

Vondt i albuen

Albueplager er noe de fleste av oss ser relativt ofte i klinikken, både hos idrettsutøvere og den vanlige mannen og kvinnen i gata. Hvor sikre kan vi være i diagnostiseringen og behandlingen av de ulike tilstandene som rammer denne kroppsdelen?



AV STIAN CHRISTOPHERSEN
FYSIOTERAPEUT

I 2018 publiserte Zwerus og kolleger (1) en systematisk oversiktsartikkel over klinisk undersøkelse av albuen. Konklusjonen var nedslående for oss klinikere:

- Det er beskrevet en rekke diagnostiske tester i litteraturen, men disse er sjeldent beskrevet sammen med data for diagnostisk treffsikkerhet.
- Ingen av de beskrevne testene er treffsikre nok til å inkludere eller ekskludere en tilstand eller patologi.
- Alle testene i oversiktsartikkelen er gjennomført i et miljø med høy pre-test sannsynlighet, hvilket medfører at den diagnostiske treffsikkerheten kan være vanskelig å overføre til generell klinisk praksis.

Dette mønsteret begynner å bli kjent fra både rygg og skuldre, der vi ser at treffsikkerheten og verdien av de kliniske testene våre er relativt lav når det kommer til å sette en strukturell diagnose, og vi kan gjerne kalle dette et spesifisitetssparadoks; vi er mer spesifikke med mindre forskning. Der vi nå har blitt trygge på å kalle majoriteten av ryggplager uspesifikke, peker trenden i samme retning også for kroppsdeler; jo mer forskning vi får, desto mindre spesifikke ser majoriteten av plagene ut til å være. Kanskje ender vi opp med at majoriteten av albueplagene vi ser også er uspesifikke? Per i dag virker det i alle fall vanskelig å være sikker på en spesifikk diagnose

basert på de kliniske testene som er beskrevet i litteraturen.

Men vi kan ikke la være å undersøke pasientene som henvender seg med albuesmerter på grunn av at forskningen viser redusert diagnostisk treffsikkerhet i kliniske tester. Vi skal fortsatt oppta en grundig sykehistorie hvor vi kartlegger skademekanismen (hvis dette foreligger), svingninger i belastningsmønsteret, samt identifisere utløsende og opprettholdende faktorer for plagene. Vi skal undersøke leddutslaget for å vurdere om albueleddet er stivt eller instabilt. Her er det viktig å understreke at begrepet «instabilitet» ikke er entydig definert. Instabilitet er ikke det samme som økt bevegelighet. Mange har evnen til å hyperekstendere albuen, men de er ikke hypermobile før de har en Beighton score som tilsier det. De er heller ikke instabile i albuen før det kan bevises at de har en strukturell skade på albuens stabiliserende strukturer, som leddbånd og/eller processus coronoideus. I disse tilfellene har det gjerne vært et traume involvert. Sideleddbåndene kan vurderes klinisk gjennom varus/valgus stresstest. Videre i undersøkelsen ser vi etter hva som provoserer frem symptomene; isometriske tester og palpasjon av epikondylene for vurdering av lateral og medial epikondylalgi, krafttest i ekstensjon og i fleksjon med ulike grader av pro- og supinasjon for å vurdere triceps, biceps, brachioradialis og brachialis, Tinels tegn i cubital- og carpaltunellen samt nervetensjonstester for å vurdere involveringen av de store nervene til armen og vurdering av krafttap og pareser. Behovet for billegdiagnostikk bør vurderes ut fra pasientens alder, om det er et

traume involvert og om eventuelle billedfunn vil endre tilnærmingen. Eksempelvis vil et traume kunne medføre skader på stabiliserende strukturer som vi enten ønsker å avlaste med ortose eller henvise til en ortopedisk vurdering. En ung pasient med plager fra albueleddet kan også mistenkes å ha en bruskslesjon – osteochondritis dissecans – en tilstand som vil trenge avlastning og/eller kirurgisk håndtering.

Å danne seg et bilde av personen med en vond albue bør stå sentralt i tilnærmingen vår. At psykologiske faktorer er viktige prediktorer for utfallet av fysioterapi er vist for skulderpasienter, det samme er pasientens pain self-efficacy og forventninger til fysioterapi (2,3). Dette er beskrevet inngående i en tidligere artikkel i dette bladet (nr 1-20), og selv om det ikke er gjort tilsvarende studier på albue er det sannsynlig at disse faktorene vil være sentrale også i håndteringen av albuepasienter. Caneiro og kolleger har tatt til orde for at vi må se muskel- og skjelettplager på tvers av kroppssiloer, da vår håndtering av disse plagene er relativt lik på tvers av de ulike plagene og regionene (4).

