

# Axelinstabilitet bör behandlas mer aktivt

Tidig stabilisering och sjukgymnastik ger goda resultat

Instabilitet i axeln betraktas ofta som ett problem där den klassiska uppdelningen i traumatisk genes respektive icke-traumatisk genes är helt avgörande [1]. I amerikansk anda är detta uppdelat i TUBS (Traumatic Unidirectional Bankart lesion, Surgery) och AMBRI (Atraumatic Multidirectional Bilateral Rehabilitation, Inferior capsular shift) [2].

I de flesta fall fungerar också denna uppdelning bra. Dock finns det tyvärr många patienter som inte passar in i detta enkla system; traumat kan vara mindre, eller generell ledlaxitet kan föreligga i kombination med ett rejält trauma. Det finns alltid en gråzon mellan olika diagnosgrupper, och denna gråzon gör patientens problem mer svårbedömda och kan ibland leda till felaktig behandling.

Dock kommer jag fortsättningsvis att diskutera de två vanligaste instabilitetsformerna: främre, traumatisk axelinstabilitet samt flerriktad hyperlaxitet.

## Stabilisera förstagångsluxeraren!

Främre, traumatisk axelinstabilitet drabbar som regel unga, aktiva individer. Incidensmaximum ligger mellan 18 och 25 års ålder. Traditionellt har vi bara reponerat luxationen, för att sedan vänta och se om patienten drabbats av recidiverande instabilitetsproblem. Först då har vi övervägt stabiliseringsoperation. Dock vet vi att recidiverande problem finns hos mer än 50 procent av patienterna, hos de högaktiva i mer än 90 procent!

Därför finns en trend mot mer aktiv

## Författare

ROLF NORLIN

docent, överläkare, ortopedklinik, Universitetssjukhuset, Linköping; ordförande, skulder- och armbågssektionen, Svensk ortopedisk förening.

behandling; en vilja att stabilisera dem som behöver det. Således önskar vi att vi kunde selektera fram de förstagångsluxerare som kommer att recidivera.

## Operationsteknik

Den operativa tekniken har genom åren varit traditionell öppen stabilisering. Bankarts operation avser att reparera den främre labrum-/kapsel-/ligamentskada som vanligen uppstår vid traumatisk främre axelluxation. Bankarts första beskrivning av operationen från 1923 [3] är fortfarande en god och användbar teknik. Dock har denna metod tyckts besvärlig, varför andra – mer eller mindre bra – tillvägagångssätt kommit fram. De vanligaste alternativen torde vara Bristow-, Eden-Hybbinette- och Putti-Platt-operationerna. Idag har dock modern instrumentering gjort Bankarts operation enklare och därmed betydligt populärare.

Den postoperativa behandlingen består regelmässigt av tre veckors immobilisering följt av en successivt stegrad rehabilitering och träning. Återgång till sportaktiviteter tillåts efter tidigast tre månader, i vissa fall först efter sex månader. Det senare är dock svårt att få idrottaren att efterleva.

## Bankart en »gylle standard»

Efter öppen Bankart-operation är resultatet påfallande förutsägbara. I nästan alla rapporter ligger framgångsfrekvensen över 90 procent, dvs frekvensen recidivluxation ligger alltid under 10 procent, ibland till och med under 5 procent. Få ortopediska operationer uppvisar så goda resultat, och därmed kan öppen Bankart definitivt utnämnas till s k »gylle standard» med vilken alla andra stabiliseringsoperationer bör jämföras.

Hur många patienter som helt saknar instabilitetssymtom som t ex »apprehension» och »dead arm» är dock inte tillfredsställande kartlagt. En viss inskränkning av utåtrotationen ses, vanligen dock under 10° i genomsnitt [4].

