

Skulderluksasjon i allmennpraksis

På grunn av skadene fra alpinanlegget drives Hemsedal legekantor som en tilnærmet ortopedisk poliklinikk i tiden fra midt i desember og ut april. Gjennom skaderegistrering fra 1982 har vi fin oversikt over skadepanoramaet fra alpinbakken. Til sammen 15.600 skader er registrert, og i sesongen 2009/2010 nådde vi en topp på 951 skader som ble behandlet ved legekantoret. En registrert skade er i denne statistikken definert som en plage en skiløper har etter en hendelse i alpinanlegget som fører til legekonsultasjon.

AV DR. HARALD LYSTAD, LEGE, HEMSEDAL LEGEKANTOR - HLYSTAD@ONLINE.NO

Hemsedal Kommune ligger i Buskerud fylke i 600-1900 m høyde i fjellet midt mellom Oslo og Bergen.

Kommunen har et folketall på 2100, som i vintermånedene 8-10 dobles i helgene og høytider. På gode helger for skisenteret kan det være opptil 9000 mennesker som driver "risikosport" i anlegget. Alpinsport er en aktivitet der man er avhengig av egne og andres ferdigheter, og forholdene i bakken har også stor betydning for skaderisiko.

SKULDERLUKSASJONER

Ulike behandlingsrutiner på legevakt/sykehus
Rutiner for behandling av skulderluksasjoner varierer fra legevakt til legevakt, og fra sykehus til sykehus. De aller fleste steder blir pasienten tatt imot, venter på legen, henvises til røntgen og venter der. Etter at bildet er tatt venter man på at legen skal se på bildet. Smertestillende er enten satt like etter ankomst, eller pas får intravenøst etter innleggelse av venekanyle. SÅ blir skulderen reponert.

I mange tilfeller kan det ta det 2-4 timer før skulderen er reponert. En venn av min sønn

ventet i april 2010 nesten 5 timer fra han meldte seg på legevakten på Bærum sykehus til skulderen var på plass.

FOREKOMST I HEMSEDAL

3.6 % eller 558 av alle skiskadene så langt er skulderluksasjoner. I tillegg til disse har vi en del langrennskader og andre fallskader med luksasjon som resultat. Jeg antar vi har behandlet ca 600 skulderluksasjoner ved vårt legekantor gjennom tidene. En del ble behandlet før vi fikk datajournaler i '86. Jeg har søkt etter diagnosen skulderluksasjon, og funnet 507 journalnotat på pasienter som er ferdig behandlet fra oss med denne diagnosen.

Vi spør alltid om pasienten har sett filmen "Dødelig våpen 2" der Mel Gibson reponerer sin egen skulder med voldsomme kast mot et skap og med hyl og skrik.

FUNN VED KLINISK UNDERSØKELSE:

Det ble funnet 23 (4.6 %) tilfeller med sensibilitetsforstyrrelse før reponering. De fleste anga lette parestesier i hendene eller litt nedsatt følelse over n. axillaris gebetet. I ett tilfelle var den en komplett radialisparese med drophand. Alle pasientene hadde palpabel puls distalt for skaden før reponering.

RELUKSASJON

Reluksasjon er det største problem for pasienter med skulderluksasjon. I en rekke materialer opererer man med 80-90 % reluksasjon innen to år hos pasienter under 20 år, og deretter en synkende insidens etter alder. Det er ikke funnet noen forskjell i reluksasjonene om pasienten er immobilisert lang eller kort tid, om han har fått fysioterapi eller ikke, og heller ikke når det gjelder reponeringsmetode.

Det eneste som har betydning utover alder er om pasienten har en avulsjonsfraktur i tuberkulum majus eller ikke. Flere materialer har vist at det er en betydelig lavere forekomst av reluksasjon med slik fraktur.

Veien fra skipatroljen via taxi/ambulansetil legekantoret, og fra venteværelset til akuttstuen tar meget kort tid. De fleste mottas til behandling innen 30-40 minutter etter skaden. Vakthavende lege kommer fort til og hjelper til med avkledningen mens han forklarer pasienten hva som skal skje. Det blir foretatt en rask klinisk vurdering for å vurdere sannsynligheten for collum chirurgicum/ -anatomicum fraktur. Det blir videre sjekket puls, sensibilitet og motorikk i armen før reponering.

Vi spør alltid om pasienten har sett filmen "Dødelig våpen 2" der Mel Gibson reponerer sin egen skulder med voldsomme kast mot et skap og med hyl og skrik. Hvis pasienten har sett filmen, forklarer vi at det ikke er slik det foregår hos oss. Mange puster så lettet ut og slapper så godt av at skulderen nesten glir på plass av seg selv!

Vi forklarer at det å få reponert denne armen ikke er noe problem hvis de slapper av og stoler på oss. Videre sier vi at vi ikke gir smertestillende pga bivirkninger og tidstap før reponering, og av samme grunn ikke tar røntgen. Vi forsøker å gi en "psykisk sedasjon" med ro, forklaring og tillit istedenfor en kjemisk sedasjon.

