

Øvelsesbank ved skulderinstabilitet

Alle fysioterapeuter som ser pasienter med muskelskjelettrelaterte problemstillinger vil før eller siden måtte håndtere en pasient med skulderinstabilitet. I denne artikkelen presenteres noen praktiske tips for oppfølging av denne pasientgruppen.



AV JØRGEN JEVNE
KIROPRAKTOR OG
FYSIOTERAPEUT

Pasienter med skulderinstabilitet klassifiseres i tre hovedkategorier, basert på Stanmore triangelen (se bilde) [1]. Polar Type 1 (traumatisk hendelse med strukturell skade) er den mest kjente og har blitt utdypet i en egen artikkel i dette bladet (Fysioterapi i Privat Praksis, nr. 1 2019). Polar Type 2 (atraumatisk debut, men med strukturell skade) kan for eksempel være kastutøvere. Disse har ofte mangeårig repetitiv, tung belastning over hodet. Noen pådrar seg strukturelle skader i skulderledet forenlig med skulderinstabilitet, men de har ingen desident luksasjonsepisode bak seg. Polar Type 3 (atraumatisk debut, ingen strukturell skade) betegnes gjerne som atraumatisk skulderinstabilitet, og kan være pasienter med bindevevssykdommer som skaper symptomatisk instabilitet i skulderen.

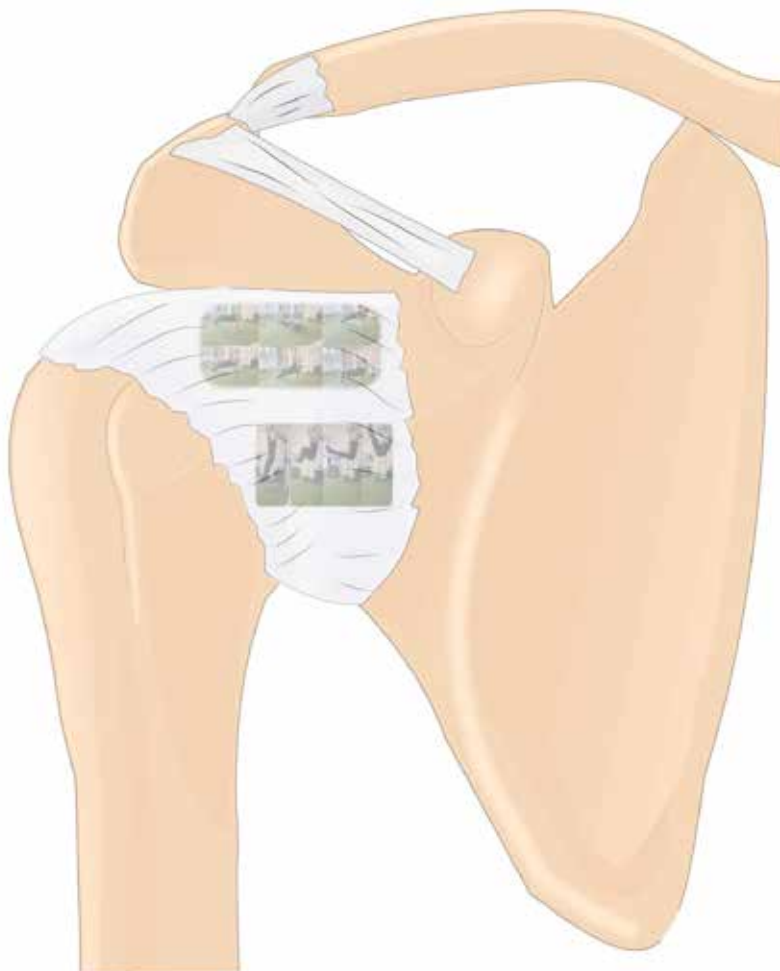
Det anslås at de aller fleste pasientene (90-95%) får skulderinstabilitet etter en traumatisk hendelse, og kun en minimal andel (anslagsvis 4%) får diagnosen atraumatisk instabilitet [2-4]. Dette står i sterk kontrast til hvordan de fleste klinikere opplever å møte skulderinstabilitet i praksis, hvor man opplever at langt de fleste pasientene har atraumatisk instabilitet. I forskningen derimot er dette svært sjelden, og det gjør at man som kliniker må stille seg spørsmålstegn ved sin diagnostikk og resonnering. Hvilke kliniske funn og karakteristika legger man til grunn for å si at pasienten har skulderinstabilitet?