En metod som tidigare rönt viss uppmärksamhet är bakåtroterande osteotomi på proximala humerus [5]. I litteraturen har man diskuterat Hill-Sachs-skadans (dvs Hermodsson-lesion) biomekaniska betydelse, respektive huruvida främre luxerare i hög frekvens har patologiskt minskad retroversion av humerus [6]. Hittills har inga pålitliga bevis förts fram som kan bekräfta att ens en mycket stor Hill-Sachs-skada orsakar recidivluxationer. Därför finns inget skäl för att med rotationsosteotomi rotera caput bakåt. En alltför liten retroversion har inte säkert påvisats, varför det inte heller här finns något skäl för bakåtroterande osteotomi. Att utföra rotationsosteotomi på proximala humerus på grund av främre axelinstabilitet torde i dagsläget knappast vara indicerat.

## Mindre trauma efter artroskopi

Den artroskopiska tekniken har även möjliggjort stabiliseringsoperationer. Caspari [7] var bland de första att visa på denna möjlighet. Under årens lopp har flera olika sådana tekniker tagits fram. Dock har alla ett gemensamt: den något lägre framgångsprocenten jämfört med öppen Bankart! Idag vet vi att artroskopisk Bankart ger stabila axlar i 80–85 procent (i 90–95 procent vid öppen operation). Dock är operationstraumat mindre, operationstiden ibland kor-

Medicinsk kommentar är Läkartidningens forum för signerade medicinska ledare. Merparten av dessa är beställda av redaktionen, och vi välkomnar förslag om aktuella frågor som bör tas upp i denna form. Vi vill där även fånga in och belysa aktuella medicinska rön presenterade annorstädes.

Finns något i din specialitet att kommentera? Ta kontakt med redaktionen innan du börjar skriva för att undvika dubbelarbete!

tare och det kosmetiska resultatet bättre.

Troligen har artroskopisk stabilisering kommit för att stanna. Dock måste man välja rätt patienter för denna relativt nya teknik. Kanske är det just de unga, högaktiva förstagångsluxerarna som verkligen bäst kan behandlas med denna teknik?

## Flerriktad hyperlaxitet

Flerriktad hyperlaxitet kännetecknas av att axelleden är primärt mer ostadig än normalt. Förskjutbarheten av ledhuvudet i förhållande till ledskålen är större än normalt både nedåt, framåt och bakåt.

Terminologin har här varit något oklar. Tidigare kallades tillståndet för multidirektionell instabilitet (MDI) [1] efter en direkt försvenskning av den anglosaxiska termen. Dock är detta en mindre lämplig benämning, då vi skiljer på instabilitet (patientens subjektiva symtom) och laxitet (ledens faktiska förskjutbarhet) [8]. Patientens – eventuella – symtom (instabilitet) föreligger regelmässigt bara i en riktning, medan ledens ökade förskjutbarhet (hyperlaxitet) föreligger i två eller flera riktningar.

Inte sällan debuterar tillståndet redan i skolan med »visningar» av hur axeln luxeras bakåt [9, 10]. Som regel är detta helt smärtfritt. I vuxen ålder kommer ofta långvarig smärta eller smärthugg, men ofta är också instabilitetskänsla eller rena luxationer tydliga.

Behandlingsmässigt har, enligt AMBRI-konceptet, rehabilitering med långvarig sjukgymnastik varit grundpelaren i behandlingen. En del undersökningar visar också att upp till 80 procent förbättras efter sådan behandling [10, 11]. Dock har flera undersökningar [12, 13] funnit betydande kvarstående besvär (ca 70 procent) även efter välstrukturerad och långvarig sjukgymnastisk rehabilitering.

Kirurgisk stabilisering har därför alltmer blivit ett förstahandsval. Man genomför en åtstramning av ledkapsel

och däri befintliga ledband med en s k nedre kapselskift [1, 14, 15]. Ofta görs den framifrån, men om patientens symtom tyder på bakre instabilitetsriktning kan det vara rimligt att göra skiftningen bakifrån.

Även inom detta diagnosområde görs försök med artroskopiska tekniker [16-18]. Dock har ännu inga tillförlitliga resultat kunnat visas upp.

