

# Bakre bilateral axelluxation upptäcktes först efter 2 dagar

## ÖMMADE AXLAR INTE HÖGT PRIORITERADE I AKUTLÄGET

Varje år drabbas nära 2 procent av Sveriges befolkning av axelluxation [1]. Det är således ingen ovanlig diagnos på en radiologisk avdelning. Oftast luxerar axeln framåt, medan bakre luxationer, där caput ligger dorsalt om ledeskålen, är mer ovanliga. Än mer sällsynta är de bakre bilaterala luxationerna, som enligt litteraturen utgör 2-5 procent av alla axelluxationer [1-3]. Bakre axelluxation med fraktur förekommer i endast 0,6 fall per 100 000 personer per år [2-4]. Vid studier av patienter med bakre axelluxationer med fraktur har bilaterala sådana kunnat påvisas hos 14 av 1500 patienter (0,9 procent) [5].

Det uppskattas att upp till 50 procent av de bakre luxationerna inte upptäcks eller misstänks vid en första klinisk undersökning av patienten. Den vanligaste orsaken till bakre luxation är krampanfall [4, 6, 7], främst av epileptisk genes, vilket även finns dokumenterat i tidigare publicerade fallbeskrivningar [8]. Nedan beskrivs ett fall där det gick 2 dagar innan luxationerna upptäcktes och kunde behandlas.

### FALLBESKRIVNING

En 55-årig tidigare frisk och medicinfri man inkom med ambulans efter det att han under en promenad blivit yr och fallit ihop med generaliserade kramper. Mannen var motoriskt mycket orolig vid ankomsten till akuten, svarade fåordigt på tilltal och lämnade i det närmaste ingen autoanamnes (RLS 1-2 [Reaction level scale]). Patienten klagade över smärta i hela kroppen, framför allt i axlarna och mot nacken.

I journalen står beskrivet att han hade god kraft i armar och ben, ingen nackstyvhet och ingen feber. För att utesluta blödning och infarkt gjordes en akut DT-undersökning utan kontrast av hjärna.

Patienten lades in på IVA för fortsatt vård. Lumbalpunktion utfördes, vilken visade normala fynd. Efter diskussion med jourhavande neurolog vid närmaste universitetssjukhus gjordes även undersökning med DT-angiografi av hjärna och halskärl. Även den var invändningsfri.

Dagen efter ankomsten beslutade man att göra en MR-undersökning av hjärnan med frågeställningen

**Eva Gadsbøll**, ST-läkare, röntgenkliniken  
● [eva.gadsboll@ltkalmars.se](mailto:eva.gadsboll@ltkalmars.se)

**Dan Johannesson**, överläkare, ortopedklinikern; båda Länsjukhuset i Kalmar

encefalit. På grund av patientens kraftiga motoriska oro var man tvungen att sedera honom och koppla honom till ventilator. Det fanns inga patologiska förändringar på MR-bilderna, och han kunde väckas ur sederingen och kopplas från ventilatorn. Han flyttades därefter från IVA till medicinsk vårdavdelning.

### Ömmande axlar

Patienten klagade fortsatt över ömhet i axelmuskulaturen och var svagare än normalt bilateralt i armarna. Han utvecklade feber, och man gjorde en lungröntgen för att utesluta pneumoni. Enligt röntgenutlåtandet visade undersökningen normala fynd.

Som led i mobiliseringen av patienten gjordes en förnyad bedömning 2 dagar efter ankomst till sjukhuset. Då noterades att mannen kunde böja och sträcka armbågarna och att han var lite svagare i höger arm. Patienten kunde inte lyfta armarna aktivt. Det noterades smärta vid passiv rörelse i axlarna och att patienten även var svullen över axellederna bilateralt, framför allt ventralt. Det beslutades att röntga axlarna för att utesluta skelettskada. På slättröntgen kunde bilaterala, bakre axelluxationer konstateras.

Slättröntgenbilderna kompletterades med en DT-undersökning, som visade bilaterala dorsala axelluxationer med impressionsfrakturer, sk omvända Hill-Sachs-lesioner (Figur 1). Därefter kontaktades ortopedkirurgerna för vidare handläggning.

### Sluten reposition av båda axlarna

Under narkos gjordes slutna repositioner av båda axlarna. Kontrollröntgen dagen efter visade normala lägen med höger och vänster caput humeri på plats i leden och oförändrade lägen av frakturfragmenten. Före utskrivning till hemmet utfördes även en kompletterande DT-undersökning som visade hävda luxationer, men kvarstående impressionsfrakturer. Inga synliga skador på glenoiderna kunde påvisas.