SMERTESTILLENDE

Jeg har sett på bruken av smertestillende medisin før reponering, og av de 507 som er ferdigbehandlet hos oss var det 101 (19.7 %) som fikk slik behandling. 6 % av disse fikk smertestillende av ambulansesjefen før ankomst på legevakt, 80 % fikk av behandlende lege og i 14 % av tilfellene rekvirerte vi luftambulanset for å gi pasienten mer potente medikamenter, eller legge ham i narkose pga. vanskelig reponering.

I utgangspunktet forsøker vi alltid å reponere uten bruk av smertestillende medikamenter. Hvis det blir vurdert at det er behov for smertestillende behandling før reponering, blir det anlagt venekanyler, og pasienten får morfin og kvalmestillende intravenøst. Hvis pasienten er veldig anspent, legger vi til en liten dose diazepam. Pasienten overvåkes da av ambulansesjefen eller lege med tanke på respirasjonsdepresjon. O₂-metning, respirasjonsfrekvens og våkenhet følges. Naloxon og Anexon er tilgjengelige antidoter. Bruken av smertestillende varierer mellom legene, fra 12 % hos forfatteren til 35 % hos en av de andre legene. Dette er naturlig nok avhengig av erfaringen hos legen og til og med



Pasienter som kommer gående til legekantoret på denne måten har skulderluksasjon til det motsatte er bevist!



Bildet viser en humerusluksasjon med avrevet tuberkulum majus.

Her ser man at det blir et mye mindre drag på supraspinatus og hele cuffen når tuberkulum ligger mer proksimalt enn resten av humerushodet. Dette har gitt oss tanken på at det draget som blir ved en vanlig luksasjon vil gi større skade med instabilitet og dermed større fare for reluksasjon jo lenger den står ute. Står den lenge nok ute, vil tøyningen av strukturene kunne gi mer permanente skader.

Derfor er vår politikk at skulderen skal reponeres så raskt som mulig – altså ikke kaste bort tid på røntgen – hvis ikke stor smerter ved undersøkelse – og ikke smertestillende.

til å berolige for på få pasienten til å slappe av. Alternativt har vi lystgass som vi en sjelden gang bruker, eller blanding av midazolam/ketamin. Også denne meget sjelden. Vi har noen ganger forsøkt med intraartikulær injeksjon av xylocain, men syntes det var liten effekt.

21.1 % av 395 pasienter med første gangs luksasjon fikk smertestillende, mens hos de 112 med residiverende luksasjoner var det 15.4 % av fikk denne behandlingen.

RØNTGEN

Av samme grunn som vi forsøker å reponere uten smertestillende for å få en så rask reponering som mulig, gjør vi ikke rutinemessig røntgenundersøkelse. Vi gjør en grundig klinisk undersøkelse mens vi kler av pasienten, og hvis det er mistanke om fraktur tar vi bilde. I 12 % av førstegangsluksasjonene 14 % av flergangsluksasjonene tok vi røntgen. Jeg har ikke tall på hvor mange brudd vi fant på disse bildene, men mange er det ikke.

Vi fant fire tilfelle av collum chirurgicum fraktur og alle fire ble forsøkt reponert. I to av tilfellene i samråd med vakthavende ortoped på sykehuset. Tre av bruddene ble vellykket

reponert, men i det fjerde tilfellet ble det en dislokasjon av caput humeri, og pasienten ble sendt til sykehus for operasjon. Dette tilfellet er ikke med i de 507 tilfellene som blir omtalt i denne artikkelen fordi det ikke ble ferdigbehandlet hos oss, men komplikasjonen blir notert.

Det blir alltid tatt røntgen i to plan etter reponering for å se at alt står på plass, og for å vurdere eventuelle tiltak hvis det skulle være en dislosert tuberkulum majus fraktur. Hill Sachs fractur i caput eller sprekker i cavitas glenoidale ser ikke vi på vårt transportable røntgenapparat.

FREMRE/BAKRE LUKSASJON

Vi mener at 97-98 % har vært fremre luksasjoner. I noen tilfelle har vi vært i tvil etter klinisk undersøkelse, men fordi de aller fleste er reponert uten røntgen, kan det være noen som har vært bakre med usikre funn. Reponeringsmetoden har vært den samme på alle luksasjonene.

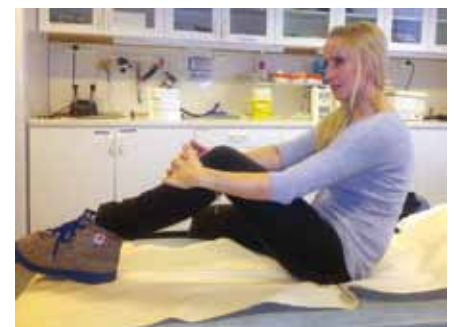
METODER

Det finnes en rekke ulike metoder for å reponere disloserte skuldre. Vi bruker for det meste en modifisert Hippocrates metode, som

har vist seg meget effektiv og med svært få komplikasjoner. Det er imidlertid viktig at hver enkelt lærer seg en metode og bruker denne.

