

Dokumentnamn: Överenskommelse mellan primärvård och ortopedisk specialistvård		Revision: 03
Dokumenttyp: 8.3.0.1.1-2 plan	Dokumentnummer: 24-703	
Detta dokument gäller för: Hälso- och sjukvården	Programområde/Funktionsområde: Ledning och styrning LPO Lokalt primärvårdsråd LPO Rörelseorganens sjukdomar	
Dokumentansvarig: LPO Rörelseorganens sjukdomar	Beslut av: Ordförande LPO Lokalt Primärvårdsråd Ordförande LPO Rörelseorganens Sjukdomar	
Beslut datum: 2023-01-16	Nästa revidering: 2026-03-31	

Överenskommelse mellan primärvård och ortopedisk specialistvård

Innehållsförteckning

Förord till uppdaterad upplaga	3
Generella riktlinjer för samarbete	4
Litteraturförslag och fördjupning	5
Remisser och svar – innehåll	6
Halsrygg	7
Halsryggsmärta med rizopathi	7
Distorsion i halskotpelaren, pisksnärtskada	7
Ländrygg	9
Lumbago	9
Lumbago med ischias	9
Scolios	10
Axel	12
Subacromialt smärtsyndrom	12
Rotatorcuffruptur	12
Artros i humeroskapularleden	13
AC-leds artros	14
Proximal bicepsseneruptur	14
Recidiverande luxationer med trauma	15
Recidiverande luxationer utan trauma	15
Armbåge	17

Lateral Epicondylalgi (tennisarmbåge)	17
Ulnarisinklämning	17
Hand	20
Frakturer och akuta skador i hand och fingrar	20
Karpaltunnelsyndrom	20
Dupuytren's sjukdom	21
Malletfinger/droppfinger	21
Tumbasartros (CMC-1 ledsartros)	22
Fingerledsartros DIP-led (Heberdens artros)	23
Ulnar kollateralligamentskada vid tummens MCP-led (Skidåkartumme/Stenertumme)	23
Morbus de Quervain	24
Triggerfinger (Tendinitis nodosa)	24
Handledsganglion	25
Höft	26
Höftledsartros	26
Trokanterit	26
Knä	28
Knäledsartros	28
Knätrauma kontusion	29
Knätrauma distorsion	29
Meniskskada eller akut extensionsdefekt	30
Främre knäsmärta (PFSS)	31
Patellaluxation	31
Fot	33
Frakturer och akuta skador i foten	33
Fotledsinstabilitet (distorsion)	33
Hälsenebesvär	34
Hallux Valgus	34
Hammartå	35
Hallux rigidus – Artros i MTP-led 1	36
Plantar fasciit och hälsporre	36
Mortons neurom	37
Plattfothet	37
Diabetesfotsår	38
Barnortopedi	40
Infethet (intoeing)	40

Utføthet	40
Tågång	41
Plattföthet	42
Inåtvriden framföt	42
Hjulföthet och koböthet	42
Coxitis Simplex (höftsnuva)	43
Höftledsfyseolys	44
Perthes sjukdom	44
Övrigt	46
Osteoporos	46
Tumörer	46

Förord till uppdaterad upplaga

2010 skapades en första upplaga av ett samverkansavtal mellan Primärvården och den ortopediska specialistvården i Blekinge. En hel del har hänt sedan dess vad gäller både behandlingar, riktlinjer och möjligheter till samarbete. 2022 Reviderades dokumentet av ST-läkare Ola Olsson på ortopedkliniken i samarbete med primärvårdens kvalitetsråd. Målet med den uppdaterade versionen har varit att förtydliga möjligheter till samverkan och att nå ut med denna kunskap. Vi har därför också arbetat med att göra dokumentet mer tillgängligt för yttre part såsom privata aktörer och att få sökbarhet för specifika besvär. Dokumentet skall i första hand ses som vägledande och underlätta samarbete för patientens bästa. Vi ser fortsatt gärna en levande diskussion om såväl specifika som allmänna frågor när det gäller samarbete kring patienter med besvär från rörelseorganen.

Karlskrona 2022-11-01

Ola Olsson	ST-läkare, ortopedkliniken, Region Bleking
Tomas Ericsson	Verksamhetschef Ortopedkliniken Region Blekinge
Ingemar Lilja	Chefläkare, Primärvården Region Blekinge
Mats Berggren	Beställarchef, Region Blekinge

Generella riktlinjer för samarbete

Avsikten med samverkansdokumentet är att skapa klara regler för kontakterna mellan specialistklinik och primärvården, så att detta gynnar patienterna i fråga om kvalitet och tillgänglighet.

Patienter som remitteras ska vara färdigutredda och konservativt färdigbehandlade med primärvårdens resurser. Huvudsyftet med en remiss till ortopedkliniken måste vara att man där kan erbjuda ytterligare behandling, framför allt kirurgisk sådan. Remiss till ortopedkliniken sker i första hand digitalt via aktuellt vårdsystem. Akuta remisser bör dock skrivas ut och skickas med patienten om denna behöver betittas på akuten. Är det oklart om patientens besvär är av så pass akut art att den behöver ses på akuten kontakta gärna dagbakjour dagtid eller primärjour kvällstid.

Indikation för remiss:

Ställningstagande till operation

Second opinion

Oklar diagnos där korrekt diagnos ger möjlighet till behandling

Med tanke på bristen på tillgängliga tider för MR-undersökning är det i dagsläget lämpligt att remiss till ortoped sker för bedömning om man ska gå vidare med MR-undersökning i de flesta fall, undantaget de tillstånd där MR-undersökning krävs för vidare bedömning. Framför allt gäller detta besvär från nacke och rygg där MR-undersökning oftast krävs för att avgöra behov av vidare behandling. MR är en högsensitiv undersökning som ofta kan hjälpa till med diagnostik, dock krävs en aktuell klinisk bild för att avgöra om det tillför något utifrån behandlingsmöjligheter. Överanvändning leder i många fall till att man hittar icke signifikanta fynd som ändå inte leder till någon åtgärd och bör därför begränsas. I dagsläget gäller alltså följande:

- Frågeställning diskbräck eller stenosis i kotpelaren – alltid MR innan remiss till ortoped för bedömning!
- Frågeställning Sarkom enligt SVF Sarkom – undersökande läkare beställer MR, se separat avsnitt om SVF Sarkom
- Frågeställning knä, axlar, övriga leder – slätröntgen vid behov, remiss till ortoped som tar ställning till behov av MR (se separata kapitel).

Litteraturförslag och fördjupning

Karlsson M, Karlsson, J, Roos H. 2018. Ortopedi - patofysiologi, sjukdomar och trauma hos barn och vuxna. Studentlitteratur

ABC om ortopedi och handkirurgi. 2019. Läkartidningen Förlag AB

Svensson, O. Lindgren, U. 2014. Ortopedi. Liber

Hultman L, Järhult J. 2010. Akut ortopedi. Liber

Lindén, B. 2003. Ortopedi i primärvård. Studentlitteratur

Lundborg, G. 1999. Handkirurgi: Skador, Sjukdomar, Diagnos och Behandling. Studentlitteratur

Düppe, H. 2006. Danielssons och Willners: Barnortopedi. Studentlitteratur

Runnqvist Kerstin m.fl. 1992. Handens rehabilitering vol 1, undersökning och behandling. Studentlitteratur

Runnqvist Kerstin m.fl. 1992. Handens rehabilitering vol 2, skador och sjukdomar. Studentlitteratur

Landstinget Jönköpings arbetsterapiprogram
www.lj.se/index.jsf?nodeId=31387&nodeType=12

Socialstyrelsens riktlinjer för sjukskrivning www.sos.se

Diagnosspecifika vårdprogram kommer efterhand att läggas ut på intranätet.

Vårdprogram enligt Axelina är ett utmärkt hjälpmedel för att optimera omhändertagandet av patienter med besvär från skuldran utarbetat av dr Jan Nowak, skulderkliniken i Uppsala.

Se www.axelina.com. Genomgången 2-dagars utbildning krävs för tillgång till Axelina.

Remisser och svar – innehåll

Ortopedens önskemål att remiss från primärvården innehåller:

- Diagnosförslag/frågeställning
- Patientens subjektiva beskrivning av sina symtom
- Konsekvenser av tillståndet för patienten
- Relevanta sjukdomar och aktuell medicinering
- Patientens inställning till kirurgi
- Tidigare utredning och behandling inklusive, i förekommande fall, radiologi (inom de senaste 12 månaderna), fysioterapi och arbetsterapi
- Lokalstatus och objektiva fynd
- Tolkbehov
- Längd och vikt
- Blodtryck, ej äldre än 12 månader

Primärvårdens önskemål att remisser och remissvar från ortopederna innehåller:

- Diagnos
- Prognos
- Restriktioner angående rehabilitering efter operation
- Eventuella träningsprogram
- Förväntningar på primärvården
- Planerad uppföljning
- Förväntad utläkningstid/rehabiliteringstid
- Ansvarig för sjukskrivning
- Information om patienten uppmanats att ta kontakt med sin vårdcentral

Halsrygg

Halsryggsmärta med rizopathi

Smärtor från halsrygg/nacke är vanligt förekommande i vuxen ålder och degenerativa förändringar i det närmaste en folksjukdom. Med smärtor i denna region förekommer ofta utstrålade smärtor som kan vara kopplade till specifika nervrötter (rizopathi) men även ospecifika utstrålningar förekommer och betraktas då som "referred pain".

Klinik:

- Smärtor från nacke/halsrygg med utstrålning enligt dermatom från respektive nervrot
- Eventuellt domningar i samma område
- Vid mer uttalade besvär även motorisk påverkan
- Vid besvär av spinal stenosis i halsryggen sällan dermatomspecifika symtom men kan ge påverkan på långa bansystem (myelopati)

Primärvård

- Klinisk undersökning inklusive noggrann neurologisk undersökning
- I första hand fysioterapeutisk bedömning och behandling
- Vid kvarstående uttalade bekymmer med misstanke om rotpåverkan i 6-8 veckor remiss för MRT halsrygg

Indikation för remiss

- Akut – vid misstanke om fraktur, spondylodiskit, cauda equina eller medullär påverkan
- Poliklinisk – vid kvarstående eller progredierande besvär trots fysioterapi och adekvata fynd på MRT som ska vara utförd innan remiss till ortoped och inte skall vara äldre än 12 månader.

Ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till operation, alternativt nervblockad

Distorsion i halskotpelaren, pisksnärtskada

Pisksnärtskador eller Whiplash Associated Disorders (WAD) är skador som kan uppstå vid accelerations-decelerations mekanism där huvudet förflyttas snabbt i förhållande till kroppen. Typexemplet är en person som blivit påkörd bakifrån i bil men liknande våld kan förekomma i andra situationer.

Klinik:

- Nacksmärtor efter pisksnärtsliknande våld, ofta med viss fördröjning efter skadetillfället.
- Majoriteten av patienter med akuta symtom är besvärsfria inom någon till några månader men för de med långvariga besvär kan detta innebära omfattande funktionsnedsättningar

Primärvård

- Tidig fysioterapeutkontakt enligt nationellt vårdprogram för W.A.D. [vardprogrammetwad.pdf \(liu.se\)](http://vardprogrammetwad.pdf(liu.se))

- Klinisk bedömning inklusive noggrant neurologisk bedömning
- Eventuellt MR senare i förloppet om rizopathi och ingen skelettskada.
- Vid långdragna besvär, remiss till smärtrehab

Indikation för remiss

- Akut – misstanke om fraktur, nyttillkommen neurologi eller högriskpatient (uttalad osteoporos, ankyloserande spondylit).
- Poliklinisk – för hjälp med differentialdiagnostik vid oklar diagnos.

Ortopedisk specialistvård

- I normalfallet inte någon aktuell bedömning om inte tecken till fraktur, instabilitet eller neurologisk påverkan som kan härledas till diskbräck eller stenosis. Vid misstanke om fraktur DT halsrygg som bör beställas av ortoped.

Ländrygg

Lumbago

Ländryggssmärta (lumbago) är ett mycket vanligt besvär och drabbar enligt beräkningar upp mot 80% av en normalbefolkning någon gång under livet. Ofta kommer besvären akut eller subakut i samband med aktivitet. Akut lumbago har generellt en god prognos där 60% blir besvärsfria inom 2 veckor och 80–90% inom 3 månader. Det är dock vanligt med recidiv och av de med besvär mer än 3 månader löper många risk att få besvär även på längre sikt.

Klinik:

- Ofta hastigt insättande smärta i ländryggen efter lyft eller vridning.
- Kraftig rörelsekorrelerad smärta där man ofta kan hitta en relativt smärtfri ställning
- Inskränkt rörlighet, oftast i samtliga plan.
- Inga neurologiska bortfall

Primärvård

- I första hand behandling enligt SBU:s rekommendationer, det vill säga rådgivning och sjukgymnastisk bedömning och behandling Ont i ryggen, ont i nacken (sbu.se)
- Konventionell röntgen vid ett tillfälle om patienten är under ca 20 års ålder och duration mer än en månad eller vid misstanke om kotkompression.
- MRT om patienten är över ca 20 års ålder och besvär mer än ca 3 månader. OBS! Tidigare MRT vid "röda flaggor" (Tidigare malignitet, allmänpåverkan, feber, matleda, viktnedgång, progressiv pares eller konstant smärta även i vila)

Indikation för remiss

- Akut – Vid misstanke om infektion, fraktur eller Cauda equina syndrom
- Poliklinisk – Vid kvarstående besvär minst 3 månader trots adekvat fysioterapi och genomförd MRT senaste året för bedömning.

Ortopedisk specialistvård

- Differentialdiagnostik och bedömning
- Ställningstagande till operation eller diagnostisk blockad

Lumbago med ischias

Med ischias menas i normalfallet smärtutstrålning från ryggen ner i ett eller båda benen. Om smärtorna följer ett specifikt dermatom benämns detta rizopathi. Den kliniska bilden liknar den vid lumbago (se ovan) med tillägget av bensmärter. Neurologisk påverkan i form av domningar, svagheter och nedsatta reflexer kan förekomma och stödjer misstanke om nervkompression.

Klinik:

- Smärtutstrålning i ett eller båda benen med eller utan samtidig ländryggssmärta
- Eventuellt neurologisk påverkan i form av sensoriknedsättning, reflexpåverkan, svaghet, positivt Straight Leg Raise test.

- I övrigt klinisk bild som vid Lumbago.

Primärvård

- Klinisk bedömning med noggrann neurologisk bedömning
- I första hand behandling enligt SBU:s rekommendationer, det vill säga rådgivning och sjukgymnastisk bedömning och behandling Ont i ryggen, ont i nacken (sbu.se)
- MRT bör övervägas hos patienter med progredierande neurologisk påverkan eller kvarstående dermatomspecifika besvär i 6–8 veckor. Liksom vid Lumbago ställningstagande till snabbare utförd MRT vid röda flaggor (se ovan).
- Vid misstanke om spinal stenosis bör MRT utföras vid uttalade besvär i minst 4–6 månader där patienten vill diskutera operation. Tidigare vid progredierande neurologi.

Indikation för remiss

- Akut – misstanke om Cauda equina syndrom, infektion eller fraktur
- Poliklinisk – Vid kvarstående besvär minst 3 månader eller progredierande neurologi trots adekvat fysioterapi och genomförd MRT senaste året för bedömning.

Ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till operation alternativt blockad
- Planering av pre- och postoperativ rehabilitering

Scolios

Scolios innebär en ökad vinkel i ryggens kotor som medför en krökning i ryggraden. Oftast S-formad böjning där krökningen i ländryggen kompenseras av motsvarande krök i bröstryggen. Indelas i idiopatisk, neuromuskulär och kongenital form där idiopatisk form är helt dominerande. Alla barn screenas idag i skolhälsovården för detta vid givna tidsintervall och sköts oftast i samverkan mellan skolhälsovård och ortopedisk specialistvård.

Klinik:

- Krökning i ryggraden som noteras enklast i framåtböjning i stående (Adams test).
- I stort sett alltid asymtomatiskt vid lindrigare fall. Högre risk för komplikationer vid Cobbsvinkel $>45^\circ$ (mäts på röntgen)

Primärvård

- Oftast inte fall för primärvården då undersökning sker via skolhälsovården.
- Om patienten ändå söker primärvård klinisk bedömning och mätning med scoliometer vid behov.
- Rtg om scoliometer visar avvikelse $>6^\circ$ (rtg skoliosrygg)

Indikation för remiss

- Akut – Vid plötsligt påkommen scolios och ryggsmärta, kan vara tecken till instabil fraktur
- Poliklinisk - Progredierande scolios över tid, Scolios med Cobbsvinkel över 25° eller för differentialdiagnostik vid kliniska besvär

Ortopedisk specialistvård

- Säkerställa diagnos
- Ställningstagande till korsettbehandling (eventuellt vid cobbvinkel $>25^\circ$ och kvarvarande tillväxt) alternativt operativ åtgärd ($>45^\circ$ Cobbvinkel)

Axel

Axelsmärta är vanligt och den vanligaste orsaken till detta är tillstånd som rör det subacromiella området. Dock är det för patientens skull viktigt att specificera och hitta vilken del av axel/skuldra som smärtan härstammar ifrån, då detta kan ändra stora delar av behandlingsmöjligheter. Generellt bör patienter med axelbesvär omhändertas enligt Axelina-konceptet och alla med kliniskt relevanta symtom bör genomgå fysioterapeutisk bedömning.

Subacromialt smärtsyndrom

Tidigare har i första hand detta tillskrivits det så kallade impingementsyndromet, det är dock oklart i hur hög grad patientens besvär består i en faktisk inklämning av strukturer och hur mycket som beror på annan etiologi i samma område. Senare tids studier har fastslagit att patienter med subacromiell smärta i första hand skall behandlas med fysioterapi och indikationen för kirurgiska åtgärder har i stort sett helt försvunnit.

Klinik:

- Diffus axelsmärta, ofta relativt hastigt påkommen och nattliga besvär.
- Vanligare hos patienter med yrken som innebär repetitiva belastningar för skuldra och handled eller arbete ovan axelhöjd.
- Ofta positivt utslag på en eller flera inklämningstester (Hawkins-Kennedy, Neer, Painful arc, empty-can m.fl).

Primärvård

- Fysioterapeutisk bedömning, omhändertagande och rehabilitering enligt Axelina-konceptet
- Subacromiell kortisoninjektion vid behov för att underlätta träning och diagnosticera besvären (1 ml lederspan blandat med 9 ml carbocain, alternativt 2 ml Depo-Medrol blandat med 8 ml Carbocain).
- Kortisonblockad kan upprepas med minst 8 veckors mellanrum, bör dock inte ges mer än 3 ggr/år.
- Konventionell röntgen inklusive outlet view och AC-led inför eventuellt besök på ortopedmottagning

Indikation för remiss

- Poliklinisk - Kvarstående besvär eller oklar diagnos trots minst 6 månaders adekvat fysioterapi och subacromiella kortisoninjektioner

Ortopedisk specialistvård

- Säkerställa diagnosen, utesluta operationskrävande differentialdiagnoser
- Ställningstagande till MRT/ultraljud för differentialdiagnostik

Rotatorcuffruptur

Skador på rotatorcuffens muskulatur kan komma akut i trauma men kan också vara degenerativt betingade. Inte sällan ses en akut skada på en sedan tidigare degenererad muskulatur, i de fallen finns mycket begränsad möjlighet till kirurgi då det helt enkelt inte går att återställa anatomin kirurgiskt.

Klinik:

- Akut smärta efter trauma mot skuldran där patienten har svårt att lyfta armen.
- Förekommer både med och utan luxation/skelettskada

Primärvård

- Slätröntgen för att utesluta luxation eller skelettskada.
- Subacromiell injektion med snabbverkande lokalbedövning (Carbocain). Om patienten efter detta återfår fullgod funktion kan behandling enligt subacromialt smärtsyndrom tillämpas
- Fysioterapeutisk bedömning och behandling enligt Axelina, om möjligt ultraljudsundersökning.