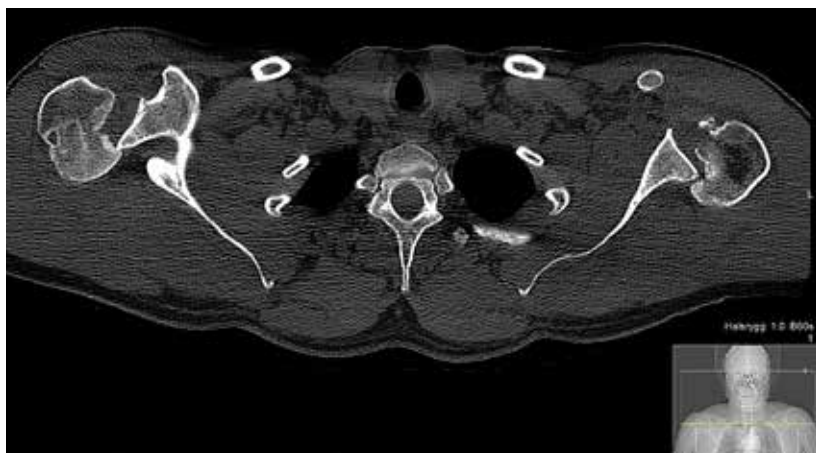
Något operativt ingrepp i efterförloppet har inte varit nödvändigt. Patienten har följt ett rehabiliteringsprogram med sjukgymnastik och har inte visat tecken på åtgärdskrävande instabilitet eller mjukdelsskada. Orsaken till krampanfallet tros vara kardiell, och vidare utredning av detta pågår.

### DISKUSSION

Retrospektivt kan det tyckas självklart att det redan

#### HUVUDBUDSKAP

- Posteriöra axelluxationer är ovanliga. Bilaterala posteriora axelluxationer med frakturer förekommer mycket sällan.
- Inte sällan dröjer det innan de posteriora luxationerna upptäcks, i vissa fall flera veckor, med dålig funktion av axlarna som resultat. Hos den patient som beskrivs här upptäcktes tillståndet 2 dagar efter skadetillfället.
- Den vanligaste orsaken till bilaterala posteriora axelluxationer är generaliserade kramper.
- Majoriteten av de drabbade är män mellan 20 och 50 år.
- Akut bakre axelluxation behandlas oftast med sluten reposition efter det att luxationen verifierats med röntgen. Samtidig fraktur kan kräva kirurgisk åtgärd.



**Figur 1.** Datortomografibild av patientens axlar med omvända Hill-Sachs-lesioner.



**Figur 2.** Vänster axel med bakre luxation. På axialbilden (överst) går det nästan inte att se att axeln är ur led. På frontalbilden (nederst) ses ett överlapp mellan caput och glenoid som avslöjar luxationen.

från början var något fel på patientens axlar. I vårt dagliga arbete är det dock sällan vi kartlägger en patients alla problem vid första mötet, och i akuta lägen följer vi en inlärd ABC-handläggning för att i första hand säkra patientens överlevnad. Först därefter riktar uppmärksamheten mot icke-livshotande tillstånd eller skador. När man, som hos denna patient, misstänker en eventuell livshotande hjärnblödning eller annan allvarlig åkomma kommer ett par ömmande axlar lätt i skymundan. En titt på befintlig litteratur om bakre axelluxationer visar att det inte sällan går någon eller några dagar innan skadorna upptäcks [3, 4, 6]. Det finns även tillfällen då patientens skada varit odiagnostiserad i upp till 26 veckor [4].

Som tidigare beskrivet är generaliserade kramp- anfall den vanligaste orsaken till detta ovanliga tillstånd. Vid krampanfallet adduceras, inåtroteras och flekteras armarna, vilket tillsammans med den kraft som utvecklas i axeln på grund av krampen ger förutsättningar för dorsal luxation. När krampen släpper fastnar caput humeri i den luxerade positionen.

Det är ännu oklart varför majoriteten av patienter som drabbas av bilaterala posterora axelluxationer är medelålders män [4, 6, 7]. Bidragande orsaker kan vara att män oftare råkar ut för trafik- och sportolyckor, som också kan orsaka bakre luxationer, och att män normalt har kraftigare axelmuskulatur än kvinnor [7].

