

Armbågsluxation, isolerad/enkel

Innehåll

Bakgrund:	1
Handläggning	1
Statustagning:.....	1
Röntgen:	2
Behandling.....	4

Bakgrund:

”Isolerad armbågsluxation” (Simple Elbow Dislocation, SED) kan definieras som en armbågsluxation utan associerad större skelettskada, dvs inklusive avulsionsfragment/-flak, Osborne-Coterrill lesion och Regan/Morrey grad 1 coronoidfraktur. Beräknad incidens ca 5 SED per 100 000 personår, med närmare hälften i åldern 10–19 år, oftare pojkar än flickor (1).

De flesta är överens om att majoriteten läker med gott resultat med konservativ behandling. Beprövad erfarenhet talar för att resultatet blir bättre om patienter med *grav instabilitet* opereras inom helst en, max 2 veckor. Konsensus saknas vad gäller behandling vid måttlig instabilitet.

Hos barn kan SED kompliceras av en medial epikondylfraktur. Konsensus för handläggning av medial epikondylfraktur saknas, trenden går åt att man tillåter allt mindre felställning av frakturen.

Handläggning

Som vid alla ledluxationer är prioriterad handläggning på akm önskvärd. Sedvanlig anamnes inklusive trauma, energi, riktning.

Statustagning:

- Kontrollera och journalför distalstatus innan och efter reposition (cirkulation, n. ulnaris, n. medianus, n. radialis).
- Notera och journalför förekomst och lokalisation av hematom, fr a på lateral- och medialsidan om armbågen.
- Undersök även handled och underarm



Röntgen:

Slätröntgen "Armbåge" tas både innan och efter reposition. Projektioner på handled respektive underarm om status talar för misstänkt skada.

Frågeställning innan reposition: Luxation? Luxationsriktning? Skelettskada?

Frågeställning efter reposition: Reposition? Skelettskada? Kongruent led?

Spara gärna en frontal- och en sidoprojektion från genomlysningen om röntgen har stängt för kvällen och komplettera med slätröntgen på morgonen efter repositionen.

Observera extra:

- Leta efter *coronoidfraktur* - syns på sidobild - patognomont för luxation.
- Fraktur/avulsion på *mediala facetten på coronoiden*
 - syns på vridbilder
 - överväg CT, stabilitetskontroll av L-UCL, operation
 - kan behandlas konservativt endast om odislocerad och L-UCL är intakt
 - är stark riskfaktor för varus-PMRI
- Frakturer eller en inkongruent led efter reposition kan föranleda
 - CT (ev MR) inom någon dag, med frågeställning: "Kartläggning av avulsionsfragment/skelettskada, interponat och bedömning av kongruensen".
 - Om beslut om MR (prio helst några dagar, absolut inom 1 vecka): frågeställning enligt ovan samt "Kartläggning av mjukdelsskada".
Obs att MR görs utan gips, för att man, så långt möjligt, ska kunna extendera armbågen.
- Isolerad drop-sign (ökat avstånd ulnohumeralt på sidobild) brukar normaliseras någon vecka efter traumat, när muskeltonus återkommit (bild 2).

Se bilder nästa sida.

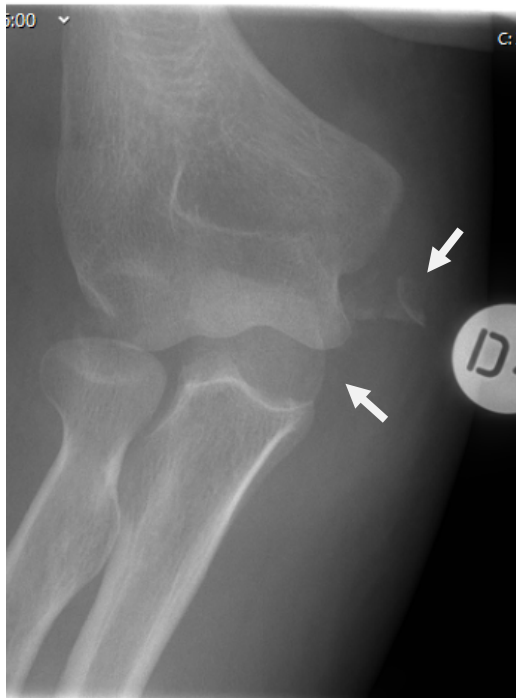


Bild 1A. Kraftig inkongruens samt benigna flak vid mediala kondylen, indikerande avulsion av både MCL- och flexor/pronatorursprunget.

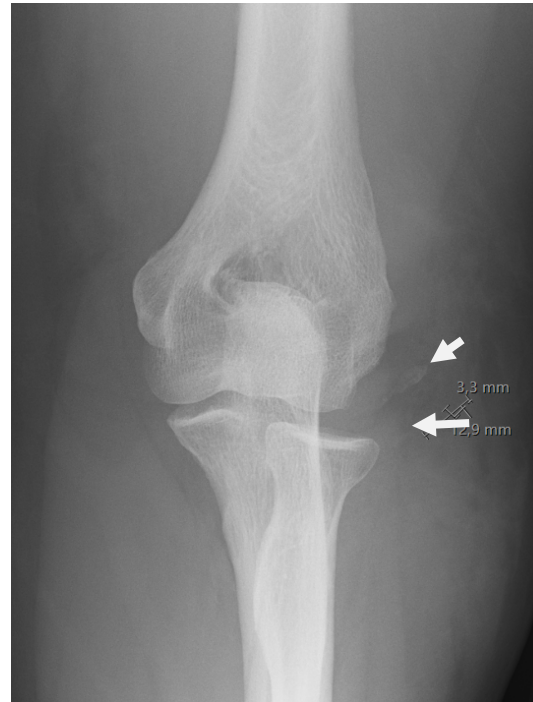


Bild 1B. Inkongruens med ökat ledavstånd radiohumeralt jmf med ulnohumeralt samt benign flak vid laterala kondylen indikerande avulsion av extensorursprunget och LCL.