Indikation för remiss

- Poliklinisk - Misstanke om akut rotatorcuffsruptur hos tidigare väsentligen axelfrisk patient

Ortopedisk specialistvård

- Bedömning och ställningstagande till kirurgi
- Kompletterande radiologi vid behov (ultraljud alt MR).
- Operation med cuffsutur
- Postoperativ fysioterapi i samband med vårdtillfället.

Artros i humeroskapularleden

Artros i humeroskapulära leden är inte annorlunda från artros i andra leder och bör på samma sätt utredas och behandlas enligt nationella vårdprogram för artros. Det som dock kan vara utmanande är att det finns fler differentialdiagnoser och är mindre vanligt jämfört med t.ex höftartros.

Klinik:

- Ofta smygande debut med perioder av besvär och däremellan besvärsfria intervall, något svårlokaliserad (visar med hela handen över axeln).
- Belastnings- och rörelserelaterad smärta, i senare skede även vilovärk
- Nedsatt funktion och låsningar, oftast inskränkt utåttrotation i första hand
- Morgonstelhet och stelhet som avtar vid aktivitet

Primärvård

- Slätröntgen ger diagnos
- Uteslut andra differentialdiagnoser (AC-ledsartros, subacromialt smärtsyndrom, frusen skuldra)
- Fysioterapeutisk bedömning och behandling
- Artrosskola
- Symtomlindrande läkemedel, paracetamol och ev NSAID

Indikation för remiss

- Poliklinisk - Otillräcklig effekt av grund- och tilläggsbehandling. Påtaglig påverkan av funktion och livskvalitet

Ortopedisk specialistvård

- Bedömning och ställningstagande till protesoperation
- Eventuellt intraartikulär kortisoninjektion i symtomlindrande syfte

AC-leds artros

Acromioklavikularleden drabbas ofta av artros som en del av generell artrossjukdom men med vissa identifierade riskfaktorer såsom tidigare skada på leden eller axelbelastande yrken. Många gånger är detta helt asymtomatiskt.

Klinik:

- Ofta vällokaliserad smärta från leden (kan peka med ett finger var det gör ont).
- Gradvis ökande belastningssmärta och smärta vid kompression av leden såsom vid adduktion i horisontellt läge, senare vilovärk.

Primärvård

- Klinisk undersökning, fysioterapeutisk bedömning.
- Kan finnas i kombination med subacromiell smärta, prova därför i första hand subacromiell blockad.
- Skulle detta inte fungera kan man prova ge injektion i AC-leden (1ml Depo-medrol + ca 2 ml Carbocain).
- Röntgen Axel för att bekräfta diagnosen.

Indikation för remiss

- Poliklinisk - Otillräcklig effekt av fysioterapi och ev injektion efter tre månader

Ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till operation (lateral clavikelresektion).
- Avgöra behovet av specifika röntgenbilder på AC-led.

Proximal bicepsseneruptur

Proximala bicepssenerupturer är nästan alltid en degenerativ skada och följderna av en bicepssenetendinopati. Dessa skador är ytterst sällan föremål för kirurgisk åtgärd. Distal bicepsseneruptur beskrivs under denna rubrik och har en helt annan handläggning.

Klinik:

- Formförändrad bicepsmuskulatur, ”pop-eye sign”, svullnad på framsidan av axeln
- Eventuellt nedsatt kraft och smärta vid supination och armbågsflexion

Primärvård

- Klinisk diagnos, sällan behov av radiologisk undersökning
- Fysioterapeutisk bedömning och träning

Indikation för remiss

- Akut - Yngre, väsentligen axelfrisk patient med ruptur i samband med trauma (tyngre lyft).

Ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till operativ åtgärd hos yngre patienter

Recidiverande luxationer med trauma

Axelledsluxationer indelas i främre och bakre luxation där den främre är den vanligast förekommande. Om patienten drabbas av strukturella skador i samband med en förstagångsluxation ökar risken att få flera luxationer på sikt.

Klinik:

- Formförändrad axel efter trauma
- Oförmåga att röra i axelleden, håller ofta armen intill kroppen

Primärvård

- Klinisk undersökning med fokus på distalstatus, kontrollera särskilt n.axillaris (sensorik över deltoideus).
- Eventuellt repositionsförsök om tidigare luxationer och senaste röntgen inom ett år
- Slätröntgen

Indikation för remiss

- Akut - Kvarstående luxation, misstanke om fraktur, påverkat distalstatus eller oförmåga att lyfta armen ovan 90° efter reposition.
- Poliklinisk – instabilitetsbesvär efter genomgången recidivluxation och fysioterapeutisk bedömning förutsatt att patienten önskar operativ åtgärd

Ortopedisk specialistvård

- Reponering i lokalbedövning eller narkos
- Eventuellt kompletterande radiologi
- Ställningstagande till kirurgisk stabilisering

Recidiverande luxationer utan trauma

Oftast multidirektionell instabilitet pga habituella förutsättningar. Det finns också en gråzon av patienter med förvärvad instabilitet efter upprepade mikrotrauma under längre tid.

Klinik:

- Smärtproblematik och instabilitetskänsla i axelleden
- Positivt apprehension och relocation test.

- Ofta bilaterala besvär och ökad generell ledlaxitet

Primärvård

- Fysioterapeutisk bedömning och träning enligt Axelina
- Slätröntgen

Indikation för remiss

- Poliklinisk - Kvarstående besvär trots aktiv fysioterapi i minst 12 månader

Ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till kirurgisk stabilisering, dock mycket osäkert resultat i dessa fall.

Armbåge

Lateral Epicondylalgi (tennisarmbåge)

Smärta från radialsidan av armbågen över handledens extensormuskulatur, ofta efter överbelastning. Självläkande åkomma, över 90 % av patienterna blir bättre på mindre än 12 månader.

Klinik

- Ömhet över själva laterala epikondylen eller inom 1cm distalt vid armbågen.
- Smärta vid dorsalextension i handleden mot motstånd förlagd till samma område

Primärvård

- Alvedon och NSAID för smärtlindring
- Kontrollera arbetsmiljö och om möjligt uteslut utlösande faktorer
- Bedömning/behandling hos fysioterapeut

Indikation för remiss

- Poliklinisk - Kvarstående påtagliga besvär efter 12 månader eller vid oklar diagnos.

Ortopedisk specialistvård

- Kontroll av andra orsaker till besvären till exempel nervus radialisinklämning eller skador på armbågsleder.
- I undantagsfall ställningstagande till operation

Övrigt

- Resultaten av kirurgi är inte uppmuntrande varför det i de flesta fall inte är att rekommendera.
- Kortisoninjektioner ger smärtlindring i 4–6 veckor men förlänger annars totala smärtperioden. Därför rekommenderas inte behandling med kortisoninjektioner.

Ulnarisinklämning

Parestesier och eventuell känselnedsättning i lill- och ringfinger ibland kombinerat med motorisk påverkan orsakat av irritation av ulnarisnerven vid armbågen. Ulnarnerven har två kända problemområden: armbågen och handleden (Guyons kanal).

Klinik

- Den viktigaste hjälpen för att diagnostisera denna åkomma är patientens beskrivning av sina symtom. Patienten klagar över domningar på ulnarsidan av handen. Som vid Karrpaltunnelsyndrom är symtomen ofta värst nattetid och patienten vaknar på sina besvär. Detta speciellt om inklämningen är vid armbågen. Vid inklämning på handledsnivå kan symtomen komma relativt snabbt.
- Hypotenar- och interosseusatrofi. Enklast är att undersöka musklerna på radialsidan av metacarpus II.

- 2PD test skall vara <5 mm i ringfinger och lillfingret. Nedsatt sensibilitet ulnart på handryggen vid hög påverkan (armbågsnivå).
- Svaghet vid abduction i MCP-lederna (interosseusmuskler).
- Lillfingertest, svag flektionskraft vid hög ulnarispåverkan (armbåge). Bevarad flektionskraft vid låg ulnarispåverkan (handled).
- Tinels test över ulnarnerven vid armbågen är positiv på 25 % av personer som inte har några besvär från sin ulnarnerv.
- Motorisk påverkan oftast sent tecken

Primärvård

- Bedömning/behandling hos fysioterapeut/arbetsterapeut
- Vid besvär i armbågen, mjuk ortos som förhindrar full flektion av armbågen.
- Vid besvär i handleden, karpaltunnelskena (handledsortos).

Indikation för remiss

- Poliklinisk - Om kvarstående besvär med domningar ut i ulnarisinerverat område efter 6–8 veckors ortosbehandling.
- Vid snabb utveckling av misstänkt nedre inklämning då subakut remiss. Detta kan vara tecken till ganglion eller annat expansivitet i Guyons kanal och är en indikation för operativ behandling.

Övrigt

- Eventuellt Elektroneurografi/EMG för att försöka bestämma nivå på skadan samt utesluta nervsjukdomar eller vibrationsskador.

Ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till operation (nervfriläggning).
- Säkerställande av diagnos

Distal bicepsseneruptur

Drabbar oftast medelålders man som vid okontrollerad belastning, i samband med lyft, upplevt plötslig smärta i armbågen med kraftnedsättning i supination och flexion. Ibland ses att bicepsmuskeln dras upp mot överarmen.

Klinik

- Ingen palpabel bicepssena distalt, positivt ”hook-sign”
- Svaghet och smärta vid flexion och supination i armbåge, OBS! patienten har en viss förmåga till dessa rörelser p.g.a kompenserande muskulatur i överarmen.

Primärvård

- Akut remiss till ortopedklinik utan dröjsmål.

Ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till operation med sensutur/reinsertion.