Behandling

Stanmoreklassifikasjonen har forsøkt å grovt kategorisere pasienter

med skulderinstabilitet etter (skade) mekanisme og alvorlighetsgrad. Vi vet at mange pasienter som får skulderen ut av ledd vil oppleve gjentatte luksasjonsepisoder senere i livet [5]. Spesielt utsatt er yngre, mannlige idrettsutøvere. Disse pasientene faller nesten alltid inn i polar gruppe 1 i Stanmoretriangelen. Spørsmålet er om mange av disse pasientene burde vært operert på et tidligere stadium for å unngå residiverende luksasjonsepisoder. Dette spørsmålet er langt fra nytt, og har skapt debatt i fagmiljøet i mange år. En ny omfattende analyse viser at totalt sett relukserer ca. 50% av

pasientene innenfor to år [6], men som nevnt er det høyere reluksjonsrater desto yngre pasienten er, og raten er også avhengig av kjønn (menn relukserer hyppigere enn kvinner). Det kan være verdt å nevne at britiske retningslinjer fra BESS/BOA i 2015 anbefaler operasjon for yngre, idrettsaktive, mannlige pasienter ved traumatisk skulderlukasjon [3]. Er pasienten i denne risikozonen, er det derfor fysioterapeutens ansvar å ta risikofaktorene på alvor og drøfte mulige behandlingsvalg. Avgjørelsen bør foretas i samråd med en velinformert pasient. De samme retningslinjene har laget et





flowchart for å vise resonneringen rundt de forskjellige alderstrinnene (se bilde). Når det gjelder Polar gruppe 2 og 3 så anbefales disse i hovedsak treningsterapi. Fysioterapeuter vil være raske til å anbefale rehabilitering for skulderinstabilitet, men baserer dette argumentet på et bristende vitenskapelig grunnlag. Gode, forskningsbaserte og reproducerbare protokoller for opptrening

etter skulderluksasjon er nesten fraværende i litteraturen. Dette belyses av at en systematisk gjennomgang fra 2014 [7] ser tilnærmet lik ut som den publisert i 2004 [8], hvor man i begge konkluderer med at det er vanskelig å komme med klare anbefalinger omkring treningsterapi for pasienter med skulderinstabilitet. Med andre ord har det skjedd liten utvikling på dette feltet, på tross av

et åpenbart behov. Dette gjelder for øvrig både den konservative oppfølgingen og ikke minst den post-operative rehabiliteringen.

Pragmatisk tilnærming til skulderinstabilitetspasienten

Generelt innenfor vårt fag kan man si at treningsprotokoller ofte er dårlig beskrevet i litteraturen. Mange av protokollene som er beskrevet, er