Den langt på vei vanligste albueplagen vi ser er lateral epikondylalgi, også kjent som tennisalbue. Dette omtales ofte som lateral albuetendinopati, der man antar at extensor carpi senen er affisert. Et interessant spørsmål er om dette faktisk er en tendinopati, all den tid vi kan se endringer i senevevet uten symptomer og pasienten kan ha symptomer fra lateralsiden uten at vi ser endringer i senevevet. Jeg mener dette er mer enn semantikk, da en lateral albuetendinopati vil tilsi at rehabi-

Characteristics of optimal loading

Directed to **appropriate** tissues
Loading through **functional** ranges
Appropriate blend of **compressive, tensile** and **shear** loading
Variability in **magnitude, direction, duration** and **intensity**
Include **neural overload**
Tailored to **individual characteristics**
Functional

Glasgow, P., Phillips, N., et al.: Optimal loading: key variables and mechanisms. *Br J Sports Med*, 2015, 49(5): p. 278-9.

Figur 1: Glasgow sine karakteristika for optimal belastning.

literingen bør bygge på de samme prinsippene som for tendinopatier andre steder i kroppen (5). Også for tendinopatier må vi ha med de psykososiale faktorene, da Mallows i 2017 viste at blant annet kinesiofobi, angst og katastrofetenking er psykologiske faktorer assosiert med patellar, achilles og lateral albueten-dinopati (6).

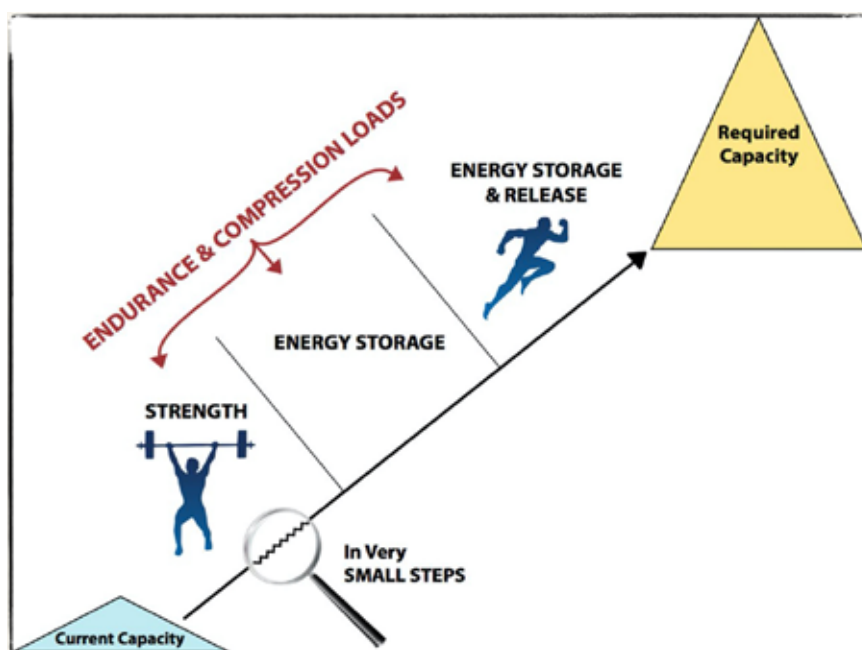
Det er åpenbart at ulike tilstander i albuen behøver ulik tilnærming, og ulike pasienter med samme tilstand vil også ha behov for en individualisert tilnærming. Om vi lar de mindre vanlige tilstandene, som luksasjoner, brusklesjoner og nevrogene tilstander ligge i denne omgang og retter fokuset mot den langt vanligere tilstanden på lateralsiden, er det interessant å se hvordan vi kan

og bør tilnærme oss denne. I blad 3-17 skrev jeg om ulike treningsformer for lateral epikondylalgi, og selv om det er lite forskning på dette området har man sett at; isometriske øvelser alene ikke er bedre enn en vent og se tilnærming (7), at isoton trening pluss isometrisk hold er bedre enn eksentrisk trening (8) og at eksentrisk trening er mer effektivt for å redusere smerte og øke styrke enn konsentrisk trening (9). Hva kan vi trekke ut av dette? I mine øyne, to ting;

- 1) At en økt magnitudo av belastning ser ut til å gi bedre effekt.
- 2) At treningsmetodikken for lateral epikondylalgi slik den er beskrevet i forskning er langt unna å kunne karakteriseres som optimal belastning (10).

For å ta det første først; hva er det treningen vår skal føre til? Redusert smerte? Økt styrke? Bedre funksjon? Økt livskvalitet? Alt sammen på en gang? Målet for behandlingen og treningsprinsippene i treningslæren styrer valgene av treningsmetodikk og tilnærming. Det er naturlig at et høyere treningsvolum gir bedre effekt på styrke, men økt styrke fører ikke automatisk til redusert smerte. I mange tilfeller kanskje snarere tvert om: et høyere treningsvolum fører ofte til økt smerte. Å forklare hva symptomresponsen betyr, adressere smerterelatert frykt og styre treningsdosen etter symptomrespons er viktig i et pasientforløp, og i denne symbiosen av ulike faktorer kan vi gradvis øke belastningen og trygge pasientene våre på symptomresponsen samtidig som de blir sterkere.