Hand

I Blekinge finns inte någon egen handkirurgisk klinik utan besvär från hand och handled bedöms på ortopedkliniken och därefter vid behov kontakt med handkirurgiska kliniken i Malmö (SUS). Nedan beskrivna diagnoser är några av de vanligare diagnoser som träffas på inom primärvård och kan ofta finnas som överlappande diagnoser. Viktigt är att poängtera vem patienten är och vilken funktion denna har haft tidigare. Finns tidigare ledbesvär i anamnesen (trauma, stelhet, svullnad) är det ofta en fördel att det finns slätröntgenundersökning inför besök på ortopedmottagning då en underliggande artrosutveckling inte sällan kan ge sekundära bekymmer.

Frakturer och akuta skador i hand och fingrar

Akuta skador i hand och handled innebär ibland en diagnostisk utmaning, då besvären kan vara svårtolkade och konsekvenserna för missade skador ibland kan bli stora för patienterna. Detta dokument kan inte ses som täckande för alla dessa skador utan kräver god bakgrundskunskap och hög medvetenhet.

Generellt gäller hög misstanke om skador på fingrar och handlovsben vid adekvat trauma och/eller nedsatt benkvalitet. Det är av stor vikt att lära sig ett adekvat handstatus för att utesluta även de skador som inte alltid ses på vanlig slätröntgen (ex. Scaphoideumfrakturer, ligament- och senskador m.m). Skador på fingrar och hand kan i hög grad leda till kvarstående besvär hos patienter där den stora risken består av stelhet på grund av otillräcklig mobilisering eller felaktig immobilisering. Den stora vinsten i att hitta frakturer, ligamentskador och andra hand/fingerskador i ett tidigt skede är framför allt att patienten kan få snabb och adekvat rehabilitering då fördröjda insatser nästan alltid innebär större men för patienten. Frikostighet med röntgen och remiss till akutmottagning vid behov gäller. Vid subakuta frågor kontaktas lämpligen dagbakjour för diskussion, alternativt att remiss skrivs till ortopedmottagning och akutmarkeras.

Vid sårskador i handregionen krävs extra uppmärksamhet då det återkommande missas underliggande skador på senor och nerver då man underskattat sårets djup. Även här är undersökningsteknik, kunskap om anatomi och distalstatus av yttersta vikt.

Karpaltunnelsyndrom

Mycket typiska subjektiva symtom med domningar på radialsidan av handen, oftast i båda händer. Patienten vaknar på nätterna och blir snabbt bättre när hen har rört handen. Kan känna av symtomen vid användning av telefon, när patienten läser tidning/bok eller när patienten cyklar.

Klinik:

- Trycktest är mest känslig av olika tester som finns för CTS. Tryck med tummen volart över karpaltunneln i 30 sekunder. Patienten klagar över domningar på radialsidan av handen, ofta mest i långfingret. Tinells test och Phalens test som kompletterande undersökning.
- Tenaratrofi samt när patienten har domningar hela dagen är dåliga tecken. Det är tecken till nervskada och det är risk att patienten har kvarstående domningar i handen efter operation.

Primärvård

- Ortosbehandling nattetid i 2-3 månader om måttliga besvär.
- Hos gravida kvinnor med snabb progress, speciellt om symptomen börjar tidigt i graviditeten samt hos patienter med konstanta besvär överväg remiss direkt.

Indikation för remiss

- Poliklinisk – Vid typisk anamnes och symtom där patienten önskar operativ åtgärd.

Övrigt

- Neurografi behövs sällan, men kan användas vid oklar diagnos.

Ortopedisk specialistvård

- Operation med friläggning av nervus medianus i handledsnivå, detta görs i första hand som mottagningsoperation i lokalbedövning

Dupuytrens sjukdom

Förtjockning av palmara aponeurosen utan känd orsak, finns en genetisk komponent som innebär att sjukdomen ofta finns i släkten. Första tecknet är ofta små hårda, ibland ömmande knutor i handflatan, dessa ska ej behandlas pga risken för recidiv och komplikationer. Senare kommer den typiska strängen med kontrakturer i fingerleder.

Klinik

- Förtjockning av palmara aponeurosen. Senorna är aldrig engagerade.
- OBS! Dupuytrens kontraktur innebär en kontraktur såväl passivt som aktivt och innefattar inte triggerfenomen.
- Kan även få förtjockning på baksidan av PIP lederna, baksidan av penis samt under fötterna.

Primärvård

- Ingen behandling, kontraindicerat med kortisoninjektion mot Dupuytrens kontraktur.
- Bedömning hos arbetsterapeut vid funktionspåverkan

Indikation för remiss

- Poliklinisk - Kontraktur överstigande 30° i någon eller några av fingerlederna, skriv ner graden av kontraktur i remissen.

Ortopedi

- Bedömning kring behov/möjlighet av kirurgisk åtgärd.
- Nälfasciotomi i utvalda fall
- Uppföljning på Handteamet, Blekingesjukhuset efter operation

Malletfinger/droppfinger

Trauma (kan vara mycket diskret) mot finger och därefter oförmåga att aktivt sträcka i DIP-leden indikerar skada på sträcksenan. Denna skada kan ibland vara kombinerad med fraktur på yttersta fingerbenet.

Klinik

- Oförmåga att sträcka fingrets ytterled (fingret droppar).

Primärvård

- Inled omedelbar behandling med sträckskena för DIP-leden (viktigt att övriga leder är fria och att patienten instrueras noggrant att träna samtliga hand och fingerleder som ej är skadade).
- Röntgen för att utesluta skelettskada
- Om ingen skelettskada - remiss till arbetsterapeut för ortosbehandling med hyperextension i DIP-leden dygnet runt i 6 veckor samt ytterligare 6 veckor nattetid.

Indikation för remiss

Akutremiss - Vid skelettskada vidare handläggning av ortopedkliniken.

Poliklinisk – Vid sent upptäckt skada för ställningstagande till kirurgisk åtgärd

Ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till kirurgisk åtgärd
- Remiss till arbetsterapeut för skena och träningsprogram.

Tumbasartros (CMC-1 ledsartros)

Svullnad och smärta över tumbasen, ofta bilaterala besvär. Patienten klagar över svaghet i handen, t. ex svårt att öppna burkar, svårt med arbete som kräver användning av tummen och pekfingret.

Klinik

- Svullnad och kraftig ömhet över CMC I leden.
- Grind test positivt (tryck ner tummen mot CMC I- leden samt rotera).

Primärvård

Stegvis behandling enligt vårdprogram för artros

- Steg 1 – Symtomatisk behandling med information, värktabletter och artrosskola.
- Steg 2: Remiss till arbetsterapeut för utprovande av hjälpmedel och ortoser samt ergonomisk rådgivning.
- Steg 3: Intraartikulär kortisoninjektion om tekniken behärskas. Kan upprepas vid god effekt.
- Steg 4: Remittera till ortopedkliniken om allt ovan prövats och patienten önskar kirurgisk åtgärd och har kvarstående stora besvär i det dagliga livet med rörelse- och belastningssmärta.

Indikation för remiss

- Poliklinisk - Otillräcklig effekt av grundbehandling. Röntgen utförd.

Ortopedisk specialistvård

- I undantagsfall operation (olika metoder beroende på patient).

- Uppföljning via handteamet.

Fingerledsartros DIP-led (Heberdens artros)

Smärta och svullnad över DIP-led, ofta en del i generell artrosutveckling och drabbar vanligen flera fingrar.

primärvård

- Klinisk och eventuellt radiologisk diagnos.
- I första hand symtomatisk behandling med information och värktabletter.
- Värken avtar som regel när den inflammatoriska reaktionen lagt sig.

Indikation för remiss

- Poliklinisk - Stora besvär i det dagliga livet med belastnings- och greppsmärta/värk och önskar bli stelopererad i berörd led. Röntgen utförd.

Ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till steloperation.

Ulnar kollateralligamentskada vid tummens MCP-led (Skidåkartumme/Stenertumme)

Vid vridvåld/hyperabduktionsvåld mot tummen finns en risk att skada det ulnara kollateralligamentet. Detta ligament är mycket viktigt för tummens stabilitet och således en förutsättning för ett väl fungerande handgrepp.

Klinik

- Smärta och eventuellt svullnad över ulnarsidan av tummens MCP-led
- Ökad rörlighet i abduction jämfört med andra handen, vid smärta kan detta undersökas i tumbasblockad.

Primärvård

- Konventionell röntgen.
- Remiss till ortopediklinik utan dröjsmål vid misstänkt instabilitet, oavsett röntgenfynd.
- Remiss till arbetsterapeut för ortos och träningsprogram om tummen är stabil.

Indikation för remiss

- Akut – vid misstanke om instabilitet i tummens kollateralligament

Ortopedisk specialistvård

- Vid instabilitet – operation med efterföljande gipsbehandling och uppföljning hos handteamet

Morbus de Quervain

Ett smärttillstånd över första extensorsenfacket där senorna som för ut tummen från handen löper. Oklar etiologi, det finns en subgrupp av kvinnor som får detta inom ett år efter sitt första barn. Denna grupp svarar bra på kortisoninjektioner.

Klinik

- Svullnad och ömhet över radialsidan av handleden.
- Finkelstein test positivt.

Primärvård

- Remiss till arbetsterapeut för utprovning av välanpassad vilo-skena (ortos).
- Antiinflammatorisk medicin (NSAID).
- Kortisoninjektion (om tekniken behärskas) i anslutning till första senskidfacket, dock ej i senan! (0,3 – 0,5 ml depo-medrol), informera patienten om risken för hudatrofi/pigmentförändringar i området

Indikation för Remiss

- Poliklinisk - Kvarstående smärtor i över 6 månader. Röntgen handled inför besöket.

Ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till operation (Klyvning av första senskidfacket som utförs i lokalbedövning som mottagningsoperation i första hand).

Triggerfinger (Tendinitis nodosa)

Låsningsfenomen då ett finger eller tummen fastnar i böjt läge alternativt endast med svårighet kan sträckas och då med smärta. Fingret kan dock sträckas med hjälp av andra handen.

Klinik

- Upphakningsfenomen vid försök till sträckning.
- Ömhet över senskidan i nivå med knogen på handflatesidan.
- OBS! Triggerfinger innebär inte kontraktur i fingret utan ska vara förknippat med upphakningar, annars misstänk dupuytren's kontraktur (se ovan).

