

Den gode skulderundersøkelsen

Skulderplager er noe de fleste fysioterapeuter vil beskjeftige seg med på daglig basis. I denne artikkelen presenteres elementer i undersøkelsen som bør være med i møtet med denne pasientgruppen. Den gode skulderundersøkelsen handler i realiteten kanskje mest om å undersøke hvilken person det er som henvender seg med skulderplager, og ikke bare skulderplagen i seg selv.



AV JØRGEN JEVNE
KIROPRAKTOR OG
FYSIOTERAPEUT

Formålet med en god (skulder) undersøkelse vil være å strømlinjeforme førstegangsmøtet, slik at man kommer rundt de viktigste tilstandene og får utført en strukturert og velorganisert konsultasjon. Den gode skulderundersøkelsen er derfor langt mer enn bare den objektive undersøkelsen som innebærer fysisk

testing. Innenfor ryggomsorgen har man gjennom den gode ryggundersøkelsen tatt til orde for å kategorisere ryggpasienter innenfor grove diagnostiske kategorier. Dette er kjent som en diagnostisk triage. Dette ble utviklet som et rammeverk for å forstå ryggpasienten. Den baserer seg på at man utelukker alvorlige (spesifikke) årsaker til ryggsmertes. Man kan tenke seg en trekant, hvor fundamentet – altså majoriteten av pasientene – betraktes som uspesifikke [1]. Er man kjent med denne måten å resonnerer på rundt ryggpa-

sienter, kan man gjøre en naturlig forlengelse av denne fremgangsmåten også på skulderpasienter.

Diagnostiske kategorier

Mange har tatt til orde for å simplificere hvordan vi ser på skuldersmerter i 2020. Spesielt i 2019 kom det flere artikler som peker på at mange pasienter har lignende psykososial profil, uavhengig av hvor smerten sitter. Man har med andre ord en del fellestrekk i sykehistorien til pasienter med muskelskjelettsmerter [2,3]. Klinikeren anbefales derfor å bruke

god tid på å bli kjent med personen med skuldersmertene, og stille konkrete spørsmål for å kartlegge psykososiale problemstillinger som kan være barrierer i rehabiliteringen. Risikoprofilering gjennom spørreskjemaer, for eksempel STarT Back MSK eller Örebro Screening Questionnaire, er også anbefalt. På denne måten kan man bli bedre kjent med pasienten med skuldersmertene, hvilke tanker, forventninger og bekymringer den har, hvordan den håndterer smertene sine i hverdagen og hva slags mestringsevne de har. På tross av at majoriteten av pasienter presenterer seg med en uspesifikk tilstand, betyr ikke det at det ikke finnes spesifikke smerter i skulder. For å sette dette i riktig kontekst, behøver derfor klinikere grove diagnostiske kategorier innenfor skuldersmerter, som fortsatt tillater stor grad av individualisering og klinisk resonnering omkring den enkelte pasient og vår håndtering av dennes plager. Nylig har man i Norge fått en nasjonal retningslinje for håndtering av atraumatiske skuldersmerter i primærhelsetjenesten [4]. Videre ble det i 2019 publisert en konsensrapport fra England som samsvarer med anbefalingene i den norske retningslinjen [5]. Sammen med best-practice artikler fra USA [6], England [7] og fra anerkjente klinikere [8-12], ser man tydelige fellestrekk og kan komme med noen klare anbefalinger.

På samme måte som i diagnostisk triagering av ryggpasienten, så vil formålet med å kategorisere skulderpasienten være å utelukke alvorlige og/

