



Øvelsesterapi for ikke-spesifikke skuldersmerter

Håndteringen av skuldersmerter har i lengre tid vært gjenstand for debatt. Etter en grov diagnostisk screening, vil man lande på at majoriteten av pasientene har et belastningsproblem i skulderen. Hva man kaller dette problemet har skapt hodebry i skuldermiljøet i mange år. Man har allikevel nådd konsensus på at de fleste av pasientene skal trene skulderen. Men hvordan skal vi trene spesifikt på en uspesifikk tilstand?

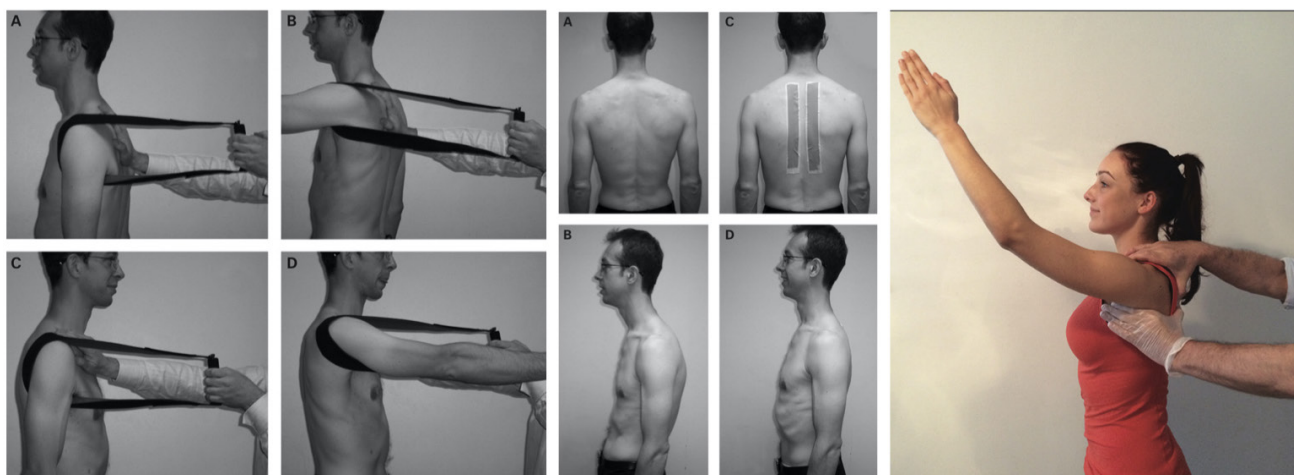


AV JØRGEN JEVNE
KIROPRAKTOR OG
FYSIOTERAPEUT

Skuldersmerter har alltid vært forbundet med en viss frustrasjon og kompleksitet i fysioterapien. Man er klar over leddets komplekse oppbygging, at det foreligger en haug med

forskjellige diagnoser og at det er beskrevet et sammensurium av forskjellige kliniske tester. Man har nå, i senere tid, utviklet gode algoritmer for å tilnærme seg skuldersmerter på en mer oversiktlig måte. Gjennom en grov diagnostisk screening vil man sitte igjen med at de aller fleste pasientene har en skuldersmerte følsom for belastning. Pasienten får altså vondt når man bruker armen, gjerne

over skulderhøyde, og smerten er borte eller redusert hvis man holder armen i ro. Forutsatt at pasienten har tilnærmet normalt passivt utslag, har man ut fra forskjellige kriterier gitt denne tilstanden en mengde forskjellige navn. 'Skulderimpingement' er et begrep som lever i beste velgående, selv om det er snart er femti år siden teorien ble fremsatt [1]. Impingementmodellen har blitt omfavnet