Bild 2. Drop sign.

Ökat avstånd ulnohumeralt.
Brukar normaliseras en tid (1-2 v?) efter traumat, när muskeltonus återkommit.
Om drop sign förekommer i sent skede talar det däremot för en kronisk instabilitet.

Behandling

På akutmottagningen:

Reposition

Vanligen relativt enkelt att reponera om adekvat smärtlindrad. Förslag på teknik om luxationen är posterior (vanligast):

1. Tillgång till genomlysning.
2. Lokalbedövning dorsalt mot "leden", genom triceps (alt. sedering, plexus etc).
3. Lås upp coronoiden från baksidan av humerus genom att supinera (eller pronera) något. Börja extendera armbågen.
4. Lagg med tummen ett lättare tryck på olecranon i distal riktning och reponera.

I samband med reposition:

- Kan armbågen extenderas till 30 gr extensionsdefekt utan reluxation? Vid vilken flexionsgrad reluxerar den?
- Bedöm gärna sidostabilitet i genomlysning (frontalbild med ca 20–30 gr flexion i armbågen. Inget ändstopp (se bild 1A) talar för grav instabilitet då (MR och) op inom 1v kan övervägas. Testa med lätt hand, inga stora krafter behövs.

Efter reposition

- Armbågen ska hållas in till kroppen i 4–6 veckor.
- I första hand en veckas collar'n'cuff till vuxna respektive armbågsskena i plast till barn, båda i 90 grader.
- Pat som fått collar'n'cuff instrueras om att påbörja aktiv flexion (tummen uppåt) 5 repetitioner 5 ggr dagligen. Cave extension över 90 grader.
- Smärtlindring: Eftersträva god smärtlindring men var försiktig med opiater. Om kontraindikationer saknas är NSAID bra förstahandspreparat (minskar möjligen även risken för heterotop ossifikation).
- Sjukskrivning: Individuellt. Efter 4-6v får pat påbörja axelabduktion och efter 6v påbörja belastning. Pat klarar tung belastning ofta först efter 12v.

Vid misstanke om kraftig instabilitet bör stabilitetstest eller MR genomföras (utan gips, med så rak armbåge som möjligt) och operation av ortoped med erfarenhet av detta övervägas. Prio: op inom 1–2 veckor efter traumat. Obs relativ kontraindikation mot operation från 2 veckor till 6 månader efter luxationen (pga risken för heterotop bennybildning).

Varningstecken för kraftig instabilitet:

- Hematom lateralt över armbågen
- Inget ändstopp vid sidovackling i genomlysning (se ovan)
- Armbågen går ej att hålla reponerad
- Posteromedial luxation (evidens saknas)
- >10 gr varus eller valgus på repositionsbilderna (bild 1A)
- Avulsion av muskelursprung, fr a extensorursprung (bild 1B).

Uppföljning på mottagningen

1. Veckokontroll:

Lägeskontroll med röntgen, avgipsning och igångsättning

Till armbågsortoped i mån av plats, annars mak-UL/ST; sambokas med röntgen i gips samt armbågsinriktad fysioterapeut.

Kontrollera att armbågen ligger kongruent och i led på slätröntgen, kontakta armbågsortoped/BJ vid tveksamheter.

Inget stabilitetstest bör genomföras inom 6v efter traumat (smärtsamt för pat och stör läkningen).

Om armbågsinriktad fysioterapeut saknas vid besöket förses pat med tubigrip över armbågen och följande träningsinstruktioner ges till patienten (diktera in att pat ska kallas snarast till armbågs-fysioterapeut):

Med armbågen intill kroppen och neutral pro-supination (tummen upp):

Ta ut aktiv armbågsextension resp. -flexion, så långt det går.

Pro-supination tillåts till smärtgräns.

Undvik att lyfta ut armen från kroppen 4-6v efter traumat.

5 repetitioner, 5 gånger dagligen.

2. 6v-kontroll:

Till armbågsortoped för stabilitetskontroll, sambokas med armbågsfysioterapeut.

Fysioterapeuter med armbågsinriktning:

För barn och ungdomar t.o.m. 15 års ålder: Catharina Bäcklund på barn klin.

Ungdomar fr.o.m. 16 års ålder samt vuxna: Isabel Svedin, Linda Berg, Maja Waara Wallström på handrehab.

Evelina Carnebo från primärvården är också armbågsinriktad.

Ortopeder med armbågsinriktning:

Fredrik Larsson, Elin Albrechtsson

Länk/källa:

1. Morrey's The Elbow and Its Disorders, Ed. 5, 2017, Elsevier