Derneft; det er forståelig i et forskningsperspektiv at det gjøres én eller få øvelser, og at øvelsen(e) doseres likt og kontrolleres for så mange faktorer som mulig. Men vi er nødt til å erkjenne at dorsalfleksjon i håndleddet ikke er nok for å rehabilitere en lateral epikondylalgi. På samme måte som eksternrotasjon i skulder ikke er det for skulderplager og kneekstensjon ikke er det for kneplager. Vi må erkjenne at én protokoll ikke passer for alle, og at alle de kontekstuelle faktorene rundt selve treningen faktisk har



Cook, J.L., Docking, S.I.: "Rehabilitation will increase the 'capacity' of your ...insert musculoskeletal tissue here..." Defining 'tissue capacity': a core concept for clinicians. *Br J Sports Med*, 2015.

Figur 2: Cook og Docking sin progresjonsmodell fra nåværende til ønsket kapasitet.

stor betydning. Vi er nødt til å bruke de samme prinsippene for opptrening også når det gjelder albue, og en god huskeliste er Glasgow sine karakteristika for optimal belastning (figur 1). Ser vi denne sammen med Cook og Docking sin modell (11) for å bedre kapasiteten (figur 2), kan vi tenke oss at vi starter med den øvelsen og belastningsformen som belaster mest og aggraverer

minst – altså lavest mulige effektive dose – og bygger derfra. Om dette er isometrisk, eksentrisk, konsentrisk eller isoton virker å være underordnet så lenge vi får belastet albuen. Det trenger heller ikke være dorsalfleksjon; øvelsesutvalget som belaster albuen er enormt. Tenk bare på alle øvelser der du griper om noe og beveger armen. Dette gir et stort mulighetsrom for å individualisere

opptreningen, der vi erkjenner at pasienter ikke er skapt for å passe inn i protokoller eller bokser. Fra startpunktet vårt bygger vi gradvis opp kapasiteten steg for steg og inkluderer elementene fra Glasgow sin liste.

Et eksempel på hvordan vi kan progredierte et treningsprogram for lateral epikondylalgi kan se slik ut:



Dorsalfleksjon som startpunkt for belastning



Progresjon til pro-/supinasjon



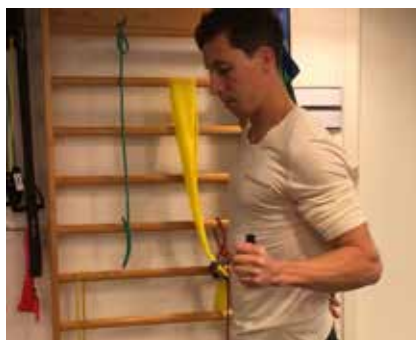
Get up varianter med kettlebell. Dette utfordrer grepet og motorisk kontroll over armen som helhet. Samtidig jobber underarmsmuskulaturen med lang tid under tensjon. Legger man inn pressøvelser i ulike posisjoner kan vi også introdusere kompresjon av seneutspringet gjennom albuefleksjonen (bilde 3).



Grepet kan utfordres gjennom bredere grepsposisjoner og vi kan jobbe med kontraksjonshastighet og lagring/frigjøring av elastisk energi i drop «n catch» (bilde 2)



Hengøvelser på både to hender og en hånd kan være både en inngang til belastning, og en idrettsspesifikk progresjon der pasienten har behov for denne egenskapen.



Pallof press er beskrevet som en skulderøvelse, men er og en fin øvelse for albuen der vi kombinerer grep med fleksjon/ekstensjon.



Backhand med strikk er en av mange måter for å introdusere hastighet gjennom den kinetiske kjeden.

Det er fortsatt mye vi ikke vet om vonde albuer, de kliniske undersøkelsene våre har begrenset verdi og vi har ingen universelle treningsprotokoller. Er ikke dette etter hvert en kjenningsmelodi i faget vårt? Men, ingen grunn til å henge med hodet. Grunnpilarene i faget vårt består: en grundig anamnese, overordnede prinsipper i fysikalsk undersøkelse, relasjons- og kommunikasjonskompetanse samt treningslære vil ta oss langt på vei i håndteringen av de aller fleste vonde albuer. Og, dette gir jo et stort mulighetsrom til å individualisere pasienttilnærmingen vår og unngå kokebokoppskrifter: for det er jo tross alt en person foran oss som har den vonde albuen.

Se referanser/kilder side 36.

Fysikalsk Institutt «halvpart» (8okvm) til salgs

Sentralt i Lørenskog sentrum

Fysio-Trim, har gode gratis parkeringsmuligheter. God standard. Ligger i 3.etg. med heis i forkant av Lørenskog ishall.

Kontaktperson:
Gunnar W. Hansen
Tlf. 99392539