Shoulder Symptom Modification Procedure, adaptert fra Jeremy Lewis

relativt ukritisk i de fleste helse-systemer, utdanningsinstitusjoner, klinikker og i ymse kursrekker over hele verden. Kritiske røster har dog blitt ytret siden tidlig på 90-tallet, hvor den første studien undersøkte trening sammenlignet med kirurgi [2]. Her fant man ingen forskjell mellom pasientene som ble operativt behandlet og de som gjennomgikk treningsterapi. Disse funnene har

blitt reproduisert og analysert i en myriade av senere publikasjoner [3-11]. Begrepet impingement debatteres fortsatt i forskningsmiljøer så vel som i fysioterapiklinikker over hele verden. I litteraturen har man gradvis gått over til å kalle det subakromielt smertesyndrom [10,11], men også begreper som rotator cuff tendinopati [7,12], rotator cuff relaterte skuldersmerter [13,14] og uspesifikke skuldersmerter [15] har vært brukt. Den mangefasetterte nomenklaturen belyser usikkerhetsmomentene rundt diagnostikken av disse plagene og kan forklare hvorfor tilnærmingen til skulderplager har vært, og er, vanskelig. Poenget er at på tross av mange forskjellige meninger om hva man skal kalle det, ser det ut til at man i stor grad snakker om de samme kliniske symptomene.

Struktur i kaos

Gjennom de siste årene har man fått stadig mer tungtveiende argumentasjon for å velge trening foran kirurgi i håndteringen av subakromielle plager i skulderen. Mange fysioterapeuter har nok opplevd en velfortjent og solid selvtilitsboost i kjølvannet av publikasjoner som peker i retning av at «trening er beste medisin» for skulderplager. Paradoksalt nok må klinikerne lete i et kunnskapsvakuum når det kommer til hvordan man skal utforme, implementere og monitorere et moderne rehabiliteringsopplegg for en pasient med skulderplager [9]. I fravær av krystallklare svar og anbefalinger, har klinikerne stort spillerom i møtet med skulderpasienten. Med litteraturen i hånd, kombinert

med pragmatisme og en dose sunn fornuft, kan klinikerne likevel lage et evidensinformert opplegg for pasienten med «uspesifikke skuldersmerter». Og dette er kanskje det viktigste poenget; hvordan diagnostiserer man «uspesifikke skuldersmerter»? Ser man til litteraturen, for eksempel den nylige publiserte SUPPORT studien [16], ser man at subakromielle smerter er en eksklusjonsdiagnose. Man må med andre ord være trygg på at man har utelukket andre tilstander i og rundt skulderen. Se for øvrig artikkelen «Den gode skulderundersøkelsen» i dette bladet.

Når man går videre med rehabiliteringen av pasienten, er det med forbehold om at man, så langt det lar seg gjøre, har ekskludert alvorlige tilstander og andre spesifikke årsaker til plagene som krever annen tilnærming. Så man konkluderer med at pasientens skuldersmerte er subakromiell – eller uspesifikk. Hvordan skal vi da designe et spesifikt treningsprogram for en uspesifikk tilstand?

Moderne rehabilitering

Trening er på ingen måte en hellig gral, og studier rapporterer ofte om omfattende treningsprotokoller, lav compliance og minimale til moderate effektstørrelser. Følgelig er det sjelden det er snakk om at treningsterapi behandler pasienter med smerter helt smertefrie. Men treningsterapi har, som eneste tiltak, systemiske effekter som går langt utover de rent fysiologiske vevsendringene i ledd, muskler og bindevev. Nylig har noen



Øvelser tilpasses den enkelte og man måler hvor smerterresponsen er verst og legger opp øvelser etter dette.

FOKUS: ELEVASJON



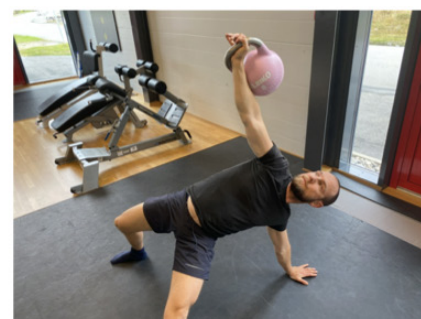
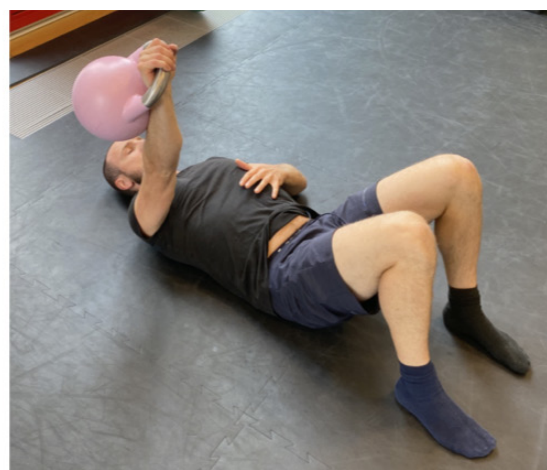
PROGRESJONSTIGE