Primärvård

- Bedömning hos arbetsterapeut för ortos och träningsprogram
- Antiinflammatorisk medicin.
- Kortisoninjektion (om tekniken behärskas) i anslutning till senskidan.

Indikation för remiss

- Poliklinisk - Uttalade besvär, osäkerhet kring kortisoninjektion eller osäkerhet kring diagnos

Ortopedisk specialistvård

- Eventuell kortisoninjektion
- Operation med klyvning av annularligamentet polikliniskt i lokalanestesi

Handledsganglion

Vätskefylld förändring i anslutning till led eller senskida, ofta fluktuerande besvär.

Klinik

- Lokal avgränsad svullnad i närhet av led eller senskida, kan ibland vara lätt ömmande.

Primärvård

- Klinisk diagnos
- Eventuellt punktion och aspiration om tekniken behärskas

Indikation för remiss

- Poliklinisk - Symtomgivande besvär där patienten önskar punktion alternativt operation

Ortopedisk specialistvård

- Säkerställa diagnos, eventuellt MR vid oklar diagnos
- Ställningstagande till punktion, eventuellt kortisoninjektion alternativt operation.

Höft

Höftledsartros

Artros är idag en av de vanligaste orsakerna till smärta och nedsatt fysisk förmåga hos medelålders och äldre. Idag finns väl utarbetade vårdprogram för strukturerat omhändertagande av patienter med artros. Viktigt att komma ihåg är att artrosutveckling inte är någon statisk process utan besvären kan vara fluktuerande över tid. Det finns goda belägg för att samtliga patienter ska erbjudas grundläggande behandling och på det sättet minska fysiskt lidande och behovet av kirurgiska åtgärder.

Klinik

- Belastningssmärta från lumsken hos patient oftast över 45 års ålder
- Inskränkt rörlighet, främst inåtrotation och flexion
- Smärta vid inåtrotation
- Igångsättningssmärter

Primärvård

- Ställa diagnos kliniskt
- Omhändertagande enligt regionalt vårdprogram för artros (finns även som kortversion) [Regionalt vårdprogram för artros.pdf \(ltblekinge.org\)](#)
- Röntgenremiss om utebliven effekt av behandling, behov av differentialdiagnostik eller inför remiss till ortoped

Indikation för remiss

- Poliklinisk - Otillräcklig effekt av grund- och tilläggsbehandling samt påtaglig påverkan av funktion och livskvalitet

Ortopedisk specialistvård

- Utredning av operationsindikation
- Behov av utvidgad radiologi/differentialdiagnostik
- Operation – höftplastik
- Pre- och postoperativ fysioterapeutbedömning

Trokanterit

Smärttillstånd över trochanterregionen av oklar etiologi, ses ofta efter överbelastning eller som kombinationstillstånd med samtidig höftartros.

Klinik

- Smärta och palpationsömheter över trochanter major (lateralsidan av proximala lårbenet) ibland med utstrålning såväl proximalt som distalt.

- Smärtan förvärras av belastande rörelser.

Primärvård

- Klinisk diagnostik, eventuell differentialdiagnostik (höftartros, FAI m.m)
- Strukturerad fysioterapeutisk bedömning och behandling
- Smärtlindring med NSAID vid behov
- Eventuellt kortisoninjektion med lokalanestesi

Indikation för remiss

- Poliklinisk - Långvariga besvär som inte svarat på behandling där man önskar differentialdiagnostisk utredning

Ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till kompletterande utredning
- Kirurgisk åtgärd endast i undantagsfall

Knä

Generellt kan noggrann klinisk bedömning baserad på status, anamnes och eventuell slätröntgen vara tillräckliga för att avgöra patientens vårdnivå gällande knäpatienter. MR undersökning visar ofta patologiska avvikelser av oklar klinisk signifikans och bör därför i första hand utföras efter ortopedisk konsultation.

Knäledsartros

Artros är idag en av de vanligaste orsakerna till smärta och nedsatt fysisk förmåga hos medelålders och äldre. Idag finns väl utarbetade vårdprogram för strukturerat omhändertagande av patienter med artros. Viktigt att komma ihåg är att artrosutveckling inte är någon statisk process utan besvären kan vara fluktuerande över tid. Det finns goda belägg för att samtliga patienter ska erbjudas grundläggande behandling och på det sättet minska fysiskt lidande och behovet av kirurgiska åtgärder.

Klinik

- Belastningssmärta från knäet är det vanligaste debutsymtomet, vanligast från medialsidan av knäleden
- Igångsättningssmärter
- Svullnad (inte hos alla), palpationsömheter, nedsatt rörelseomfång och instabilitetsbesvär kan ofta ses.
- Tilltagande varus- eller valgusfelställning med ökade besvär

Primärvård

- Ställa diagnos kliniskt
- Omhändertagande enligt regionalt vårdprogram för artros (finns även som kortversion) [Regionalt vårdprogram för artros.pdf \(ltblekinge.org\)](#)
- Eventuellt kortisoninjektion hos patienter med mycket synovit (oftast mycket besvär med svullnad).
- Röntgenremiss om utebliven effekt av behandling, behov av differentialdiagnostik eller inför remiss till ortoped. OBS! Belastade bilder!

Indikation för remiss

- Poliklinisk - Otillräcklig effekt av grund- och tilläggsbehandling, och påtaglig påverkan av funktion och livskvalitet
- Alla patienter skall ha gått igenom grundläggande behandling enligt vårdprogrammet för att vara aktuella för bedömning kring operation.

Ortopedisk specialistvård

- Utredning av operationsindikation
- Behov av utvidgad radiologi/differentialdiagnostik
- Operation – knäplastik

- Pre- och postoperativ fysioterapeutbedömning

Knätrauma kontusion

Med kontusion mot knä menas här ett våld där patienten har slagit emot knäet mot marken eller annat signifikant våld.

Klinik

- Palpationsömheter över patella eller ledspringorna
- Hydrops vid ledutgjutning
- Oförmåga att extendera fullt, kan tyda på patellafraktur eller skada på Quadriceps- eller patellarsenan – alltid akutremiss för bedömning.

Primärvård

- Klinisk undersökning
- Punktion om kraftig svullnad – om hemartros alltid akutremiss för bedömning
- Slätröntgen
- Om ingen skelettskada och ej hemartros, bedömning hos fysioterapeut

Indikation för remiss

- Akut - Skelettskada/hemartros
- Poliklinisk - Utebliven förbättring trots strukturerad träning hos fysioterapeut

Ortopedisk specialistvård

- Utredda skadans svårighetsgrad
- MR vid oklar diagnos
- Operation/stabiliserande ortos

Knätrauma distorsion

Med distorsion avses här ett vacklings- eller vridvåld mot knäleden som ibland kan upplevas som relativt mildt men där patienten upplevt en tydlig vackling eller vridning och efterföljande smärta. Påfallande ofta kan anamnesen ge tydliga signaler om eventuella allvarliga ligamentära skador och misstankegraden ska då vara hög. [Knädistorsion, vårdprogram.docx \(ltblekinge.org\)](#)

Klinik

- Palpationsömheter
- Hydrops
- Instabilitet (sidovackling viktigast i akut skede för att hitta akuta kollateralligamentskador som ska behandlas med stabiliserande ortos).

Primärvård

- Klinisk undersökning inklusive stabilitetstest (se vårdprogram).
- Alltid punktion vid hydrops – hemartros tecken till allvarlig intraartikulär skada och ska föranleda akut remiss.
- Slätröntgen
- Tidig kontakt med fysioterapeut för bedömning och träning

Indikation för remiss

- Akut - Skelettskada/hemartros eller sidoinstabilitet
- Poliklinisk - Misstanke om korsbandsskada, remiss till ortopedklinik parallellt med fysioterapi.

Ortopedisk specialistvård

- Avgöra skadans omfattning
- MR vid behov
- Vid ligamentära skador eller meniskskador utvärdera behovet av operation

Meniskskada eller akut extensionsdefekt

Akuta meniskskador drabbar oftast yngre i samband med vridvåld vid idrottsutövande men förekommer också hos äldre patienter efter minimalt trauma, det är dock viktigt att skilja akuta meniskskador i friskt knä från skador på menisken som en del i en degenerativ process i knäleden, vilket har ett helt annat behandlingspanorama. Viktigt är dock att konstatera om det föreligger en akut mekanisk låsning då tiden till åtgärd kan vara av betydande vikt för att undvika framtida men i båda fallen.

Klinik

- Vid akut låsning oförmåga att sträcka i knäleden såväl passivt som aktivt. I sällsynta fall föreligger oförmåga att böja i knäleden
- Palpationsömheter över ledspringor medialt eller lateralt
- Positiva menisktester om dessa går att utföra akut.
- Observera att patienter med degenerativa meniskrupturer utan mekaniska låsningar inte har visats ha större nytta av operation än av fysioterapi.

Primärvård

- Kliniskt bedöma om akut låsning föreligger
- Slätröntgen
- Bedömning hos fysioterapeut om ej mekanisk låsning föreligger

Indikation för remiss

- Akut – Vid mekanisk låsning för ställningstagande till mobilisering eller subakut operation

- Poliklinisk - Yngre patient (ca <40 års ålder) med misstanke om meniskruptur och ej påtagligt bättre efter 4–6 veckor trots fysioterapi samt patient med anamnes på upprepade mekaniska låsningar där man önskar diskutera operation

Ortopedisk specialistvård

- Subakut artroskopi vid låst knäled
- MR vid behov
- Diskussion kring operation om yngre patient eller upprepade låsningar i anamnesen

Främre knäsmärta (PFSS)

Långvarig men godartad åkomma som oftast debuterar i tonåren. Vanligare hos kvinnor. Ingen säker etiologi även om många faktorer verkar påverka såsom svaghet i vissa muskelgrupper, stramhet och belastningsgrad.

