

Proximal humerusfraktur – fysioterapi

Sammanfattning

Detta dokument förklarar fysioterapeutens roll vid proximal humerusfraktur. Om patienten inte blir inlagd på Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS) får patienten ett träningsprogram av personal på AVC och får sedan själv kontakta fysioterapeut i primärvården. Om patienten läggs in på SÄS träffar fysioterapeuten patienten på avdelningen och instruerar träningsprogram. Om patienten har fått en axelprotes bokas patienten in på nybesök en vecka postoperativt för uppföljning av träningsprogrammet och fortsatt rehabilitering enligt ordination. De patienter som fått en proximal humerusfraktur, blivit inlagda på SÄS men som inte fått någon axelprotes får själva söka fysioterapeut i primärvården för fortsatt uppföljning. Tillhör patienten kommunen rapporterar fysioterapeuten över patienten till fysioterapeut inom kommunen som då ansvarar för fortsatt uppföljning.

Förutsättningar

Patienten kommer oftast via akutmottagningen. Diagnos ställs med röntgenundersökning. Vid svårare frakturer med multipla fragment kan en datortomografi bli aktuell liksom preoperativ kartläggning.

Stabila två- och trefragmentsfrakturer kan i regel behandlas med icke-operativa metoder. Immobilisering med Collar'n'Cuff eller något annat axelförband i cirka en vecka med åtföljande rörelse- och styrketräning ger i de flesta fall ett gott behandlingsresultat. Odislocerade frakturer rekommenderas oftast Collar'n'Cuff samt direkt start av pendelrörelse.

Dislocerade eller odislocerade med risk för dislokation (bedöms av ortoped) behandlas oftast med axelförband för stabilare fixation av armen mot kroppen. Detta görs för att minska risken för komplikationer såsom utebliven läkning eller caputnekros. Dessa komplikationer bedöms som allvarligare än eventuell rörelseinskränkning. Dessa patienter brukar kunna påbörja pendelrörelse efter cirka 3 veckor. Om annan ordination eller restriktion ges ska ansvarig ortopedläkare meddela detta.

Instabila tre- och fyrfragments frakturer kräver ofta operativ åtgärd. Kraftigt dislocerade och komminuta frakturer kan göra det nödvändigt att ersätta caput humeri med en axelprotes.

Vid operativa ingrepp kan följande göras:

- Operation med platta och skruvar.
- Operation med märgspik.
- Axelprotes (anatomisk vid fungerande cuffmuskulatur, omvänd vid ej fungerande cuffmuskulatur).

Operationerna görs oftast med ett deltopectoralt snitt men det förekommer även snitt i deltoideus. Vid snitt i deltoideus ordinerar ibland en abduktionskudde för att avlasta muskulaturen. Ordinationen görs av operatören som även skriver remiss till Ortopedtekniska.

Vid samtliga operativa ingrepp gäller restriktioner enligt operationsberättelse.

Inför utskrivning från Södra Älvsborgs sjukhus får patienten ordination och recept på värktabletter. I de fall patienten inte blir inlagd bör ödem- och kontrakturprofylaktisk behandling instrueras av personal på akutmottagningen vid samtliga frakturtyper. Patienten bör även få med sig remiss till/uppmannas att kontakta fysioterapeut i primärvården.

Om patienten inte klarar sig i hemmet utan är i behov av vårdplanering efter skadan blir patienten inlagd på vårdavdelning för att inleda social planering.

Sjuksköterskan fortsätter kontrollera distalstatus och behov av smärtlindring. Fortsatt uppmuntran till ödem- och kontrakturprofylax är viktigt för att förebygga/minska svullnad i hand och arm. Vid kvarstående eller ökande ödem krävs yttre kompression. Arbetsterapeut kontaktas då för åtgärd. Kontroll av förflyttningar och fortsatt rehabiliteringsbehov inför hemgång kan bedömas av fysioterapeut. Arbetsterapeuten kan utföra bedömning av hjälpbehov vid dagliga aktiviteter (ADL) och vid behov ordna med hjälpmedel.

Frakturer som inte behöver kontrollröntgas remitteras direkt till fysioterapeut i primärvården för mobilisering. Potentiellt instabila frakturer som behöver kontrollröntgas efter en vecka får återbesök till läkare och därefter remiss till fysioterapeut i primärvården. Om patienten är inskriven i kommunen rapporteras hon/han istället till ansvarig kommunfysioterapeut.

Remisser bör alltid innehålla information gällande frakturtyp, eventuell operativ åtgärd, mobiliseringsordinationer och förväntad prognos.

Genomförande

Konservativt behandlade stabila frakturer

- Patienten får första träningsprogrammet.
- Följs upp i primärvården.

Axelprotesopererade patienter

- Följ läkares särskilda ordinationer. Om inga ordinationer - följ ordinarie regim:
- Patienten får ett första träningsprogram instruerat av fysioterapeut på avdelning.
- Följs upp i primärvården.

Behandlingsmål

Huvudmål

Återfå likvärdig funktion i axelleden som innan frakturen. Målsättningen revideras beroende på frakturtyp och behandlingsåtgärd. Vid minimal dislokation och strukturerad rehabilitering kan 90 % av funktionen och cirka 85 % av rörligheten i den ”friska” skuldran återfås. Vid komplicerade frakturer eller operativt ingrepp kan man inte förvänta sig full rörlighet i axeln.

Delmål

Initialfas: Förebygga ödem och rörelseinskränkning i kringliggande leder. Minska smärta.

Mobiliseringsfas

Öka rörlighet i axelled, ökat användande av skadade armen vid icke-belastande dagliga aktiviteter.

Slutfas

Fortsatt ökad rörlighet och återgång till ordinarie dagliga aktiviteter.

Uppföljning

Kontinuerlig uppföljning enligt till exempel ad modum Boström, SRQ-S eller Quick dash.

Dokumentinformation

För innehållet svarar

Olle Jansson, leg. fysioterapeut, Central arbets- och fysioterapienhet, SÄS

Fastställt av

Gunnar Helgesson, verksamhetschef, Neuro- och rehabiliteringsklinik, SÄS

Nyckelord

Fysioterapi, fysioterapeut, sjukgymnastik, sjukgymnast, rehab, rehabilitering, proximal, humerusfraktur, humerus, överarmsfraktur, överarm, axelprotes