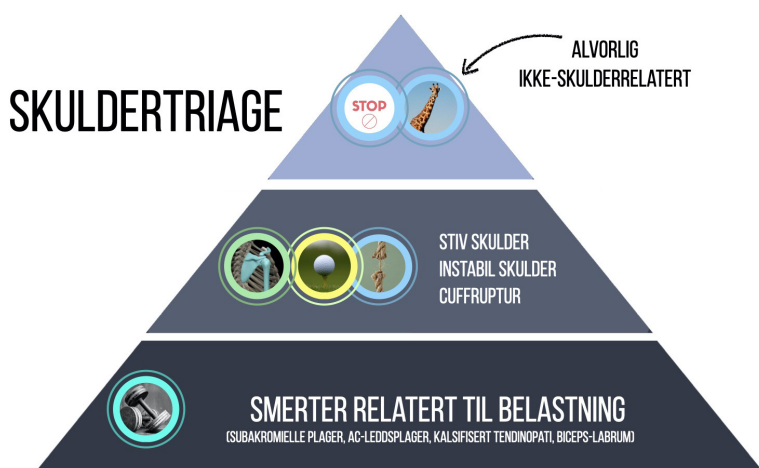
eller ikke-skulderrelaterte problemstillinger, samt kategorisere – om mulig – de spesifikke årsakene først. Alvorlige årsaker til skuldersmerter er, på samme måte som hos ryggpasienter, svært sjeldent. Det kan allikevel forekomme og er glimrende illustrert i en case-report fra Tidsskriftet for Den Norske Legeforening [13]. Det kan også være verdt å merke seg at hos pasienter med spondylatropati rapporterer majoriteten ledsagende

symptomer i skuldre og hofter, og en case-report beskriver hvordan en pasient med underliggende spondylartropati behandles som en frossen skulder og dermed bidrar til diagnoseforsinkelse [14]. Nakkerelaterte skuldersmerter kan defineres som en type skuldersmerte som egentlig stammer fra et nakkeproblem. Her rådes leseren til å lese artikkelen «Nakkerelaterte skuldersmerter» i forrige utgave av dette bladet (Fysioterapi i Privat praksis nr. 3 (2020)). Disse to hovedkategoriene; alvorlige årsaker og nakkerelaterte skuldersmerter, kan anses som toppen av pyramiden i trekanten vår.

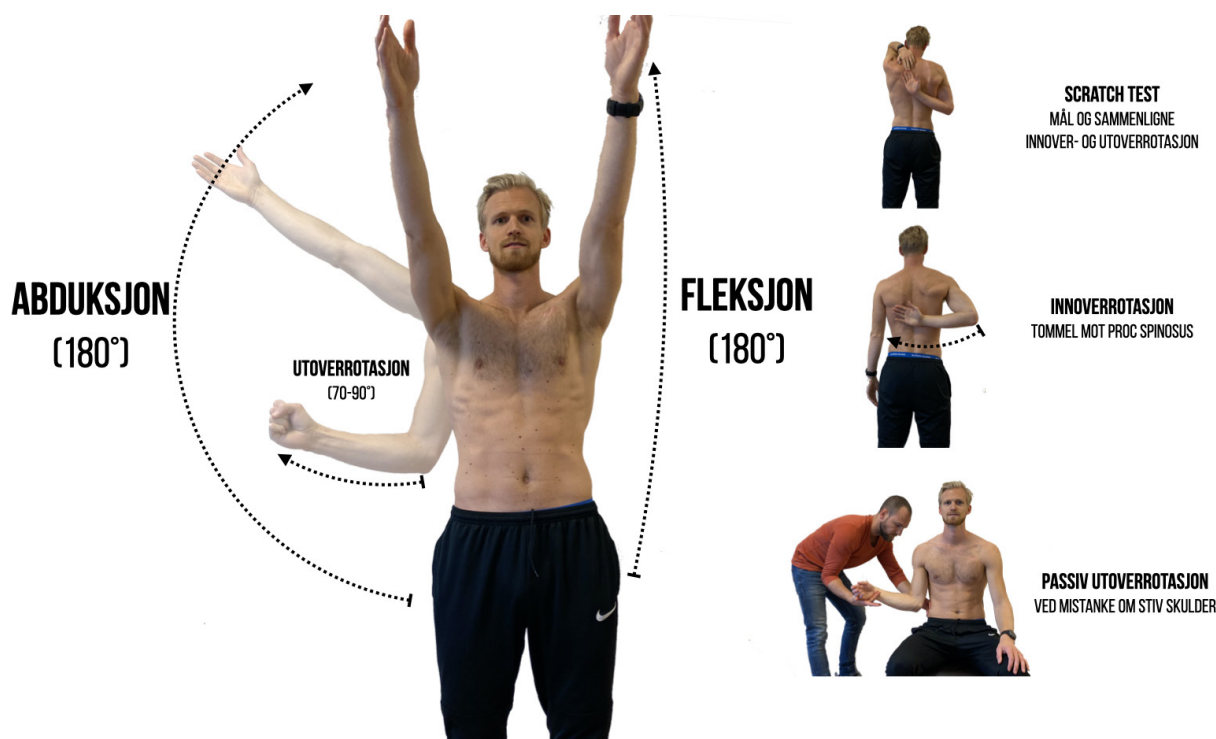
I midtre del av trekanten tar man for seg de spesifikke skulderkategoriene. Her kan man overordnet vurdere om skulderen er stiv, instabil eller om man mistenker cuffrupturer. Stive skuldre kan defineres som en smertefull skulder med lik begrensning i aktiv og passivt bevegelsesutslag. De vanligste her er frossen skulder [15,16] og artrose [17]. Man kan også få en klinisk stiv skulder etter en akutt kalkbrist, som er sjeldnere