Forslag til progresjonsstige av en fleksjonsbevegelse

forskere tatt til orde for å tilnærme seg langvarige muskelskjelettplager på lik linje som man tilnærmer seg andre, komplekse livsstilsproblemer [17]. Hos pasienter med overvekt, diabetes type II eller hypertensjon snakker man ikke om å «fjerne» eller «kurere» sykdommen. Det man i praksis gjør er å håndtere sykdommen. På denne måten kan man forklare for pasienten hvorfor sympto-

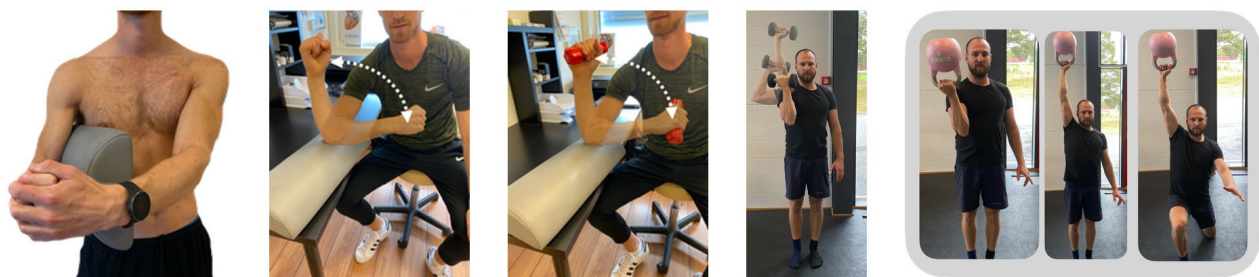
mene fluktuerer og er uforutsigbare. Man vil ha gode og dårlige perioder, og det vil ikke alltid være lett å forklare hvorfor symptomene er som de er. Det vi vet er at trening er en viktig komponent i å håndtere livsstilsplagene. På samme måte kan foreskriving av trening for en subakromiell skuldersmerte være et viktig ledd i håndteringen av denne plagen, men at det sjelden er snakk om enten/

eller. Det er ikke slik at skulderen enten er helt bra eller veldig dårlig, men i realiteten vil symptomene bevege seg langs et kontinuum som vi som klinikere må prøve å hjelpe pasienten med å håndtere best mulig. Denne omveltningen i måten man tilnærmer seg en skulderpasient gir et større mulighetsrom til å individualisere og tilpasse treningen til den enkelte.



Forslag til progresjonsstige av en utoverrotasjonsbevegelse

FOKUS: UTOVERROTASJON



PROGRESJONSSTIGE

Forslag til progresjonsstige av en utoverrotasjonsbevegelse

Tidlig i rehabiliteringen vil ofte smertene bli verre desto lengre opp i utslaget du kommer. For å modulere smerteresponsen kan klinikerens forsøke forskjellige manuelle teknikker i denne fasen, for dermed å skape en inngang til større bevegelsesutslag. Lewis kaller dette for ‘shoulder symptom modification procedure’ [14,18-20], men det er i prinsippet allerede kjente elementer fra Maitland, McKenzie og Mulligan i denne fremgangsmåten. Uansett hvordan man går frem, er det smerteresponsen som i stor grad informerer klinikerens om rehabiliteringen videre. Der hvor man tidligere i store deler av fysioterapien var kategorisk på at

trening ikke skulle gjøre vondt, har mange klinikere nå en mer nyansert holdning til dette, med god ryggdekning i litteraturen [21,22]. Er en skulder belastningsfølsom, er det nær sagt utenkelig at skulderen vil være asymptomatisk når man iverksetter en aktiv treningsprotokoll. Derfor er det viktigere hvordan man informerer pasienten rundt treningen, hva man ønsker å oppnå, hvilken effekt treningen har på individ, vev og system, tidsaspektet for treningen, forventet (smerte)respons og prognose.