Klinik

- Smärta som förläggs på framsida knä, ofta längs övre eller nedre delen av patella.
- Ofta bilaterala besvär som förvärras av huksittande, hopp och övningar som belastar patellarsenan.
- Ofta ont ffa efter idrottsaktivitet

Primärvård

- Klinisk diagnostik baserat på anamnes och avsaknad av övriga patologiska statusfynd från knäleden.
- Röntgen endast om smärtorna börjat i samband med trauma eller vid svårigheter att differentialdiagnosticera.
- Fysioterapi den klart viktigaste åtgärden.

Indikation för remiss

- Poliklinisk - Långvariga besvär (minst >6 månader) där fysioterapeutisk behandling inte givit resultat eller vid svårigheter att ställa diagnos

Ortopedisk specialistvård

- Sällan involverade i behandlingen
- I undantagsfall hjälp med diagnos, eventuellt kompletterande radiologi

Patellaluxation

Nästan uteslutande lateral luxation då patienten har knäet i hyperflektat läge. I de flesta fall spontanreponerade innan kontakt med sjukvården då reponeringen består i att få ut benet i extenderat läge då patella nästan alltid reponeras av sig själv.

Klinik

- Om kvarstående luxation tydligt lateraliserad patella
- Om reponerad oftast hydrops, ömhet, positivt apprehension test.

Primärvård

- Reponering vid behov och möjlighet
- Kliniskt status
- Slätröntgen med patella axial
- Patellastabiliserande ortos – kan beställas via OTC
- Fysioterapeutisk bedömning och träning
- Avlastande kryckkäppar vid behov

Indikation för remiss

- Akut - Förstagångsluxation ffa hos yngre patient med tanke på risk för osteochondrala skador.
- Poliklinisk - Upprepade luxationer och kvarstående instabilitet

Ortopedisk specialistvård

- MR vid misstanke om ligamentära skador/osteochondrala skador hos yngre patient
- Ställningstagande till operation

Fot

För bakgrund gällande de flesta vanliga fotbekymmer finns utarbetade nationella riktlinjer sedan några år tillbaka: [nationella-rekommendationer-fotkirurgi.pdf \(slf.se\)](https://www.slf.se/nationella-rekommendationer-fotkirurgi.pdf)

Frakturer och akuta skador i foten

Frakturer i fot och fotled är bland de vanligaste frågeställningarna vi står inför på en ortopedisk akutmottagning, värt att notera är det är stor skillnad i anatomisk lokal hur allvarligt detta kan drabba patienterna. Fotledsfrakturer är i regel relativt enkelt att upptäcka med sedvanlig röntgenbild och klinisk misstanke. Frakturer i mellanfoten kan vara desto svårare att upptäcka, till och med efter slätröntgen. Finns adekvat trauma och status i mellanfoten (ofta rejäl smärta, svullnad, ibland plantart hematom) bör patienten undersökas av ortopedläkare för ställningstagande till kompletterande datortomografi. Frakturer i fotens falangben (tåfrakturer) är däremot sällan något som behöver utredas om ingen tydlig felställning ses. Separat vårdprogram för misstänkta tåfrakturer finns på ortopediklinikens sida för PM ([Tåfrakturer, vårdprogram.docx](#)).

Fotledsinstabilitet (distorsion)

Fotledsdistorsion är en mycket vanlig skada, framför allt i samband med idrottsutövning och är en vanlig kontaktorsak på ortopedakuten. Skadan uppkommer när man trampar snett och fotleden viker sig inåt och nedåt, dvs i supination. Den vanligaste skadan som uppkommer i detta våld är ligamentskador på ligamentum fibulo-talare anterior (FTA-ligamentet). Vid kraftigare våld kan dock skelettskador uppkomma av olika grad.

Klinik

- Svullnad, ev hematom över laterala malleolen
- Smärta vid belastning
- Ömhet över FTA-ligamentet och laterala malleolen
- Vid kronisk instabilitet kan noteras ökad rörlighet vid draglådetest

Primärvård

- Klinisk undersökning, penetrera anamnesen med avseende på skademekanismen (supinationsvåld eller pronationsvåld). Noggrannhet med lokalisation av smärtan, glöm ej proximala fibula!
- Röntgen vid behov (Ottawa ankle rules för att underlätta bedömning kring behov av röntgen)
- Fysioterapeutbedömning, viktigt med tidig belastning och strukturerad rehabilitering
- Stabiliserande linda vid lindrig stukning (svullnad, ej hematom).
- Semirigid ortos 6 veckor vid allvarligare stukningar (hematom, avlöst fragment)

Indikation för remiss

- Akut - Skelettskada
- Poliklinisk - Upprepade distorsioner med kvarvarande besvär efter minst sex månader trots fysioterapi eller kraftig instabilitet (röntgen fotled belastad inför besöket).

Ortopedisk specialistvård

- Bedöma skadans allvarlighetsgrad
- Kompletterande radiologi vid behov (provokationsröntgen eller MR)
- Ställningstagande till operativ åtgärd

Hälsenebesvär

Den vanligaste orsaken till kroniska hälsenesmärtor är överbelastning, det är därför av stor vikt att hjälpa patienten att hitta anpassad aktivitetsnivå tills smärtorna förbättras. Ett specialfall är akut påkommen hälsenesmärtor där akut total hälseneruptur måste uteslutas. Observera att kortisoninjektion aldrig ska ges i eller i närheten av hälsenan med tanke på ökad risk för ruptur.

Klinik

- Vid kroniska besvär ofta en smärta som är värre på morgonen och efter aktivitet
- Ömhet över hälsenan eller dess infästning på calcaneus
- Förtjockning och uppdrivning över senan kan ofta förekomma
- Vid akut hälseneruptur positivt Thomsons test och eventuellt palpabel grop.

Primärvård

- Kliniskt status – uteslut akut total hälseneruptur. Jämför med frisk sida!
- Strukturerad fysioterapeutisk bedömning och behandling
- Råd om inlägg och anpassad fysisk aktivitet
- Slätröntgen (belastad) om besvären sitter ner vid infästningen till calcaneus och patienten är aktuell för bedömning på ortopediklinik

Indikation för remiss

- Akut - Misstanke om akut total hälseneruptur
- Poliklinisk – Vid långvariga besvär i minst 6 månader trots regelbunden fysioterapi under minst 3 månader

Ortopedisk specialistvård

- Behandling av akuta rupturer
- Ställningstagande till ultraljudsundersökning vid långvariga besvär
- I undantagsfall operation eller remiss för sklerosering

Hallux Valgus

Ordagrant ”sned stortå”, innebär att stortån har vinklats ut mot foten (Valgusställning). Problem uppstår ibland då en del patienter får en påtaglig pseudoexostos på distala metatarsale 1 vilket innebär att en del får bekymmer av att skor trycker och klämmer på knölen. I normalfallet innebär detta inga bekymmer då patienten går barfota, varpå annan orsak bör utredas.

Klinik

- Valgusställning av stortån
- Knöl på medialsidan av stortåns grundled som ibland är ömmande och rodnad

Primärvård

- Råd om inlägg med främre pelott, tåspridare eller att lästa ur sina skor för att undvika tryck
- Fysioterapeutbedömning
- Röntgen (fot, belastade bilder) inför eventuell remiss till ortopedklinik

Indikation för remiss

- Poliklinisk - Påtagliga bekymmer med tryckömhet som inte går att undvika med konservativa åtgärder

Ortopedisk specialistvård

- Bedöma behovet av kirurgisk korrektion

Hammartå

Flexionsdeformitet som inte kan rätas ut aktivt. Drabbar oftast 2: a tån men samtliga tår kan drabbas. Kan i vissa fall orsakas sekundärt av Hallux valgus, finns även varianter där neurogen sjukdom kan ge dessa besvär. Patienten besvärar ofta av skav och tryck över PIP-leden pga att skorna trycker.

Klinik

- En eller flera krökta tår
- Ömhet och eventuellt klavusbildning över dorsalsidan på PIP-leden
- Ofta ömhet plantart under motsvarande MTP-led till motsvarande tå

Primärvård

- Råd till patient om lämpliga skor, avlastande plåster, skumgummiring, inlägg med främre pelott eller utlättnings skor
- Remiss till ortopedtekniker vid behov
- Röntgen med belastade fotbilder inför eventuell remiss till ortopedklinik.

Indikation för remiss

- Poliklinisk - Uttalade besvär med smärta och klavusbildning där konservativ behandling inte haft tillräcklig effekt.

Ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till kirurgisk åtgärd

Hallux rigidus – Artros i MTP-led 1

Stelhet och smärta från stortåns grundled. Som vid all artrosutveckling multifaktoriell. Ses ibland i kombination med uttalad Hallux valgus.

Klinik

- Stelhet och nedsatt dorsalextension i stortåns grundled
- Smärta vid belastning och rörelse (Även barfota)
- Pseudoexostos på ledens dorsalsida
- Eventuellt ändrat gångmönster där patienten belastar laterala fotranden för att undvika smärta.

Primärvård

- Råd om passande skor och inlägg.
- Remiss till ortopedtekniker för rullsula alternativt stel fotbädd
- Smärtlindring med paracetamol och/eller NSAID
- Eventuellt intraartikulär kortisoninjektion i stortåns grundled (0,3 ml depo-medrol 40mg/ml).
- Slätröntgen med belastade bilder vid remiss till ortopedklinik.

Indikation för remiss

- Poliklinisk - Uttalade besvär med belastningssmärta där konservativ behandling inte haft tillräcklig effekt

Ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till kirurgisk åtgärd

Plantar fasciit och hälsporre

Överbelastningsskada av senspegeln under foten, ofta multifaktoriellt orsakad med långvarig överbelastning eller upprepade mikrotrauma. Efter långdragna besvär eller upprepade skador ses ibland ett tillväxande benutskott på främre kanten av Calcaneus som benämns som hälsporre. Detta är dock inte någon egen diagnos utan kan ses även hos asymtomatiska personer.

Klinik

- Palpationsömheter och belastningssmärta över plantarfascian
- Morgonstelhet och smärtsam belastning vid de första stegen på morgonen
- Varierande grad av besvär, från lätta besvär vid löpning till uttalade besvär vid lättare belastning.