Subakromielle smerter er et paraplybegrep for en mengde forskjellige tilstander i skulder



Skuldertriage med elementer fra klinisk resonnering kjent fra korsryggsområdet



Bevegighetsundersøkelser skulder

og omtalt i egen artikkel i en tidligere utgave av dette bladet. Skulderinstabilitet er som oftest et resultat av traume, og klinikere har nok historisk sett overdiagnostisert atraumatisk skulderinstabilitet i fysioterapi-praksis. I henhold til litteraturen er majoriteten av skulderinstabilitetspasienter traumatisk betinget [18-20], og litteraturen peker på at mange har diagnostisert atraumatisk instabilitet hos pasienter som i realiteten har en uspesifikk skuldersmerte. Rupturer i rotatorcuffen er et stort og omfattende område vi har belyst i flere artikler tidligere i dette bladet – spesielt vil jeg anbefale leseren artikkelen «Beslutningstaking: cuffruptur» i dette bladet (nr. 2 (2018)). Formålet med denne artikkelen er å skape en struktur i skulderundersøkelsen og ikke gjøre dypdykk i hver enkelt problemstilling (se algoritme).

Fundamentet i trekanten består av en rekke smertetilstander i skulderen som har relativt like kliniske karakteristika, og felles er at de er følsomme for belastning: smertene er altså belastningsrelaterte. Historisk sett har vi ikke hatt for vane å omtale skuldersmerter som uspesifikke, men heller skapt en myriade av mer eller mindre (u)spesifikke diagnoser

som overlapper hverandre i nomenklatur og beskrivelser og som har vist seg notorisk vanskelig å skille fra hverandre. Man kan se for seg at uspesifikke smerter egentlig vil være et paraplybegrep for tilstander som innklemming, bursitt, kalsifisert tendinopati, biceps tendinopati, cuffdegenerasjon, cufftendinopati og partiell cuff ruptur. Denne paraplyen har i praksis vært brukt i en årrekke, men man har kalt det subakromielt smertesyndrom [7]. Men subakromielt smertesyndrom er i realiteten ikke særlig forskjellig fra 'uspesifikke korsryggssmerter', og på samme måte er 'patellofemoralt smertesyndrom' også et uttrykk for uspesifikke smerter rundt kneet. I skulderen kan vi overordnet si at pasienten får vondt når de bruker skulderen - altså en belastningsrelatert skuldersmerte. Viktig her er at passiv leddbevegelse er bevart, at skulderen ikke fremstår stiv, instabil eller at man har mistanke om alvorlige eller spesifikke årsaker til smerten. Følgelig vil skulderundersøkelsen i stor grad ligne på ryggundersøkelsen. Man resonnerer rundt 'det verste først' og gjør en sannsynlighetsberegning i forhold til funnene i sykehistorie og klinisk undersøkelse hvor man plasserer pasienten i trekanten.

Sykehistorien

Anamneseopptaket er som kjent hjørnesteinen i klinisk praksis. Det er her man former en forståelse av pasientens problem og stiller kontroll- og oppfølgende spørsmål for å forsterke eller revurdere sin(e) tentative diagnoser. Skulderanamnesen skiller seg ikke i noen vesentlig grad fra øvrige anamneser.

