

Konservativ behandling og opptrening etter proksimale humerusfrakturer

Ortopedisk seminar 121018, Ahus.

Hilde Stømner



Hvem snakker vi om?

- Eldre
 - Kvinner
 - Komorbiditet
 - Komplikasjoner
 - Falltendens
 - Underernært
-
- Den ortogeriatriske pasienten

Hvorfor Ortogeriatrici?

Lars Gunnar Johnsen, Leiv Otto Watne, Frede Frihagen, Jorunn Lægdheim Helbostad, Anders Prestmo, Ingvild Saltvedt, Olav Sletvold, Torgeir Bruun Wyller (*Se alle biografier*)

ARTIKKEL

LITTERATUR

KOMMENTARER (0)

Om lag 9 000 personer i Norge får et brudd i øvre femurende hvert år. Denne pasientgruppen er sårbar – med mange komorbide tilstander, høyt legemiddelforbruk og høy prevalens av demens. Prognosen er alvorlig. Et strukturert samarbeid mellom spesialister i ortopedi og geriatri gir bedre behandlingsresultat for pasientene og nye vitenskapelige innfallsvinkler.

Norge er på verdenstoppen i antall hoftebrudd (lårhalsbrudd, pertrokanter eller subtrokanter brudd). For personer over 50 år her i landet er den aldersjusterte insidensen av hoftebrudd estimert til 82 per 10 000 kvinner og 39 per 10 000 menn, høyere enn i noe annet europeisk land (1). For 364 pasienter med hoftebrudd i Oslo i 2005 – 06 var medianalderen 84 år, 43 % hadde sannsynlig demens på bruddtidspunktet, de brukte i gjennomsnitt fire legemidler daglig, og 46 % hadde delirium i den perioperative fasen (2).

Prognosen er alvorlig, både hva angår motorikk, selvhjelpenhet og kognisjon: 49 % av pasientene oppnår aldri samme funksjon som før

Publisert: 24. mars 2015

No. 6, 24. mars 2015

Tidsskr Nor Legeforen 2015

135:523-4

DOI:

10.4045/tidsskr.15.0188

Mottatt 11.2. 2015, første revisjon innsendt 18.2. 2015, godkjent 2.3. 2015. Redaktør: Lise Mørkved Helsing.



Mål: Hva er det vi ønsker å oppnå

Målinger: Hvordan vet vi at endringer er forbedringer?

Tiltak: Hvilke endringer kan vi gjøre som vil føre til forbedringer?



Ortogeriatrisk behandlingsmodel I ved Ahus



Riktige pasienter

Tverrfaglige team

Pasientforløp

Lokaler

Kompetanse

FCF

andre bruddskader...