Pasienten blir lagt på rygg på en benk. Behandleren setter seg ved siden av pasienten på den skadede siden, legger foten (med rene strømper) i pasientens axille, og trekker forsiktig i armen. Når man med tærne kjenner at humerushodet glir mot kanten på glenoid, roteres forsiktig utover og caput humeri smetter på plass. Noen bruker andre metoder, og hvis man ikke lykkes med den ene metoden, forsøker vi andre før vi må gi opp. Den såkalte "Davos" metoden er en metode der pasienten med litt informasjon selv står for den fysiske reponeringen. Den blir brukt på amerikanske skiturister i Sveits for å redusere risikoen for erstatningssøksmål. Jeg har nettopp hørt om den, og forsøkt kun en gang med stort hell.

Pasienten sitter på gulvet eller en benk med bøyde knær. Han folder hendene rundt kneet på den siden det er luksasjon, slapper helt av i skuldrene og lener seg forsiktig bakover mens han sakte strekker kneet. Dett er blir i prinsippet det samme som når pasienten ligger på gulvet, behandleren står over mens pasienten folder hendene rundt nakken hans. Deretter reiser behandleren seg sakte og pasienten "henger" i sine egne armer.



Davosmetoden



Hippokratemetoden

SUKSESSRATE

Av de ca 600 pasientene med lukserte skuldre som er behandlet i Hemsedal, er 19 lagt inn på sykehus fordi vi ikke har lyktes å reponere. Av disse 19 ble tre forsøkt reponert under narkose fra luftambulanselege, men uten hell. Resten har vært vellykket reponert, og det gir en suksessrate på ca 97 %, som vel må sies å være ganske bra

KOMPLIKASJONER

Ett av argumentene for at leger skal reponere er faren for komplikasjoner med nerve- eller karskader. Vi har ikke notert noen karskader etter våre reponeringer, men det kan være noen tilfelle av venetrombose hos eldre mennesker som kan komme etter noen dager som vi ikke har fått vite om.

To tilfelle av nerveskade er notert hos oss. Dette var kortvarige parestesier i n.axillaris gebetet.

Forfatteren opplevde som tidligere nevnt å dislosere en fraktur i collum chirurgicum under reponering. I dette tilfelle ble røntgen tatt, men reponeringen foretatt før bildet var ferdig. Når ortopedene ber oss reponere selv med slike frakturer fordi de uansett må

på plass, er det mulig at denne skaden ville skjedd uansett. Med sterk sedasjon kunne det kanskje vært unngått? Dette bruddet ble operert på Ringerike sykehus samme dag.

KONKLUSJON

Etter ferdigbehandling av ca 600 skulderluksasjoner ved legekantoret i Hemsedal har vi hatt én alvorlig komplikasjon på grunn av den fysiske reponeringen utført av legen. En komplikasjon som også kunne ha skjedd på sykehus.

Mer enn 80 % ble reponert uten bedøvelse, og for å spare tid med tanke på å redusere antallet residiverende luksasjoner det ble tatt røntgen før operasjonen av kun de 13 % der vi ikke relativt sikkert kunne utelukke fraktur klinisk. Et slikt regime vil være meget tidsbesparende på travle poliklinikker/legevakter uten at det synes å gå ut over sikkerheten for pasienten. Problemet ligger i den protokoll som av en eller annen grunn er laget på stedet, og som dermed må følges av juridiske grunner.

Det er forfatterens mening at mange skulderluksasjoner med fordel kunne vært reponert av trener, fysioterapeut, skipatrolje eller ambulanspersonell etter relativt enkel

opplæring. Også sykepleiere i akuttmottak og legevakter burde etter visse retningslinjer kunne reponere en dislosert skulder for å spare tid.

Det bør også tas en prinsippdebatt på behovet for den praksis det de fleste steder er å ta røntgen rutinemessig av alle skulderluksasjoner før reponering, samt å gi alle intravenøs smertebehandling.

Ved henvendelser legevakter, akuttmottak etc fra pasienter utenom allfarvei med ganske sannsynlig anamnestic skulderluksasjon, bør man be pasienten forsøke å reponere etter Davosmetoden. Dette er som nevnt før en uproblematisk metode hvor pasienten selv lykkes å få reponert skulderen. Dette vil kunne spare pasienten for mange timers smerte og i tillegg spare ham for en vanskeligere og mer smertefull reponering hos lege. Som bonus vil man også muligens redusere risikoen for snarlig redislokasjon.

Hvis man ved noen av metodene får betydelige smerter, skal man slutte pga faren for brudd og avvente resultatet av røntgen før man går videre i prosedyren. ■