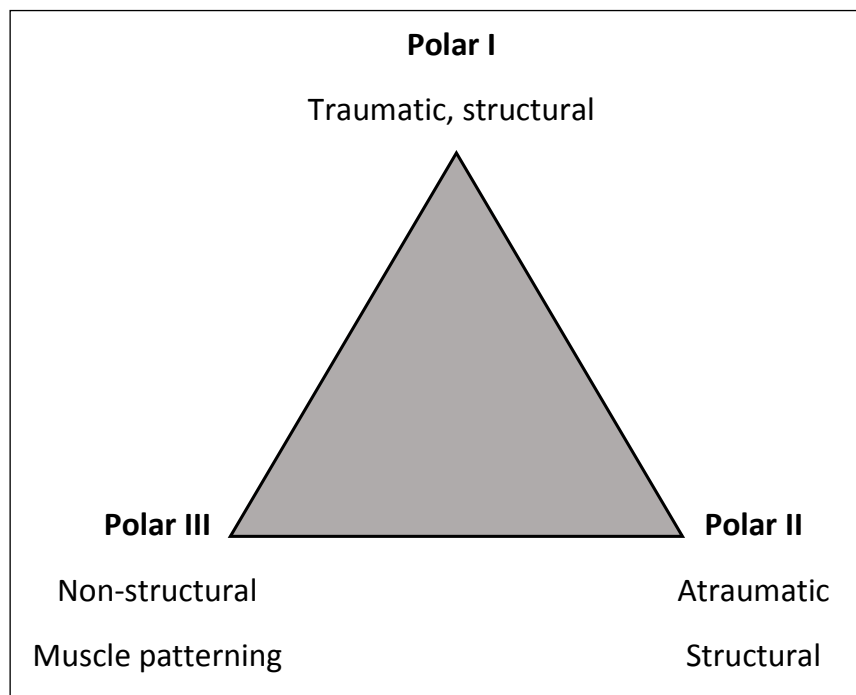
tidkrevende, omfattende og krever mye utstyr. Ikke minst krever de mye motivasjon og innsats over tid [9]. De fleste terapeuter vil anerkjenne at compliance til trening ofte er lav hos pasienter i klinisk praksis. Derfor er det viktig at klinikere har en pragmatisk og individualisert holdning til den enkelte pasients rehabilitering. Spesielt er dette gjeldende når gode og anerkjente protokoller er mangelfulle. Da kan terapeuten bruke dette mulighetsrommet til å diktere egen rehabilitering etter enkle prinsipper.

Undertegnede vil argumentere for at man ikke vil trå veldig feil med å fundamentere skulderrehabiliteringen i to overordnede prinsipper:

- 1) Informasjon, råd og undervisning
- 2) Bevegelse og styrketrening

Informasjon, råd og undervisning

I moderne fysioterapi praksis er det anbefalt at pasienten inkluderes i det som er kjent som 'delt beslutningstaking' [10]. For at pasienten skal være en del av avgjørelsene, må pasienten være en velinformert pasient. Der har vi som klinikere et stort ansvar i å overføre vår kunnskap og viten til pasienten. Og med dette følger det et ansvar om å være kompetent på tilstanden du skal informere om. Klinikeren bør bl.a. kjenne til klassifikasjonen av