- Pasientens bakgrunn (kjent / ukjent pasient, tidligere sykehistorie, tidligere plage fra aktuelle side)
- Pasientens aktuelle problem (lokalisasjon og evt. utstråling, smertekarakter, debut, utvikling, forverrende / lindrende faktorer)
- Viscerale symptomer
- Systemiske symptomer
- Røde flagg
- Pasientens øvrige sykehistorie (komorbiditeter, medisinbruk, operasjoner, øvrig medisinsk oppfølging aktuelt eller tidligere)
- Sosialt (sosial status, arbeid, sykmelding)
- Stimulantia (røyk, snus, alkohol, rusmidler)

I tillegg vil jeg argumentere for at noen spørsmål vil være direkte skulderrelevante. En skuldersmerte vil typisk manifestere seg i eller rundt

skulderen. Klager pasienten over smerter midtthorakalt, i relasjon til interscapulær muskulatur, cervikotorakal overgang eller lignende, mener jeg ikke man skal definere dette som en typisk skuldersmerter. Videre vil en belastningsrelatert smerte typisk være vond å ligge på om natten (kompresjonsømheter over cuff). Skulderkapsulitter oppgir ofte høyere smerte (ofte VAS 6-8 av 10 også i hvile), mens en belastningsrelatert skuldersmerter typisk har minimal / mindre smerte i hvile, og distinkt forverring ved belastning. Skulderkapsulitter oppgir også ofte mer vidstrakt smerteutbredelse, gjerne med smerter oppover i nakken og nedover i armen, mens en typisk subakromiell smerte gjerne er lokalisert i relativ nærhet til skulder og med mer distinkte smerter i skulder ved belastning. Ved mistanke om akutt ruptur eller skulderinstabilitet skal det være et traume involvert, og atraumatisk betingede symptomer kan med fordel betraktes som uspesifikke inntil det motsatte er bevist. For eksempel er det i utgangspunktet ikke anbefalt å operere en degenerativt betinget fulltykkelsesruptur uten at det foreligger et traume. Det overordnede formålet ved anamneseopptaket er å plassere pasienten i en grovdiagnostisk kategori ut fra primær mistanke, og deretter bruke den objektive undersøkelsen til å validere eller revurdere dette. Det er også sykehistorien som gir deg en unik mulighet til å skape en overordnet forståelse av hvem pasienten er. Forfattere har nylig tatt til orde for å unngå å tenke i kroppssiloer og heller forstå muskelskjelettsmerter ut fra et overordnet perspektiv med overlappende symptomer [2]. Forfatterne peker på at man må forstå hva slags risikoprofil pasienten har, og på denne måten omfavne pasientsentrert kommunikasjon og behandling. Dette gjør det enklere å få pasienten til å forstå betydningen av å selvhåndtere tilstanden.

Den objektive undersøkelse

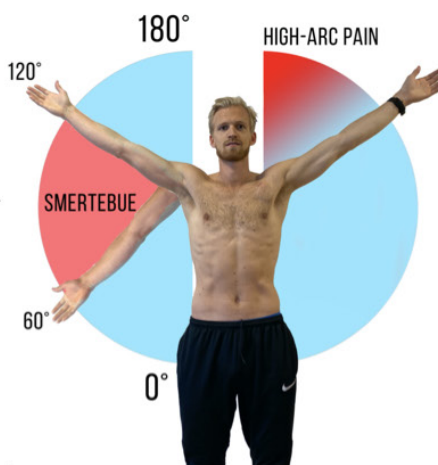
På fysioterapistudiet lærer man gjerne at sykehistorien er fundamentet i klinisk praksis. William Osler, en kanadisk lege, fremsatte det nå velkjente sitatet: «Lyt til pasienten, han forteller deg sin diagnose». Ironisk

nok er de fleste kurs og etterutdanninger fokusert rundt behandlingen av pasienten, og i mindre grad kommunikasjonen med vedkommende. Følgelig har også mye av fokuset ligget på intrikate undersøkelsesalgorit-

mer som har medført at mange klinikere opplever skulderundersøkelsen som unødvendig komplisert. Det foreligger over 200 kliniske skuldertester beskrevet i litteraturen, og det sier seg selv at dette medfører forvir-



SUBAKROMIELLE PLAGER TYPISK VERST I MIDTRE DEL AV BANEN



AC-LEDDSPLAGER TYPISK VERST I ENDEN AV BEVEGELSESBANEN OG OVER MIDTLINJEN



Aktuelle test-clustere for AC-leddssmerter og subakromielle smerter

ring. Men, basert på resonneringen rundt grove diagnostiske kategorier, kan man med fordel forenkle skulderundersøkelsen sin betraktelig.