Fagpersonell involvert i
behandlingsmodellen

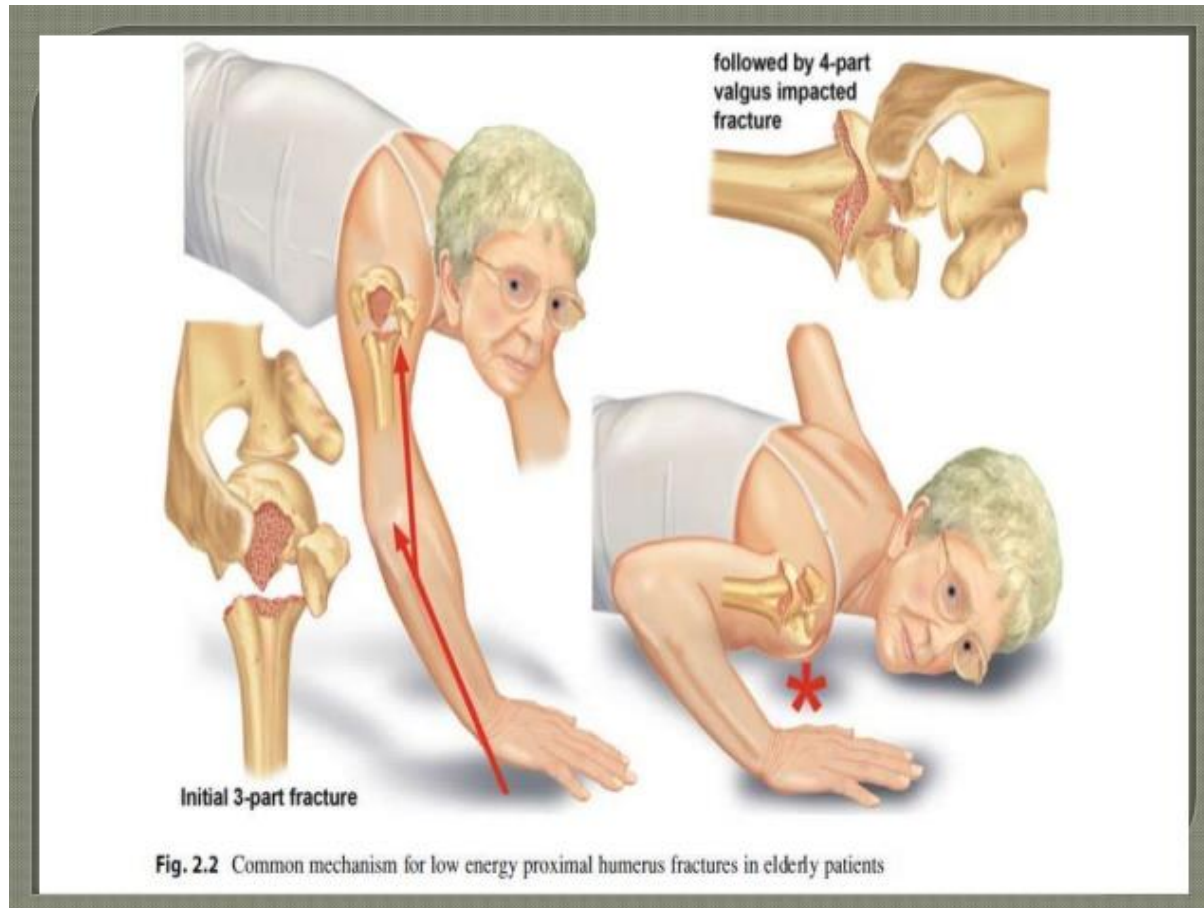
Primærhelsetjensten, pårører

Intrahospitalt

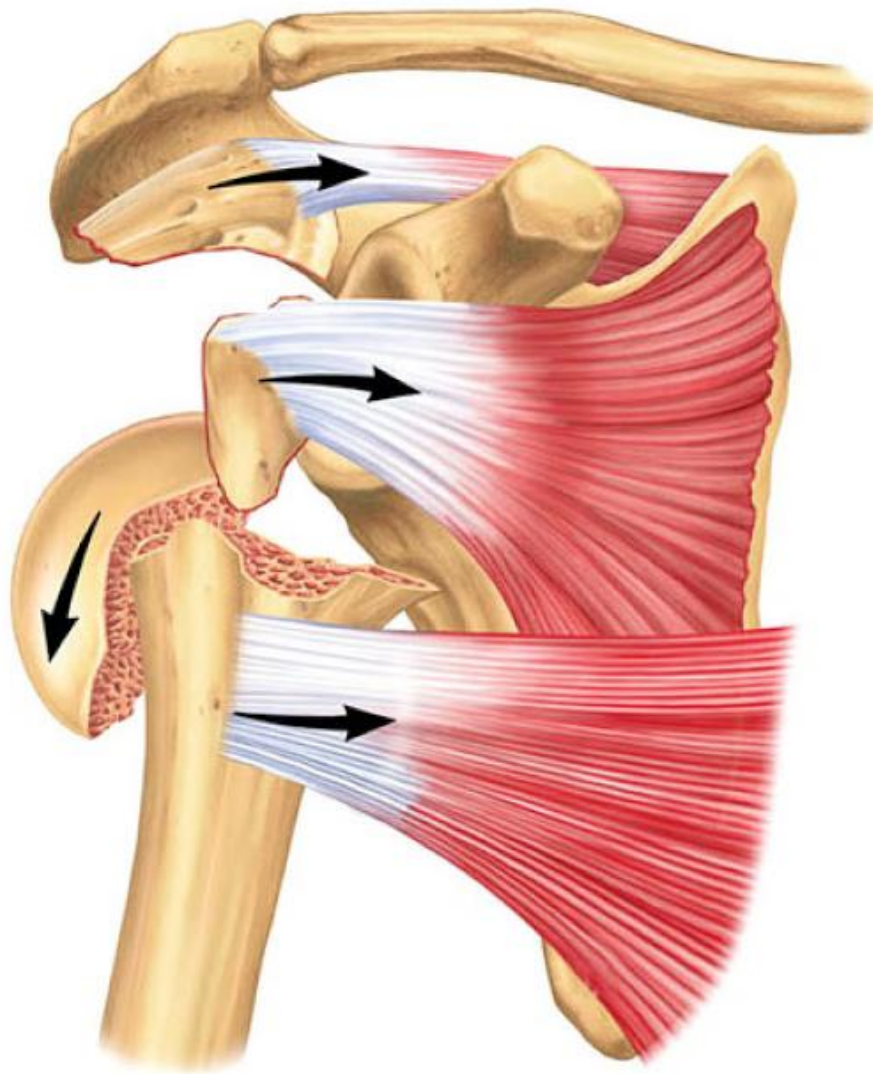
Mot andre –
Utskrivelsesplanlegging

Kunnskap om ortogeriatrisk

Skademekanisme hos eldre







Konservativ versus operativ behandling

Ikke alltid best med operasjon ved overarmsbrudd

Operasjon gir ikke bedre resultat enn fysioterapi ved kompliserte brudd i øvre del av overarmen

Det ser ut til å være evidens for at konservativ behandling er trygt og effektivt også for 3 parts frakturer hos eldre

Studier etter disloserte 4 parts brudd viser at både operativ og ikke operativ behandling kan oppnå like resultat

All reviews determined that there is insufficient evidence from high-quality randomized trials to determine which interventions are best for the management of different types of proximal humeral fractures.



I trygge hender

pasientsikkerhetsprogrammet.no



Aktuelt



Nominér til Forbedringsprisen



Effektivt og lærerikt nettkurs



Skal oppdage sepsis på sengepost



Programmet inn i ny avdeling

Innsatsområder



Riktig legemiddel-
bruk i sykehjem



Riktig legemiddel-
bruk i hj. tjenesten



Samstemming av
legemiddellister



Forebygging av
trykksår



Forebygging av fall
i helseinstitusjoner



Forebygging av
underernæring



Tidlig oppdagelse
av forverret tilstand



Tidlig oppdagelse
av sepsis



Forebygging av
urinveisinfeksjoner



Forebygging av
infeksjon ved SVK



Behandling av
hjerneslag



Trygg kirurgi



Forebygging av
selvmord



Forebygging av
overdosedødsfall



Ledelse av
pasientsikkerhet



Trygg utskrivning

Er fall et stort problem hos eldre?