Primärvård

- Råd om anpassad aktivitet, bra skor, ev avlastande inlägg. Information till patienten att det ofta tar lång tid att läka ut
- Fysioterapeutisk bedömning och behandling vid behov inklusive tejpning
- Om inte detta är till fyllest remittera patienten till OTC för avlastande inlägg.

- Aldrig behandling med kortisoninjektion i eller i närheten av plantarfascian

Indikation för remiss

- Poliklinisk – Vid osäkerhet kring diagnos

Ortopedisk specialistvård

- Säkerställa diagnos vid behov, ingen aktuell kirurgisk åtgärd

Mortons neurom

Förtjockning av nervvävnad i framfoten av sensoriska nerver som kan ge smärtsamma parestesier mellan tårna, ofta mellan dig 2 och 3 eller mellan dig 3 och 4. Okänd etiologi.

Klinik

- Smärtutstrålning mellan tårna vid belastning och vid palpation av berört område mellan respektive metatarsalben.
- Mulder's klick
- Ofta samtidig metatarsalgi (ömhet över metatarsalhuvuden)

Primärvård

- Råd om rymliga skor, främre pelott för avlastning

Indikation för remiss

- Poliklinisk - Långvariga besvär (>6 månader). Röntgen fot (belastade bilder) inför besöket.

Ortopedisk specialistvård

- Säkerställa diagnos
- Ev kortisoninjektion (ofta gott men kortvarigt resultat, risk för atrofi av fettkudden).
- Ställningstagande till operation

Plattfothet

Plattfothet kan vara medfött och är i de flesta sådana fall bilateralt och helt godartat vilket inte föranleder någon särskild åtgärd. Utveckling av ensidig plattfothet hos vuxna kan bero på dysfunktion av m.tibialis posterior vilket bör bedömas på ortopedmottagning

Klinik

- Utslätat fotvalv i stående
- Vid ensidig utveckling hos vuxna ofta smärta och ömhet i planta och längs medialsidan av underbenet

Primärvård

- Skilj på rigid och flexibel plattfothet. Görs genom att patienten får gå upp på tå, om då fotvalvet är bevarat i tåstående finns funktion i fotvalvet och betraktas som flexibel plattfot

- Råd om bra skor, eventuellt inlägg om problem med smärtor. Inte regelmässigt inlägg till barn med bilateral plattfot
- Fysioterapeutbedömning
- Slätröntgen (bilateralt stående belastade bilder) inför ev. remiss till ortopedklinik

Indikation för remiss

- Poliklinisk - Ensidigt smärtande plattfothet ffa hos vuxen individ eller långvariga besvär med svårigheter att ställa diagnos

Ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till operation
- Kompletterande radiologi vid behov

Diabetesfotsår

Fotkomplikationer är vanligt hos patienter med diabetes. En hög amputationsrisk föreligger. Komplikationer inkluderar fotsår, infektioner, deformiteter samt ischemiska skador, dessa drabbar ca 10 % av alla patienter med diabetes, framförallt typ 2-diabetiker >60år. Handläggandet av patienter som drabbas bör ledas av diabetolog med stöd från ortoped, infektionsläkare, kärlkirurg, ortopedtekniker och fotvårdare.

[Diabetesfot, vårdprogram.docx \(ltblekinge.org\)](#)

Klinik

- Neuropati – av olika grad med allt från lättare parestesier till uttalad förlust av samtliga neurogena funktioner
- Angiopat – ofta distalt med normala pulsar på fotryggen och falskt förhöjt AB-index pga stela kärl. Oftast ingen ischemisk vilovärk.
- Infektion – Överväg alltid infektion vid fotsår hos diabetiker, behöver inte ha särskilt ont och har ofta ingen feber och endast lätt förhöjt CRP.

Primärvård

- Klinisk undersökning inklusive sensibilitet, tåtrycksmätning och sårbedömning.
- Optimering av diabetes, kontakt med endokrinolog vid behov
- Remiss för medicinsk fotvård enligt PM.
- Remiss till OTC för avlastande skor
- Sårvård, odling, antibiotika vid behov
- Överväg slätröntgen för att utesluta osteit.

Indikation för remiss

- Akut - Vid misstanke om Charcotfot eller plantarabscess
- Poliklinisk - I första hand remiss till diabetesfotmottagningen, eventuellt remiss ortopedmottagning vid behov av omfattande revision/amputation

Ortopedisk specialistvård

- Avgöra behovet av revision/amputation efter vidare diskussion med diabetesläkare och kärlkirurg.
- Ställningstagande till avlastande behandling (gips, ortos eller liknande)

Barnortopedi

Barn med besvär från rörelseapparaten är vanligt förekommande inom såväl primärvård som ortopedisk specialistvård. En utmaning med barn kan vara att de ofta själva kan ha svårt att såväl lokalisera som att beskriva sina symtom. Det är därför av stor vikt att man försöker skaffa sig en vana att undersöka barn och ha ett öppet sinne för att besvär kan komma från delar av kroppen som barnen själva inte kan förklara. Föräldrars observation kan ibland hjälpa en på vägen men man ska ha för vana att skaffa sig en egen bild och vara noga med att undersöka intilliggande leder vid sin kliniska undersökning.

Infothet (intoeing)

Inåtvridning av fötterna orsakas strukturellt på tre olika nivåer: fot/metatarsus (nyfödda), tibia (småbarn) eller höft (barn <10 år). Vanligen är besvären bilaterala, ett observandum är ensidiga besvär. I de allra flesta fallen är detta helt benigna åkommor som växer bort med tiden men som upplevs som ett kliniskt besvär med klumpighet och att barnet snubblar över sina egna ben. Det finns inga belägg för att specialskor eller ortoser har någon roll i att förbättra besvären (frånsett behandling för klumpfot som följs regelbundet via barnortopedisk mottagning).

Klinik:

- Inåtvridna fötter och en upplevelse av klumpighet.
- Vid ensidiga besvär – mer viktigt att avgöra vilken nivå inåtvridningen orsakas av (fot, underben, höft)

Primärvård

- Anamnes och klinisk status.
- Normal utveckling för åldern i övrigt? Vid ett fåtal fall kan rotationsproblem vara sammankopplat med neuromuskulär sjukdom.
- Information om tillståndet är den viktigaste behandlingen. Så länge barnet växer korrigeras felställningen av sig själv.

Indikation för remiss

- Poliklinisk remiss vid ensidiga besvär eller uttalade bekymmer hos äldre barn som närmar sig slutväxt där man önskar diskutera operativ åtgärd.

Ortopedisk specialistvård

- Fastställa diagnos
- Ställningstagande till korrigerande kirurgi

Utfothet

Liksom vid infothet kan utfothet strukturellt orsakas på olika nivåer. Vanligast är dock ökad utåtroteration i höften, följt av torsion i tibia respektive femur. Även utfothet är i de allra flesta fall helt benignt och växer med tiden bort. Det finns inga belägg för att specialskor eller ortoser har någon roll i att förbättra besvären.

Klinik:

- Fötterna utåtroterade bilateralt (observandum med ensidiga besvär).

- Ibland patellofemoral smärta pga felställd patello-femural rörlighet

Primärvård

- Anamnes och klinisk status
- Normal utveckling för åldern i övrigt? Vid ett fåtal fall kan rotationsproblem vara sammankopplat med neuromuskulär sjukdom.
- Information om tillståndet är den viktigaste behandlingen. Så länge barnet växer korrigeras felställningen av sig själv.

Indikation för remiss

- Poliklinisk - vid ensidiga besvär eller uttalade bekymmer där man önskar diskutera operativ åtgärd.

Ortopedisk specialistvård

- Vid behov säkerställa diagnos
- Ställningstagande till korrigerande kirurgi

Tågång

Tågång är vanligt hos små barn när de lär sig gå. Vanligen avtar denna tendens relativt snart men kan hos ett antal barn bestå som en vana. Hos barn över 2 år som fortsätter gå på tå bör man göra en klinisk undersökning där det viktigaste är att avgöra om det finns en begränsad passiv rörlighet eller ej. Principiellt skiljer man på 3 orsaker: habituell tågång utan rörelseinskränkning, medfödd förkortning i vadmuskulaturen samt bakomliggande neurologisk sjukdom med spasticitet.

Klinik:

- Barnet går på tå, kan ibland på uppmaning belasta hela foten
- Välutvecklad vadmuskulatur
- Vid neurologisk orsak andra tecken såsom avvikelser i utveckling, andra neurologiska symtom.

Primärvård

- Klinisk status med fokus på neurologi och ledrörlighet i fot-, knä- och höftleder. Silfverskiölds test kan vara värdefullt för att avgöra om eventuell stramhet återfinns i hälsena eller gastrocnemius.
- Fysioterapeutkontakt vid behov om habituell tågång för instruktioner, stretching och ställningstagande till skenor.

Indikation för remiss

- Poliklinisk - vid nedsatt rörlighet i någon led eller kvarstående tågång hos barn >5 års ålder.

Ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till immobilisering eller kirurgisk åtgärd.

Plattfothet

Se bakgrund under plattfothet i fotdelen. Ovanligt med icke-flexibel plattfothet hos barn, i dessa fall bör bakomliggande orsak undersökas.

Klinik:

- Fotvalvet är platt i stående men framträder vid tåstående eller när barnet sitter och dinglar med benen.
- Kan ibland ge besvär i form av smärta under mellanfoten eller på framsida underben.

Primärvård

- Undersökning med fokus på om fotvalvet framträder vid tågång eller ej.
- I normalfallet behövs inte inlägg eller speciella skor men kan ibland vara symptomlindrande hos barn där man upplever kliniska besvär

Indikation för remiss

- Poliklinisk - Rigid plattfothet utan tecken till normalisering vid tåstående. Röntgen fot (belastade bilder) inför besöket.

Ortopedisk specialistvård

- Utesluta annan orsak till plattfothet (vanligen tarsal coalitio).
- Ställningstagande till immobilisering eller kirurgisk åtgärd.

