funktion
- Palpation
- Halsryggsstatus
- Riktade undersökningar beroende på misstänkt diagnos.

Vanliga diagnoser:

- **AC ledsartros:** Leden uppdriven och öm. Cross body test.
- **Glenohumeral artros:** Äldre. Smärta och stelhet, kapsulärt mönster (utåttrotation mest inskränkt, abduktion även inskränkt men mindre, inåttrotation minst inskränkt).
- **Adhesiv kapsulit (frusen skuldra):** Övre medelåldern, vanligare vid diabetes, överväg kontrollera p-glucos. Ofta akut-subakut debut -> allt mer stel 1-6 mån, sedan avtar smärtan men stelhet kvarstår ofta under lång tid. Kapsulärt mönster (se Glenohumeral artros).
- **Impingement (inklämning subacromiellt):** Vanlig. Smärtor när man lyfter armen (painful arc ca 60-120°) men även vilovärk. Hawkins test pos. Kan innefatta bursit och kalkutfällningar i senan (kalkaxel). OBS! Yrkesanamnes.
- **Supraspinatus-tendinit:** smärtor vid belastning, t ex abduktion mot motstånd.
- **Recidiverande axelledsluxation:** oftast unga män, trauma.
- **Multidirektionell instabilitet:** hypermobilitet, oftast unga kvinnor, ingen traumatisk bakgrund.
- **Akut cuffruptur** (supraspinatus vanligast): smärta och svaghet i affekterad muskel efter trauma. Pseudoparalys indikerar stor ruptur.
- **Degenerativ cuffruptur:** Äldre. Ringa eller okänt trauma.
- **Biceps longussenruptur:** Äldre. Ger mjuk bulle på överarmens framsida. Endast kosmetiska besvär, ingen behandling.
- **Artrit:** Olika orsaker. Smärta, vilovärk, inskränkt utåttrotation.
- **Nackutlöst skuldersmärta**
 - muskulär
 - nervrotspåverkan (Cervikal rizopati). Foramen kompressionstest.
- **Malignitet:** ofta successiv försämring alt. patologisk fraktur, vilovärk, trötthet m.m. Efterfråga tidigare behandlad malignitet (vanligast bröst- och prostatacancer).

Träning, steroidinjektioner, smärtlindring e.dyl. enligt remiss från ortoped.

Akut remiss

- Misstanke fraktur eller luxerad axel (beställ även slät-röntgen).
- Misstanke septisk artrit.

Elektiv remiss

OBS! På samtliga elektiva remisser ska framgå om patienten är intresserad av att bli opererad.

- **Akut cuffruptur:** Vid pseudoparalys med oförmåga att lyfta armen ca 90 grader 1-2 veckor efter axeltrauma beställs slät-rtg och MR via vårdcentral. Samtidigt initieras träning med fysioterapeut. Om MR visar cuffruptur skrivs remiss till ortoped, fortsatt träning under väntetiden. Äldre patienter med sedan tidigare låg funktionsnivå är ej aktuella för kirurgi – MR och remiss till ortoped avstås i dessa fall ifrån. I tveksamma fall telefonkontakt med ortoped.
- **Degenerativ cuffruptur:** Pseudoparalys efter mindre trauma eller avsaknad av trauma. Remiss enbart för tidigare högfungerande patienter med krav på god axelfunktion. Slät-rtg och MR via vårdcentral. Träning hos fysioterapeut initieras samtidigt. Remiss till ortoped om träning inte givit effekt och MR visar cuffruptur. Under väntetiden innan ev. operation fortsatt träning.
- **Recidiverande axelluxationer/subluxationer efter en förstagångsluxation:** Slät-röntgen innan remittering till ortopedklinik.
- **Multidirektionell instabilitet:** Remiss kan övervägas efter omfattande träning med stöd av fysioterapeut. Slät-röntgen innan remiss.
- **Impingement:** Remiss om otillräcklig effekt av konservativ behandling, dvs. 3-6 månaders träning hos fysioterapeut, samt minst två subacromiella injektioner (steroid+lokalanestetikum) med övergående god effekt (om dålig effekt av injektion är op sällan aktuell, överväg annan diagnos/åtgärd). Slät-röntgen innan remiss.
- **AC-ledsartros:** Handikappande kliniskt AC-leds utlöst smärta i kombination med artrosfynd på slät-röntgen. Remiss kan aktualiseras vid övergående god effekt av injektion av kortison + lokalanestetika. [Om dålig effekt av injektion är op sällan aktuell, överväg då annan diagnos/åtgärd]. Enbart radiologisk artros i AC-led tillsammans med ospecifika axelsmärter är inte remissindikation, finns hos majoritet av medelålders människor.]
- **Glenohumeral artros:** Remiss vid radiologisk uttalad artros i kombination med svår vilovärk. Genomgången fysioterapi och intraartikulära kortisoninjektioner med otillräcklig effekt. Vilja att genomgå protesförsörjning. Slät-röntgen innan.

Ny-/återremittering till primärvård.

Specialistvård

Till akutmottagning för bedömning

- **Bedömning av ortopedläkare** (operation eller ej?). Information till patient om vinster och risker med op. Förväntad rehabiliteringstid.

- **Operation med eftervård:** **Ortoped** – Vid behov återbesök eller telefonuppföljning med operatör. Ofta remiss till fysioterapeut i specialistvård eller primärvård ang. träning och uppföljning.

Fysioterapeut – Postoperativ information ang. träning. Vid operation med cuffar, proteser, instabilitetsoperation samt viss frakturkirurgi uppföljning inom specialistvården.

- **Konservativ behandling:** **Ortopedläkare** – Vid behov remiss till fysioterapeut i primärvård eller specialistvård ang. träning och uppföljning. Vid behov återbesök till ortopedläkare.

Fysioterapeut – Information ang. träning.

[Rekommendation kring sjukskrivning \(SoS försäkringsmedicinska beslutsstöd\)](#)

Patientinformation

[1177.se om Ont i nacke och axlar](http://1177.se/om-ont-i-nacke-och-axlar)

Fördjupning

[ABC om axelsmärta, artikel Läkartidningen 2013](#)

[Instruktionsfilm Skulderstatus](#)

[Instruktionsvideo för subacromiell injektion](#)



Region
Västernorrland