Irritabilitet

Noen forfattere har anbefalt å inndele pasienten med subakromielle plager

i «irritabel presentasjon» og «ikke-irritabel presentasjon» [20]. Konseptet rundt irritabilitet ble beskrevet av Maitland, men bærer ingen tydelig valid definisjon. Allikevel kan man pragmatisk sett se for seg en pasient som rapporterer kombinasjoner av konstante smerter, hvilesmerter og nattesmerter samt betydelig forverring av symptomer ved trivielle bevegelser. Denne forverringen varer også ofte lengre enn hva man ville antatt var normal vevsrespons. Her må gjerne klinikerens være ekstra varsom i starten av belastningsprotokollen. I denne pasientgruppen kan man eksempelvis starte med isometriske kontraksjoner (ca. 50% av maksimal voluntær kontraksjon), 3x30 sekunder og gjenta opptil 5 ganger daglig. Dette er forskning som er direkte hentet fra tendinopatiforskningen i underekstremitetene [20,23]. En avlastet rotasjonsbevegelse med armen hvilende på et håndkle, hvor man utfører en avlastet eksternrotasjon uten motstand (2x 5 repetisjoner, opptil 3 ganger daglig) er også et tiltak som er beskrevet i en slik fase. Dette primært for å gi skulderen et aktivt stimuli, samtidig som man forsøker å unngå ytterligere irritabilitet. Så fremt man har utelukket andre forklaringer til smertene og hvis symptomene ikke reduseres til et akseptabelt nivå på tross av disse enkle tiltakene, kan det være indikasjon for subakromiell injeksjonsbehandling. Dette da primært for å gjøre det mulig å starte en belastningsprotokoll.

RPE Scale	Rate of Perceived Exertion
10	Max Effort Activity Feels almost impossible to keep going. Completely out of breath, unable to talk. Cannot maintain for more than a very short time.
9	Very Hard Activity Very difficult to maintain exercise intensity. Can barely breath and speak only a few words
7-8	Vigorous Activity Borderline uncomfortable. Short of breath, can speak a sentence.
4-6	Moderate Activity Breathing heavily, can hold short conversation. Still somewhat comfortable, but becoming noticeably more challenging.
2-3	Light Activity Feels like you can maintain for hours. Easy to breathe and carry a conversation
1	Very Light Activity Hardly any exertion, but more than sleeping, watching TV, etc

RPE skala fra 1-10, kan også bruke Borg skala fra 6-20



Mekanisk, ikke-irritabel

Majoriteten av pasientene vil presentere med det som Lewis beskriver som 'mekanisk, ikke-irritabel' smerte. Pasientene får smerteprovasjon ved belastning, men er i mindre grad plaget av symptomer på natten, uten belastning og har en mer tolerabel respons på (nye) øvelser. Hos disse pasientene kan klinikerne velge mer fritt mellom et utvalg øvelser, men pasienter vil typisk ha smerter ved elevasjon og/eller utoverrotasjon. Øvelsesprogrammet kan derfor gjerne fokuseres rundt disse funksjonelle begrensningene.

Typisk vil man starte med lav(ere) belastning, flere repetisjoner, kort(ere) utslag og monitorere pasientens respons på dette. Dette vil allikevel variere mye fra person til person. Målsettingen er naturligvis tilbakevendelse til normal fysisk funksjon for nettopp dette individet. Alle vil ha forskjellige krav både til arbeid og fritid og hver enkelt pasient vil ha forskjellige ønsker og målsettinger med rehabiliteringen. Her vil det også være nødvendig å kartlegge om målsettingen er smertereduksjon alene, smertereduksjon og bedret funksjon eller om pasienten bryr seg mer om fysisk kapasitet enn symptomer. Disse opplysningene vil igjen forme hva man aksepterer av respons på treningsterapien – se for øvrig forslag til progresjon i en elevasjonsprotokoll og en utoverrotasjonsprotokoll.

