

Akademiska sjukhuset
Sjukgymnastikavdelningen
2005-03-01 B Svensson, J Olofsson
Senaste revidering: 2011-05-30 M Kyhlbäck
Kontaktperson: M Kyhlbäck

Behandlingsriktlinjer för patienter med recidiverande främre glenohumeral luxation opererade enligt öppen eller artroskopisk Bankart.

Dessa behandlingsriktlinjer är framtagna av sjukgymnasterna vid ortopedkliniken, Akademiska sjukhuset.

Kliniska omständigheter

Målgrupp är patienter med recidiverande främre glenohumeral luxation remitterade från läkare och sjukgymnaster i C-län samt i vissa fall från övriga landet. Patienterna opereras på Akademiska sjukhuset enligt öppen eller artroskopisk Bankartteknik, med reparation av främre labrum-/kapsel-/ligamentskada. Vårdtiden är ca 1 dygn, därefter remitteras patienterna till sjukgymnastikavdelningen alternativt till primärvårdens sjukgymnaster eller till hemorten, för poliklinisk rehabilitering.

Behandlingsmål

Huvudmål: Ge förutsättningar för återgång till samma funktionsnivå som innan skadan.

Delmål: Ge förutsättningar för

- Att patienterna förstår och tar ansvar för den postoperativa rehabiliteringen.
- Att läkande vävnad skyddas.
- Att den postoperativa smärtan är hanterbar.
- Att rörelseomfånget successivt förbättras.
- Att den neuromuskulära kontrollen och koordinationen förbättras för att undvika ett felaktigt rörelsemönster.
- Att förbättra muskelstyrka, muskulär stabilitet och uthållighet.
- Att patienten kan fortsätta självständig träning efter avslutad behandling.

Litteratursökning

En litteratursökning gjordes våren 2005 via Medline, AMED, PEDro, Cinahl, SveMed och Cochrane. Följande sökord användes: Shoulder joint, surgery, dislocations, joint instability, rehabilitation.

En ny litteratursökning genomfördes vid revidering hösten 2010 i databaserna Pubmed, AMED, Cinahl, PEDro och Cochrane med sökperiod 2000-2010. Följande sökord användes: shoulder joint, surgery, instability, physical therapy. Sökmål var randomiserade interventionsstudier i ämnet samt bakgrundslitteratur.

Resultat

Hovelius (1) har beskrivit naturalförloppet efter en primär främre axelledsluxation hos yngre personer där det visat sig att risken att få en främre axelluxation är störst i åldersgruppen 18-20 år och att män är i majoritet. Vanligast anledningen till luxation är sportaktivitetstrauma för yngre än 30 år (2,3) och falltrauma för äldre än 30 år. Reluxation är störst i gruppen yngre än 25 år (4).

Både öppen och artroskopisk kirurgisk teknik förekommer för stabilisering av posttraumatisk instabilitet i axelleden. I en prospektiv randomiserad multicenterstudie (5) jämfördes de två teknikerna. Den postoperativa rehabiliteringen var identisk för alla patienter som delades upp i två grupper utifrån operationsmetod. Armslynga användes i tre veckor och utåtrotation ökades gradvis efter 4 veckor, med fri rörlighet efter 6 veckor. Kontaktsport avråddes i 6 månader postoperativt. Totalt sågs ett stort antal relaxationer i båda grupperna under det första året postoperativt (12% i den öppna gruppen och 23% i den artroskopiska, utan signifikant skillnad). Vid två års uppföljning sågs en tendens till fler relaxationer i den artroskopiska gruppen. Författarna förklarar delvis resultatet med bristande följsamhet till rehabiliteringsprotokollet samt predisponerande sjukdom. I en studie (6) jämförande patienter som stabiliseringsopererats efter första gångs luxation respektive efter återkommande luxationer sågs postoperativt inga skillnader i frekvens av relaxationer eller komplikationer.