### Lungröntgenbild hade kunnat väcka misstanken

I ovanstående beskrivna patientförlopp hade bilddiagnostiken kunnat väcka misstanken om bakre luxation redan vid den lungröntgenundersökning som utfördes efter 1 dygn. Vanligtvis inkluderar en frontalbild av lungorna inte axlarna, men hos denna patient avbildades den vänstra axeln. På bilden ses ett överlapp mellan caput humeri och glenoiden - typiskt för en bakre luxation (Figur 2). Röntgenutlåtandet beskriver dock ingenting av detta.

På röntgenbilder av axlar med bakre luxation kan man på sidobilden (Figur 2, överst) få intryck av att caput humeri ligger på plats i leden. Detta förklarar till

viss del varför en del bakre luxationer missas. På frontalbilden däremot ses det ovan nämnda överlappet av caput humeri och cavitas glenoidale (Figur 2, nederst). Det var detta fynd som i det ovan beskrivna fallet utlöste fortsatt utredning med DT-undersökning.

### Öppen operation kan behövas

Akuta bakre luxationer utan fraktur kan oftast reponeras på akutmottagningen. Om luxationen inte är färsk eller om det föreligger en impressionsfraktur på caput, så att caput ligger låst bakom glenoiden, krävs dock oftast full narkos. Efter reposition fixeras armen lämpligen med slynga om detta ger ett stabilt läge och i neutral rotation med underarmen rakt fram om slynga inte ger tillräckligt stöd.

I de fall impressionsfrakturen är så stor att leden trots allt inte är stabil efter reposition krävs öppen

# FALLBESKRIVNING

operation. Ett vanligt sätt att stabilisera axeln är att göra en transposition av tuberculum minus tillsammans med subscapularis-senan till defekten i caput. Om skadan på caput är större än en tredjedel av cirkumferensen, kan axelartroplastik vara aktuell. Åldrade patienter med låga funktionskrav och kronisk bakre luxation kan behandlas icke-kirurgiskt med acceptabelt resultat [9].

## KONKLUSION

Det är vår önskan att med denna fallbeskrivning uppmärksamma ett ovanligt tillstånd som – om det diagnostiseras i tid – kan behandlas med bra resultat. Fallbeskrivningen belyser hur viktigt det är att göra upprepade bedömningar av hela patienten, även efter det mest akuta läget. Denna patient klagade över ont i axlarna redan i tidigt skede, men det var först då teamet på den medicinska vårdavdelningen i samband med mobilisering gjorde en förnyad bedömning som luxationerna upptäcktes och kunde handläggas – två dagar efter ankomst. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen. 2016;113:DUFS*

## SUMMARY

Shoulder dislocations are not rare in a radiology department working with emergency radiology. The majority are anteriorly dislocated and easy to diagnose. The posteriorly dislocated shoulders are more rare and often more difficult to spot on plain X-ray films. This case report describes a very rare condition with bilateral posterior fracture dislocations in a healthy man following generalized seizures of unknown cause. In spite of complaints of discomfort in the shoulders, two days passed by before the shoulder dislocations were diagnosed.

## REFERENSER

1. Bahr R, Bolic T. Idrotts-skador – en illustrerad guide. Stockholm: SISU Idrottsböcker; 2015.
2. Resnick DL, Kransdorf MJ. Bone and joint imaging. 3rd edition. Philadelphia: Elsevier
3. Saunders; 2005. p. 831-4. Steinmann SP. Posterior shoulder instability. *Arthroscopy*. 2003;19:102-5.
4. Robinson CM, Akhtar A, Mitchell M, et al. Complex posterior fracture - dislocation of the shoulder, epidemiology, injury, patterns and results of operative treatment. *J Bone Joint Surg Am*. 2007;89:1454-66.
5. Neer CS 2nd. Displaced proximal humeral fractures. I. Classification and evaluation. *J Bone Joint Surg*. 1970;52(6):1077-89.
6. Honner R. Bilateral posterior dislocation of the shoulders. *Aust N Z J Surg*. 1969;38(3):269-72.
7. Robinson CM, Aderinto J. Posterior shoulder dislocations and fracture-dislocations. *J Bone Joint Surg Am*. 2005;87(3):639-50.
8. Cautero E, Gerivasi E. Locked bilateral posterior fracture-dislocations of the shoulder in an epileptic patient: case report. *Joints*. 2014;2(3):146-8.
9. Buchholz RW, Green DP, Rockwood CA, et al (editors). *Rockwood and Green's Fractures in adults*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010. p. 1546-57.