## Mer aktiv behandling

Om vi – något förenklat – ser axelin-stabilitet som antingen främre, traumatisk axelluxation eller flerriktad hyperlaxitet har behandlingsstrategierna förändrats de senaste åren.

Främre axelluxation behandlas alltmer aktivt. En förhoppning är att recidiv markant kan reduceras om man redan efter den första luxationen gör en artroskopisk stabilisering på utvalda patienter.

Flerriktad hyperlaxitet bör nog oftare än idag stabiliseras kirurgiskt med nedre kapselskift. Dock är en noggrant genomförd sjukgymnastisk rehabilitering en förutsättning för ett gott slutresultat.

## Referenser

1. Neer CS II, Foster CR. Inferior capsular shift for involuntary inferior and multidirectional instability of the shoulder. *J Bone Joint Surg* 1980; 62-A: 897-908.
2. Thomas SC, Matsen FA. An approach to the repair of avulsion of the glenohumeral ligaments in the management of traumatic anterior glenohumeral instability. *J Bone Joint Surg* 1989; 71-A: 506-13.
3. Bankart ASB. Recurrent or habitual dislocation of the shoulder joint. *BMJ* 1923; 2: 1132.
4. Norlin R. Use of Mitek anchoring for Bankart repair: A comparative, randomized, prospective study with traditional sutures. *J Shoulder Elbow Surg* 1994; 3: 381-5.
5. Weber BG, Simpson A, Hardebecker F. Rotational osteotomy for recurrent anterior dislocation of the shoulder, associated with large Hill-Sachs lesions. *J Bone Joint Surg (Am)* 1984; 66: 1443-50.
6. Debevoise NT, Hyatt GW, Townsend GB.

Humeral torsion in recurrent shoulder dislocation. *Clin Orthop* 1971; 76: 87-93.

7. Caspari RB. Arthroscopic reconstruction for anterior shoulder instability. *Techniques in Orthopedics* 1988; 3: 59.
8. Noyes FR, Grood ES, Torzilli PA. Current concepts review. The definitions of terms for motion and position of the knee and injuries of the ligaments. *J Bone Joint Surg* 1989; 71-A: 465-72.
9. Mallon WJ, Speer KP. Multidirectional instability: Current concepts. *J Shoulder Elbow Surg* 1995; 4: 54-64.
10. Tibone JE, Bradley JP. The treatment of posterior subluxation in athletes. *Clin Orthop* 1993; 291: 124-37.
11. Burkhead Jr WZ, Rockwood Jr CA. Treatment of instability of the shoulder with an exercise program. *J Bone Joint Surg (Am)* 1992; 74-A: 890-6.
12. Tillander B, Lysholm M, Norlin R. Multidirectional hyperlaxity of the shoulder. Results of treatment. *Scand J Med Sci Sports*. Under publ.
13. Matsen FA, Thomas SC, Rockwood CA. Anterior glenohumeral instability. In: Rockwood CA, Matsen FA, eds. *The shoulder*. Philadelphia: WB Saunders, 1990: 576-622.
14. Altchek DW, Russell FW, Skyhar MJ, Ortiz G. T-Plasty modification of the Bankart procedure for multidirectional instability of the anterior and inferior types. *J Bone Joint Surg* 1991; 73-A: 105-12.
15. Bell RH, Noble JS. An appreciation of posterior instability of the shoulder. *Clin Sports Med* 1991; 10: 887-98.
16. Bigliani LU, Kurzweil PR, Schwartzbach CC, Wolfe IN, Flatow EL. Inferior capsular shift procedure for anterior-inferior shoulder instability in athletes. *Am J Sports Med* 1994; 22: 578-84.
17. Duncan R, Savoie III FH. Arthroscopic inferior capsular shift for multidirectional instability of the shoulder: A preliminary report. *Arthroscopy* 1993; 9: 24-7.
18. McIntyre LF, Caspari RB, Savoie III FH. The arthroscopic treatment of multidirectional shoulder instability: Two-year results of a multiple suture technique. *Arthroscopy* 1997; 13: 418-25.