Ambacher (4) tar upp följande sjukgymnastiska behandlingsaspekter efter Bankartoperation: smärtlindring, hållningskorrigerande, ledstabilisering, mobilisering av närliggande leder, koordinationsträning, ADL träning, anpassad träning för återgång arbete/fritid/sport. Kibler (7) menar att preoperativ koordinationsträning kan skapa bättre förutsättningar för den postoperativa rehabiliteringen. Författaren tar även upp att closed chain övningar för skapulastabilitet kan startas tidigt postoperativt innan cuffstärkande övningar påbörjas. Kimberly (3) beskriver rehabiliteringsplanen för Bankartopererade enligt följande: kylbehandling direkt postoperativt som smärtlindring, tidig start med isometrisk träning, samt uttag av rörelseomfång dock med undantag för utåtrotation samt utåtrotation i kombination med abduktion. Man påtalar även vikten av att utföra träningen i scapulaplanet, med målsättning att efter 12 veckor ha uppnått fullt rörelseomfång. Muskelträningen sker både koncentriskt och excentriskt. Proprioceptionen tränas i successivt svårare utgångslägen innan ev. återgång till sport. Rubin och Kibler (8) tar upp vikten av att se hela den kinetiska kedjan vid skulderrehabilitering, d.v.s. se till att patienten har god styrka i både höft, buk och skuldra. Stegring av träningen baseras på patientens funktion snarare än tid. Aas Jacobsen (9) beskriver i sin artikel om postoperativ rehabilitering vikten av att tänka på rörelse kvalitet vid träning, samt att grunden är en god hållning.

Kim et al (10) visade i sin interventionsstudie att tidigt insatt rehabilitering inte ökade relaxationsrisken jämfört med konventionell rehabilitering efter artroskopisk Bankartoperation. Funktionellt rörelseomfång ökade och den postoperativa smärtan minskade snabbare i den tidiga gruppen, och dessa patienter kunde tidigare återgå till funktionell aktivitetsnivå jämfört med den andra gruppen. Patienttillfredsställelsen skattades högre i den tidiga gruppen. Denna studie har begränsad generaliserbarhet pga den selekterade patientgruppen.

Det amerikanska skulder och armbågssällskapet publicerade 2010 riktlinjer för rehabilitering efter artroskopisk stabilisering av anterior kapselskada i skuldran (11). Sällskapet består av sjukgymnaster, arbetsterapeuter och träningsinstruktörer och har både amerikanska och internationella medlemmar. Riktlinjerna har framtagits utifrån grundforskning och i konsensus i en expertgrupp, då få randomiserade studier fanns att tillgå. Slutsatser: de kapsulolabrala strukturerna verkar inte utsättas för belastning då armen hålls intill kroppen och utåtrotteras i axeln upp till 30°, därför kan denna rörelseträning påbörjas omedelbart postoperativt. Grundat på detta rekommenderar man en absolut immobiliseringsperiod av variabel längd, mellan 0 och 4 veckor postoperativt, för artroskopisk Bankartstabilisering med suturer eller suturankare. Relativ immobilisering då armslynga tas av för träning rekommenderas för 6 veckor, därefter användning av slynga vid

behov. Hur lång immobiliseringsperiod som väljs för den enskilde patienten överläts till operatör och sjukgymnast eller motsvarande. Generellt anbefalls försiktighet under de första 6 veckorna efter operation med aktivt avlastad eller passiv rörelseträning och begränsad isometrisk muskelaktivering. Genom hela rehabiliteringsperioden rekommenderas gradvis ökad belastning på den läkande opererade vävnaden i träning och vardagsaktiviteter. Återgång till idrott eller krävande arbete rekommenderas 4-6 månader efter operation.

Rekommendationer för/omhändertagande av patienter som genomgått stabiliserande axeloperation enligt Bankart, på Akademiska sjukhuset

Då antalet randomiserade interventionsstudier i ämnet är få, rekommenderar vi Axelinas behandlingskoncept för dessa patienter (12) som också har stöd i de amerikanska riktlinjerna för denna patientgrupp (11) samt i tidigare publicerade artiklar (3,4,7-9). Regim och restriktioner utgår ifrån denna grund men i varje enskilt fall följs operatörens direktiv. Enligt Axalina görs ingen skillnad på artroskopisk och öppen operationsteknik vad gäller efterföljande rehabilitering.

Patienterna kallas för preoperativ information inför operationen (4). Den postoperativa rehabiliteringsplanen går igenom, axelslynga utprovas och patienten får fylla i utvärderingsinstrument. Vid detta tillfälle görs även ett status enligt diagnosanalysschema. Den postoperativa träningen är indelad i flera faser. Fas I startar dagen efter operation med aktiv träning för hand/armbåge samt aktiv avlastad rörelseträning för den opererade axeln. Hänsyn tas till operationsberättelsens restriktioner med syftet att skydda läkande vävnad. Genomgång och information sker om vilolägen, hållning och smärtlindring med kyla. I fas II är målsättningen att återfå fullt aktivt rörelseomfång (frånsett utåtrotation) med normaliserad glenohumeral rytm, samt ökad muskelstyrka. I fas III är målet normaliserad muskelstyrka och neuromuskulär kontroll. Stor vikt läggs vid träning av bål- och skapulastabilitet koordinerat med rotatorcuff (7,8,9,13).