Stanmoreklassifikasjon av skulderinstabilitet

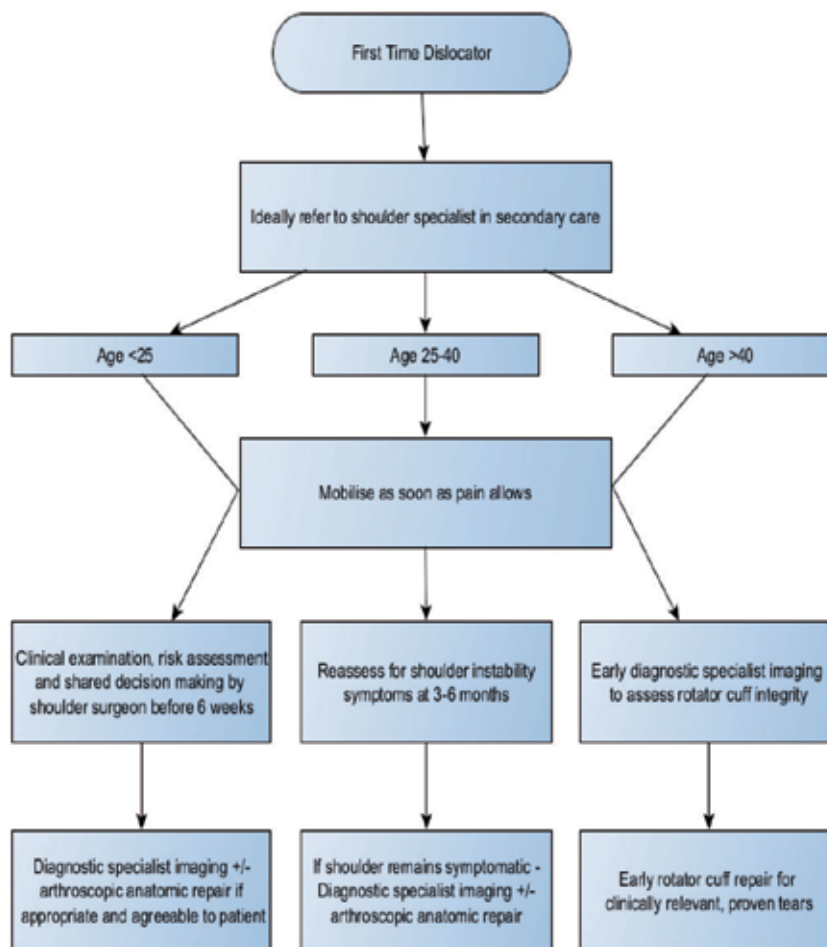
skulderinstabilitet, risikofaktorene for vedvarende instabilitet, hvilke psykososiale problemstillinger pasienter med skulderinstabilitet ofte står ovenfor, resultat av kirurgi på reluksasjonsrate, resultat av rehabilitering på reluksasjonsrate osv. Skal vi være i stand til å gi god informasjon, rådgivning og undervisning om en tilstand, må vi selv inneha kompetansen nødvendig for

å gi dette. For utfyllende informasjon og kunnskap om disse momentene anbefales leseren å gå tilbake til tidligere artikler skrevet i dette bladet, for eksempel: «Håndtering av førstegangsluksasjon» (nr. 1 2019), «Hvilke pasienter relukserer skulderen» (nr. 2 2019) og «Skjelett-skade etter skulderluksasjon» (nr. 1 2020).



Bevegelse og styrketrening

Protokollene på skulderinstabilitet er få og generelt av lav kvalitet. Et hederlig unntak er Derby Instability Programme (se «Rehabilitering av skulderinstabilitet» (nr. 1 2019) for bilder og video). Vi har skrevet gjentatte ganger i dette bladet at den beste øvelsen er den som blir gjort, og dette gjør seg gjeldende også på skulderområdet. Allikevel, vil undertegnede anbefale klinikerne å tilrettelegge for et noe mer spesifikt fokus i rehabiliteringen av skulderinstabilitet. Tidligere programmer har vist OK effekt [11,12], men har fått kritikk for å ikke inkorporere elementer av vektbærende proprioepsjon og plyometriske øvelser [13]. I tillegg har mange protokoller hatt et overskyggende fokus på struktur og muskulær kontroll, for eksempel på scapula kontroll. Vi vet nå at dette er veldig vanskelig å måle i klinisk praksis og den kliniske betydningen er antageligvis langt mindre viktig enn hva vi en gang forfektet [14]. Blir fokuset i rehabiliteringen for ensopret og vanskelig står dette i fare for sykeliggjøre bevegelse og trening, og å skape en usunn kontekst for skulderrehabiliteringen. Jeg anbefaler derfor i stedet å fokusere på oppgaveløsning og la skulderen håndtere denne oppgaven selv, uavhengig av hvordan jeg



BESS/BOA algoritmen ved skulderinstabilitet

som fagperson synes skulderen ser ut eller oppfører seg. Øvelsene man velger vil derfor søke å være direkte relevante for skulderens totale funksjon, og ikke bare skulderbe-

vegelser isolert sett. Eksempler på dette gis i bildene nedenfor. Lykke til med opptreningen!

Se kilder/referanser side 36.