- En tredjedel av de over 65 år faller hvert år, halvparten av de over 80 år
- Halvparten av disse faller flere ganger
- 1 av 10 fall resulterer i alvorlige skader som hoftenære brudd, subdurale hematomer og større bløtdelskader

Opptrening

Uke 1-2

- Immobilisering, øvelser hånd, håndledd, albu, pendeløvelser

Uke 2-5

- Pendeløvelser, ledet aktive øvelser i alle bevegelsesbaner, obs humeroscapulær rytme

Uke 5/6- 7

- Aktive øvelser, øke bevegelsesutslag, lukket kjede

Uke 7 – 11

- Øke styrketrening, koordinasjon

Uke 12

- Trene med mål best mulig funksjon

Treningsprogram, et eksempel

- Uke 1-2
Immobilisering i fatle, restriksjoner.
Bevege nakken i alle retninger 3x10, hånd, håndledd i alle retninger 3x10, klemme rundt liten ball 3x30, shrugs 3x10. Etter ca 1 uke forsiktig pendle, 3x10 i alle retninger.
- Uke 2-5
Pendeløvelser som over, styre og øke bevegelsesutslaget.
Ledet aktive øvelser i alle bevegelsesbaner samt stabilitets- og bevisstgjøringsøvelser for scapula. Øvelser som over.
- Uke 5/6-7
Starte med aktive øvelser. Bevegeligheten skal gradvis øke opp mot fulle utslag, og det stilles større krav til koordinasjon, muskulær utholdenhet og styrke. De aktive øvelsene kan gjerne rettes mot funksjon. Bevegelseskvalitet og smerter bestemmer repetisjonsantall.
Pendle i alle retn 3 x 10, mageliggende (på benk) fleksjon og abduksjon, «svømme» 3 x 10.
Øvelser i lukket kjede, approksimasjon i leddet: skyve mot vegg med lett bøy i albu 3 x 30, lene seg på strak arm på bord 3 x 30, la hendene «klatre» oppover mot vegg 3 x 10.
- Uke 7-11
Øke styrketrening, styrketrening med lette vekter eller strikker– nevromuskulær trening, først og fremst lette vekt bærende øvelser i lukket kjede. Øvelsene kan utføres med både distale ende fiksert og med ulike frihetsgrader på underlag som slynge eller ball. Proprioceptiv trening. Fremoverlent roing 3 x 10, serratus push: ligge på rygg løfte liten ball opp på strak arm 3 x 10, med strikk UR med begge armer 3 x 10, ligge på siden og UR mot tyngdekraften, vektforskyving fra arm til arm enten i push up posisjon, stående på knær eller ved å lene seg mot et bord.
- Uke 12
Trene med mål full funksjon, full styrke: Øvelser med for eksempel plyoball: rulle i alle retninger mot vegg, kast og mottak, push up med gå bevegelse, trene med bodyblad.

Bilkjøring:

Kan gjenopptas når du kan belaste armen fullt og du føler deg trafikksikker (jmf veitrafikkloven § 21. Alminnelige plikter). Er du i tvil konfererer du med fastlege.

Sykemelding:

Sykemeldingsperiode avhenger av smerter, type arbeid og reisevei. Har du en jobb du kan utføre bare du får hjelp til transport, vil ofte det offentlige og arbeidsgiver bidra til å legge forholdene til rette for dette.

Fysioterapi: Alle voksne over 16 år må betale egenandel for behandling hos fysioterapeut inntil egenandelstak 2 er nådd. Etter dette vil du automatisk få tilsendt frikort som gjelder for resten av kalenderåret. Dette gjelder ikke private fysioterapeuter uten kommunal driftsavtale, hos disse må all behandling betales i sin helhet. For mer informasjon se: www.helfo.no

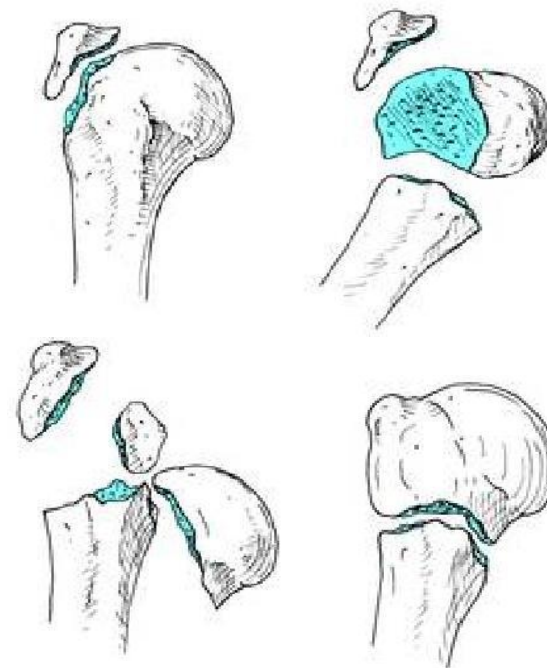
Kontaktinfo:

Ved spørsmål om trening/fysisk aktivitet: Ta gjerne kontakt med fysioterapiseksjonen ved Akershus universitetssykehus på telefon: **67 96 14 90**

Fysioterapeut:.....

Mvh Fysioterapiseksjonen Ahus

Skulderbrudd



En informasjonsbrosjyre fra fysioterapiseksjonen

Informasjon:

Brudd som står i god stilling, og brudd som lett lar seg korrigere til god stilling, behandles ofte konservativt (ikke operasjon).



Fig. 1 Fatle (ss-fatle)

Ikke operasjon:

Den mest vanlige behandlingsformen ved skulderbrudd.

- **Fatle brukes kun i 10-14 dager, (evt med pute i armhulen) før øvelser startes, en kan pendle med armen i denne perioden.**
- Ikke løfte armen over skulderhøyde de første 6 uker.
- Unngå belastning (løfte/bære) før dette tillates av lege/fysioterapeut på kontroll, vanligvis etter 6 – 8 uker.

Operasjon:

Brudd som ikke står i god stilling, og ikke lar seg korrigere, behandles ofte operativt.



Fig. 2 Operert med plate + skruer – skrått forfra



Fig. 3 Operert med nagle – fra siden

Etter operasjonen:

Skulderen kan vanligvis beveges fritt under skulderhøyde
Unngå belastning (løfte/bære) før dette tillates av lege/fysioterapeut på kontroll, vanligvis etter 6 – 8 uker.

Øvelser for opererte og ikke opererte:

Øvelsene gjøres minst 20 minutter om dagen, gjerne i flere økter



Fig. 4 Bøy og strekk i albue (fingre)



Fig. 5 Trekk skulderbladene sammen, og hold/slipp



Fig. 6 Pendling (med og mot klokka)



Fig. 7 Løft armen ut til siden/frem, ikke over skulderhøyde

Hvordan går det etter konservativ behandling

- De enkle bruddene oppnår god funksjon
- Kompliserte brudd – dårligere resultat
- Smerter i lang tid, men avtagende

Scapulær dysfunksjon

- nedsatt kontroll over den scapulære bevegelsen
- en ikke ideell posisjon av scapula

Kibler Ben W, McMullen John. Scapular Dyskinesis and its relation to shoulder pain, J Am Acad Orthop Surg, 2003; 11:142-151.

Noen referanser

«Physiotherapy following fragility fractures.» Monica R. Perracinia,^{*}, Morten Tange Kristensenb, Caitriona Cunninghamc, Cathie Sherringtond, Injury, Int. J. Care Injured 49 (2018) 1413–1417

“Functional outcomes after nonoperative management of fractures of the proximal humerus.”

Beate Hanson, MD, MPH^a, Philipp Neidenbach, MD^a, Piet de Boer, BChir, mf.
J Shoulder Elbow Surg (2009) 18, 612-621

“Nonoperative management versus reverse shoulder arthroplasty for treatment of 3- and 4-part proximal humeral fractures in older adults.» J Shoulder Elbow Surg (2017) 26, 1017–1022

Troy A. Roberson, MD^a, Charles M. Granade, PharmD^b, Quinn Hunt, BS^b,
James T. Griscom, BS^b, Kyle J. Adams, mf

«Interventions for treating proximal humeral fractures in adults» (Review)

Handoll HHG, Ollivere BJ, Rollins KE. *The Cochrane Library* 2012, Issue 12