

# Beslutsstöd för MR-diagnostik vid axelbesvär i primärvården

Magnetkameraundersökning kan vid vissa diagnosmisstankar vara av stort värde men vid andra är undersökningen meningslös. För att skärpa indikationen för MR anger *Spesamgruppen för ortopedi* och *Viss* inom Stockholms läns landsting följande punkter som stöd.

## Observera:

- Indikationen är i normalfallet endast misstanke om behandlingskrävande rotatorkuffruptur
- Slutenvården har begränsade MR-resurser
- Ultraljud av axeln kan inte antas ha samma diagnostiska värde som MR

## Impingement

(Klinisk misstanke, se vårdprogram [Impingementsyndrom](#) i *Viss*)

**Inget trauma**, god styrka och nära normalt rörelseomfång trots smärta -> **ej indikation för MR i primärvården**. Slätröntgen före remiss till ortoped om dålig effekt av konservativ behandling 3-4 månader.

## Rotatorkuffruptur

(Klinisk misstanke, se vårdprogram [Kuffruptur](#) i *Viss*)

Biologiskt **gamla och lågaktiva patienter** är ej aktuella för kirurgi, -> **MR ska avstås**.

**Högfungerande patienter** med krav på god axelfunktion kan vara aktuella för rotatorkuffkirurgi (helst inom 3 månader) om inga medicinska kontraindikationer föreligger, tex. diabetes med komplikation, andra allvarliga medicinska sjukdomar, storrökare. **Utredning föreslås enligt nedan:**

1. **Kraftigare trauma senaste året med på något stadium uttalat, längre bortfall av aktiv rörlighet** (pseudoparalys), dvs smärthämning är **ej** orsaken till dåligt rörelseomfång, -> **rekommendation MR utredning i primärvård** samtidigt som remiss utfärdas till ortopedklinik, för att påskynda eventuell kirurgisk åtgärd. **Remittera till ortoped utan att invänta MR-svar**. Om MR ej snart tillgänglig, remittera ändå.
2. **Mindre kraftigt trauma, aldrig med uttalat bortfall av aktiv rörlighet** (ej pseudoparalys), men fortsatt stora smärt-, värkbesvär och/eller uttalat dålig belastningsbarhet. Om efter **4-6 veckor aktiv rehab** med sjukgymnast utan förbättring -> **remiss ortoped utan MR**.

- 3. Kroniska axelbesvär av impingementkaraktär med misstanke om degenerativ kuffskada** med snabbt påkommen nedsättning av rörelseomfång (pseudoparalys) -> **rekommenderas MR-utredning i primärvård** för att påskynda diagnos. **Remiss efter MR-svar** för ställningstagande till kirurgi om fynd av skada.

## Artros i humeroskapularleden

(Se vårdprogram [Artros i axelleden](#) i Viss)

- **Slätröntgen** om remiss till ortoped
- **Ej** indikation för **MR i primärvården**

## AC-ledsartros

(Klinisk diagnos, se vårdprogram [AC-ledsluxation och AC-ledsartros](#) i Viss)

- **Slätröntgen** om remiss till ortoped
- **Ej** indikation för **MR i primärvården** vid isolerade besvär från AC-leden

## Axelluxation – kronisk axelinstabilitet

(Klinisk diagnos, se vårdprogram [Kronisk instabilitet i axelleden](#) i Viss)

- **Slätröntgen** om remiss till ortoped
- **Ej** indikation för **MR i primärvården**

## Proximala (långa) bicepssen

(Klinisk diagnos)

- 1. Vid akut ruptur ej** indikation för **MR i primärvården**. Subakut bedömning av ortoped om patienten är < 50 år eller mycket höga krav.
- 2. Kroniska besvär** -> slätröntgen före remiss till ortoped. **MR bör avstås i primärvården**.

## Distal bicepssenruptur och pectoralis major senruptur

(Klinisk diagnos)

**Subakut bedömning av ortoped** snarast. **MR bör avstås** för att ej fördröja diagnos och kirurgi.