Inåtvriden framfot

Inåtvriden framfot kan vara en av orsakerna till intoeing (se separat del). Oftast medfött tillstånd, kan orsakas av intrauterin position och är i regel en helt ofarlig åkomma som korrigeras med tillväxt. Vid tidig upptäckt kan man instruera föräldrar i stretching alternativt behöva behandla med ortos eller gips under en period. Vid sen upptäckt ingen åtgärd utan expectans tills besväret korrigeras med tillväxt.

Klinik:

- Foten vriden inåt från mellanfotens ben och framåt.

Primärvård

- Klinisk undersökning inklusive ledrörlighet i hela nedre extremiteter.

Indikation för remiss

- Poliklinisk - vid uttalad felställning eller tidig upptäckt som inte noterats vid nyföddhetskontroller.

Ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till kirurgisk åtgärd hos äldre barn som inte korrigerats över tid.

Hjulbenthet och kobenthet

I normalfallet är barn hjulbenta vid födsel, något som ökar då de börjar stå och gå. Mellan 2 och 3 års ålder övergår detta sedan i kobenthet och korrigeras därefter till normalställning vid ca 4 års ålder. Avvikelse är i första hand asymmetri mellan benen och bakomliggande trauma som bör utredas.

Klinik:

- Hjulbent: barnet går med knäna utåt och fötterna i medellinjen. Kobent: knäna går inåt och kan ibland slå mot varandra, fötterna ut från medellinjen.

Primärvård

- I normalfallet ingen utredning. Vid ensidiga besvär eller uttalad felställning viktigt med klinisk undersökning.

Indikation för remiss

- Poliklinisk - vid ensidiga besvär eller uttalade felställningar som inte är adekvata för åldern.

Ortopedisk specialistvård

- Ställningstagande till radiologisk undersökning, vidare utredning och kirurgisk åtgärd.
- Om uttalad felställning kan detta korrigeras innan barnet slutar växa, lämpligen i början av tonåren.

Coxitis Simplex (höftsnuva)

Coxitis simplex är ett akut inflammatoriskt men självläkande tillstånd i höftleden som är vanligast hos barn i åldern 3–6 år men kan förekomma mellan 2-12 års ålder. Orsaken är inte helt känd men ca 70% av patienterna har anamnes på nyligen genomgången övre luftvägsinfektion. Viktigt att notera är att barnen ofta har svårt att beskriva och lokalisera sin smärta.

Klinik:

- Plötsligt påkommen eller något mer smygande smärta från höftleden. Ofta ovilja att belasta benet hos yngre barn som inte kan lokalisera smärtan.
- Ofta smärta vid rotationstest av höftleden.
- Opåverkat allmäntillstånd, ibland subfebrilitet.

Primärvård

- Försöka kartlägga om smärtan kommer från höften eller annan del av nedre extremitet.
- Allmäntillstånd, feber, CRP.
- Om opåverkat allmäntillstånd och normala prover information till föräldrarna. Helst vila till symtomfrihet vilket normalt tar 2–5 dagar. Ibuprofen vid behov.

Indikation för remiss

- Akut – Vid infektionstecken såsom feber, stegrat CRP för att utesluta septisk artrit. Även vid trauma, inskränkt rörlighet eller besvär som inte går över inom ca 5 dagar. Barn som är över ca 9 år bör också undersökas akut för att inte missa eventuell höftledsfyseolys.

Ortopedisk specialistvård

- Säkerställa diagnos, ffa utesluta behandlingskrävande differentialdiagnoser såsom infektion, fyseolys eller fraktur.

Höftledsfyseolys

Fyseolys i höftleden innebär en glidning mellan caput och collum femoris genom mellanliggande tillväxtzon (fys). Caput behåller då sin position i leden medan resten av femur glider framåt-uppåt-utåt. Obehandlat finns då risk för tillväxtstörning och tidig artrosutveckling. Tillståndet uppstår vanligen i tillväxtspurten vilket innebär ca 9–15 år (ofta tidigt hos flickor, senare hos pojkar). Barn som drabbas av tillståndet har också en kraftigt förhöjd risk för utveckling av fyseolys i andra höften och behandlas därför ofta profylaktiskt bilateralt.

Klinik:

- Ofta smygande debut hos barn i 9–15 års ålder med hälta, belastningssmärta från höft/ljumske.
- Inskränkt inåtrotation i höftleden
- Kan ibland få akuta symtom i samband med trauma.

Primärvård

- Barn i denna ålder med höftsmärtor ska alltid remitteras akut med röntgen under frågeställning fyseolys. Information om att ej belasta till röntgen och undersökning är utförd.
- Akut röntgen hos alla barn med höftledssmärta i ålder 9–15 år oavsett akut eller smygande debut. Hänvisning till ortopedakut vid misstanke om fyseolys
- Om ej synlig fyseolys på röntgen, låt barnet belasta och förnya röntgen inom 4–6 veckor

Indikation för remiss

- Akut - vid fyseolysmisstanke.
- Poliklinisk remiss – Vid fortsatta höftbesvär men ingen synlig fyseolys på röntgen

Ortopedisk specialistvård

- Säkerställa diagnos, operation med LIH-spik, eventuellt bilateralt.
- Vid osäker diagnos upprepad röntgen efter några veckor

Perthes sjukdom

Perthes sjukdom (Legg-Calvé-Perthes sjukdom) är ett icke-inflammatoriskt tillstånd i höftleden som leder till en omformning av caput femoris. Typisk ålder för debut är 4–8 år och barnen debuterar med vilovärk och hälta samt smärta vid hopp och löpning. Orsaken är inte känd och behandlingen går i första hand ut på att avlasta höften efter behov för att bibehålla formen på höftkulan. I enstaka fall krävs kirurgisk behandling.

Klinik:

- Barn i 4–8 års ålder med hälta och smärta från ljumskan, oftast i aktivitet men kan förekomma vilovärk.
- Opåverkat allmäntillstånd och inga inflammationstecken i övrigt.

Primärvård

- Noggrann klinisk undersökning för att avgöra om smärtan kommer från höften eller annan led i nedre extremitet

- CRP och temp för differentialdiagnostik
- Alltid röntgen av höftled (barnhöft) för att kartlägga eventuell förändring i leden.

Indikation för remiss

- Akut – om misstanke om infektion, fraktur eller uttalat status
- Poliklinisk – vid konstaterad Perthes sjukdom för diskussion om avlastning och lämplig aktivitetsnivå

Ortopedisk specialistvård

- Säkerställa diagnos – lämplig avlastning och aktivitet
- Ställningstagande till behov av kirurgisk åtgärd.

Övrigt

Osteoporos

Osteoporos innebär nedsatt bentäthet, försämrade skelettmikroarkitektur och ökad risk för frakturer. Livstidsrisken för en vuxen kvinna i Sverige att få en osteoporosfraktur är 50% och för män 25%. Förekomsten och frakturrisken är starkt åldersberoende. Vårdprogrammet för osteoporos är aktivt och uppdateras regelbundet och behandling sköts i första hand av primärvård med stöd av endokrinolog och ortoped vid behov. [Vårdprogram osteoporos jan 2021.pdf \(ltblekinge.org\)](#)

Primärvård

- Huvudansvar för profylax, diagnostik, behandling och uppföljning vid okomplicerad osteoporos
- Kontakt med medicinkliniken vid komplicerade fall för bedömning

Indikation för remiss

- Akut - Behandlingskrävande frakturer

Ortopedisk specialistvård

- Identifiera riskpatienter inom verksamheten och erbjuda bentäthetsmätning och remiss till primärvård för omhändertagande

Tumörer

Skelett och mjukdelstumörer finns i många olika former och kan vara både benigna och maligna och kan finnas i samtliga delar av kroppen. Inom ortopedin har vi en arbetsgrupp för det standardiserade vårdförlopp (SVF) som kallas skelett- och mjukdelssarkom. Vi har ett nära samarbete med sarkomgruppen i Lund kring dessa patienter och utredning och undersökning sker inom angivna tidsramar för detta SVF. Remissen skrivs polikliniskt men märks enligt SVF och kommer bedömas inom en arbetsdag [SVF skelett- och mjukdelssarkom.docx \(ltblekinge.org\)](#)

Klinik:

- Mjukdelssarkom, något av följande:
 - Storlek >5cm (om oförändrad under minst 2 års tid kan dessa dock utredas elektivt utanför ramarna för SVF)
 - Lokalisation under muskelfascia oavsett storlek
 - Fynd vid bilddiagnostik som inger misstanke
 - Vävnadsbundet diagnostiskt fynd som inger misstanke
- Skelettsarkom, något av följande:
 - Fynd vid bilddiagnostik som inger misstanke
 - Patologisk fraktur utan uppenbar orsak
 - Vävnadsbundet diagnostiskt fynd som inger misstanke

Primärvård (eller annan läkare utanför ortopedkliniken)

- Fastställ välgrundad misstanke om sarkom, starta SVF

- Informera patienten om misstanke om allvarlig sjukdom och att snabb SVF utredning startats
- Skriver remiss för MR med och utan kontrast, markerad med SVF
- Kreatinin ska vara taget innan MR-undersökning
- Vid MR-svar som tydligt talar för benign orsak – informera patienten om svaret. Vid behov elektiv remiss till ortopederna om patienten önskar diskutera extirpation
- Vid svårtolkat svar eller vid svar som talar för malignitet – skicka remiss till ortopedmottagningen och ring kontaktsköterska på telefonnummer 2445.
- Det ska finnas ett röntgensvar och remiss till ortopederna inom 10 dagar efter det att välgrundad misstanke uppstått.
- Se till att aktuella telefonnummer finns i journalen och informera patienten om att hen kommer bli uppringd.

Ortopedisk specialistvård

- Bedömer SVF-remiss
- Klinisk undersökning och anamnes.
- Om möjligt sarkom, vidare kontakt med sarkomgruppen i Lund
- Om ej sarkom men misstanke om annan cancer – skriver SVF remiss CUP eller annat relevant SVF förlopp.
- Om benigt fynd – ställningstagande till behov av kirurgi