Rehabiliteringen bygger på egen träning efter individuella instruktioner med kontroll/stegring. Återgång till kontaktsport rekommenderas inte ske förrän 6 månader efter operationen. Efter avslutad behandling skrivs vid behov Fysisk aktivitet på recept - FaR®, för att stimulera till fortsatt träning utanför sjukvården (14).

Utvärdering

Före operation och vid avslutande behandling får patienterna besvara ett utvärderingsformulär gällande axelinstabilitet, WOSI (The Western Ontario Shoulder Instability Index) (15,16). Under behandlingen kontrolleras fortlöpande rörlighet och koordination (17).

Revidering

Vid den senaste litteratursökningen påträffades bla de amerikanska riktlinjerna för rehabilitering efter artroskopisk stabilisering av anterior kapselskada i skuldran, som i stort stöder Axalina konceptet med hänsyn tagen till operatörens direktiv. I övrigt framkom inga nya interventionsstudier eller indikationer som föranleder förändring av praxis för patientgruppen.

Referenser

1. Hovelius L, The natural history of primary anterior dislocation of the shoulder in the young. J Orthop Sci 1999;4:307-317.

2. Kjeldsen S R, Tordrup P J, Hvidt E P. Return to sport after a Bankart operation of the shoulder using the Mitek anchor system. *Scand J Med Sci Sports* 1996;6:346-351.
3. Kimberly H, et al. Shoulder Instability: Management and Rehabilitation. *J Orthop Sports Physical Therapy* 2002;32(10):497-509.
4. Ambacher T, Muhr G. Pathogenese, operative Therapie und Rehabilitation der traumatischen ventralen Schulterluxation. *Krankengymnastik* 2000; 52(3):469-474.
5. Sperber A, Hamberg P, Karlsson J, Swärd L, Wredmark T. Comparison of an arthroscopic and an open procedure for posttraumatic instability of the shoulder: A prospective, randomized multicenter study. *J Shoulder Elbow Surg* 2001;10: 105-108.
6. Grumet R C, Bach Jr BR, Provencher MT. Arthroscopic stabilization for first-time versus recurrent shoulder instability. *Arthroscopy* 2010;26(2):239-248.
7. Kibler WB, The role of the scapula in athletic shoulder funktion. *Am J Sports Med* 1998;26(2): 325-337.
8. Rubin BD, Kibler B. Fundamental principles of shoulder rehabilitation: Conservative to postoperative management. *Arthroscopy* 2002;18(9):29-39.
9. Aas Jacobsen J-E. Traumatisk skulderluxasjon-anatomi, operativ behandling, prinsipper for behandling og rehabilitering. *Fysioterapeuten* 1998;2:8-16.
10. Kim S-H, Ha K-I, Jung M-W, Lim M-S, Kim Y-M, Park J-H. Accelerated rehabilitation after arthroscopic bankart repair for selected cases: A prospective randomized clinical study. *Arthroscopy* 2003;19(7):722-731.
11. Gaunt BW, Shaffer MA, Sauers EL, Michener LA, McCluskey III, GM, Thigpen CA. The American society of shoulder and elbow therapists' consensus rehabilitation guideline for arthroscopic anterior capsulolabral repair of the shoulder. *J Orthopedic and Sports Physical Therapy* 2010;40(3):155-168.
12. Obruten vårdkedja med Axelina vårdprogram. Visited 2011-04-18; Available from: <http://www.axelina.com>.
13. Speer K, et al. The efficacy of cryotherapy in the postoperative shoulder. *J Shoulder Elbow Surg* 1996;5(1): 62-68.
14. FYSS 2008. Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Statens folkhälsoinstitut, rapport R 2008:4. Elanders 2008 (www.fyss.se).
15. Kirkley A, et al. The development and evaluation of a disease-specific quality of life measurement tool for shoulder instability. *The American Journal of Sports Medicine* 1998;26(6):764-772.
16. Kirkley A. Scoring systems for the functional assesment of the shoulder. *Techniques in Shoulder and Elbow Surgery*. 2002;3:220-233.

17. Clarkson HM. Musculoskeletal assessment. Joint range of motion and manual muscle strength. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;2000.