Avhengig av pasientens erfaring med (egen)trening, vil man kunne støtte seg til noen få, enkle prinsipper når man iverksetter treningsterapi:

- RPE (rate of perceived exertion) bør være forholdsvis høy (7+ på en 10 pkt skala – se bilde)
- Mellom 5-15 repetisjoner avhengig av form, erfaring, irritabilitet og respons
- Gjør flere sett (minimum 3)
- Så ofte som mulig (minimum 2-3 ganger pr. uke)

Monitorering

Treningsterapi som håndtering av uspesifikke skulderplager er ingen eksakt vitenskap. Man skal være forsiktig med å ukritisk ekstrapolere styrketreningsprotokoller som er gjort på funksjonsfriske og smertefrie individer til pasienter med en smertetilstand. I tillegg har flere studier vist at man ikke trenger å få økt styrke for å få redusert smerte og bedret funksjon gjennom øvelseterapi. Følgelig vil dose, frekvens og intensitet være variabler som tilpasses den enkelte pasient i det enkelte forløpet. Mange argumenterer for at viktigere enn selve protokollen er monitoreringen av treningen. Dette gir pasienten eierskap over egen trening og kan være et viktig virkemiddel for å håndtere begrepene «self-efficacy» og «pain self-efficacy» - blant annet hvordan pasienten håndterer sine egne plager. En treningslogg kan være et lavpraktisk, enkelt verktøy for å monitorere symptomresponsen etter trening. Her kan pasienten

selv fylle inn dose og måle hvordan smerten fluktuerer i løpet av rehabiliteringsprogrammet. Gjennomgang av treningsloggen ved pasientkonsultasjonen vil være en naturlig inngang til å vurdere/diskutere foreløpig behandlingseffekt (både positive og negative), diskutere dose:respons og samtidig understreke at treningen ofte er et ledd i å håndtere tilstanden i stedet for å «fjerne smerten» eller «kurere noe galt».

Kliniske betraktninger

Vi har sett et tydelig paradigmeskifte i håndteringen av komplekse muskelskjelettproblemstillinger. En tydelig trend er at vi tilnærmer oss langvarige skulder-(nakke-, rygg- og kne-) smerter nå mer i retning av lignende livsstilssykdommer. På denne måten endres også fokuset fra å «fikse et problem» til å «håndtere en tilstand». Dette gjør også at bakgrunnen for å foreskrive treningsterapi endres i takt med litteraturen, og det «perfekte treningsprogrammet» i større grad forsøker å ivareta personen med smerten enn å fjerne symptomene. Det er derfor også helt utopisk at vi skal fortsette å forvente spesifikke treningsprotokoller for uspesifikke problemstillinger. I stedet må klinikerne sjonglere flere forskjellige fagfelt i håndteringen av pasienten og dermed være en blanding av helsecoach, motivator, psykolog og personlig trener.

Tar du utfordringen?

Se referanser/kilder side 37.

The diagram illustrates a training log template. It consists of three identical vertical sections, each representing a week of training. Each section has a header row with 'Dag 1' through 'Dag 7'. Below the header, there are rows for 'Parametre', 'Belastning', 'Repetisjoner', 'Serier', 'Dagsvolum', and 'Smerte før/etter trening'. A circular callout highlights the 'Dagsvolum' row, which is defined as 'kg x reps x serier'. The 'Smerte før/etter trening' row is defined as 'Før: 0-10' and 'Etter: 0-10'.

Treningslogg kan være et enkelt, men viktig verktøy i monitoreringen av (skulder)pasienten

AlfaCare

www.alfacare.no

INDIBA®
revitalizing lives

ACTIV

A technological answer
to a very human problem



Hvordan fungerer CRET (Capacitive - Resistive - Electric - Transfer) behandling med INDIBA?

INDIBA generer en elektromagnetisk bølge på en nøyaktig frekvens på 448 kHz for å oppnå både bio-stimulasjon og/eller termisk effekt. I publisert forskning har det blitt demonstrert at dette har positiv effekt ved å forbedre blodsirkulasjon (Kumaran & Watson 2017). Molekulære studier har vist at INDIBA påvirker stamceller (Hernandez-Bule et al 2014a, b).

GaitTec

by **AlfaCare**

Vi besøker gjerne din klinikk for en gratis og uforpliktende demonstrasjon av GaitTec. Vår fysioterapeut gir deg en introduksjon til konseptet, forklaringsmodell, undersøkelse av pasient og hvordan man tilpasser sålene.

Ta kontakt for å avtale en demonstrasjon!



www.alfacare.no | post@alfacare.no | tlf: 35 02 95 95