Alvorlig / nakke-relatert

Vi tar som vanlig utgangspunkt i trekanten vår: Hva er sannsynligheten for at pasienten lider av noe alvorlig eller ikke-skulderrelatert? Avhengig av svarene gitt under sykehistorien vil dette være mer eller mindre sannsynlig. Foreligger klare røde flagg eller konkret mistanke om systemisk sykdom? Mistenker du at symptomene stammer fra nakken? I så fall hvorfor? Hvordan ønsker du å undersøke dette? Her kan man bruke smertelokalisasjon, reproduksjon av symptomer ved bevegelse eller testing av nakke som indikatorer. På samme måte som hos korsryggspasienter er det en liten prosentandel som tilhører øverste del av trekanten. På korsryggsområdet anslår man rundt 1%, men vi har ikke lignende tall på skulderpasienter. Av spesifikke årsaker i korsrygg anslår man disse til å være rundt 10-15%. I skulder er de nok noe høyere enn dette.

Spesifikke skuldersmerter

En enkel måte å gjøre en diagnostisk screening av spesifikke skulderplager er rett og slett å spørre: «Har det vært et traume involvert?». Dersom svaret er «nei», så har man allerede utelukket traumatiske cuffrupturer og traumatisk skulderinstabilitet, som vil være to viktige diagnostiske kategorier. Dersom presentasjonen er atraumatisk, kan man legge resonneringen sin tett opp mot de norske retningslinjene [4]. Av spesifikke skulderplager vil man stå igjen med stive skuldre, som primært vil dreie seg om skulderkapsulitter (frossen skulder) eller artrose. Frossen skulder er vanligst i alderen 35-65, mens artrose primært >60 år. Stive skuldre kan også være grunnet glenohumeral artritt, avaskulær nekrose eller akutt kalkbrist, men dette er sjeldent. For at en skulder skal være stiv skal det foreligge redusert aktiv og passiv ROM sammenlignet med motsatt side. Typisk ser man >50% tap av utoverrotasjon fra nøytralstilling i en frossen skulder, men store variasjoner forekommer. Spesielt i starten av forløpet kan det være vanskelig å

skille en kapsulitt fra en subakromiell plage. Typisk vil det ved en kapsulitt være klare end-range symptomer og smerter som forverrer seg utover i bevegelsesbanen, mens en subakromiell plage ofte først blir verre ved ekstern belastning (enten isometrisk motstand eller ved økt vektbelastning).

Belastningsrelaterte skuldersmerter

Har man utelukket traumatisk betingede smerter og de øvrige spesifikke tilstandene, har man også beveget seg nedover i den diagnostiske skuldertriagen. Man havner da i den største kategorien, som kan betegnes som «belastningsrelaterte skuldersmerter». Her ligger antageligvis en serie med forskjellige skulderplager som man ikke enkelt kan differensiere fra hverandre – derav paraplybegrepet. Det er allikevel noen tilstander som ser ut til å skille seg fra hverandre gjennom relativt sikre test-cluster. AC-leddsplager er relativt vanlig, spesielt blant aktive individer. Ofte kan det ha vært et mindre (eller større) traume involvert, og smertene er oftest lokalt beliggende i direkte relasjon til AC-leddet på toppen av skulderen. De traumatiske skadene ble omtalt i nr. 2 (2020) i dette bladet. AC-leddet kan også være utsatt for overbelastning og artrose. Smertene er typisk belastningsrelaterte og verst ved full elevasjon og/eller bevegelser som krysser midtlinjen (cross body). I motsetning til subakromielle plager som ofte beskriver symptomene i en smertebue. Sykehistorie, eventuell skademekanisme og et enkelt test-cluster er som oftest godt nok for å klassifisere plagen som en AC-leddsskade. Biceps-labrum komplekset har også typisk vært tolket som en spesifikk plage. Allikevel er det også her overlappende symptomer til subakromielle plager, og det faktum at man har funnet høy forekomst av labrumskade hos asymptotiske individer [21] og operasjon uten effekt utover placebo [22], har gjort at biceps-labrumkompleksets rolle i skulderplager er noe usikkert. Kalsifisert rotatorcuff tendinopati er også en tilstand som kan fremstå som en vanlig subakromiell smerte. Man ser en tendens til at forekomsten av kalk hos symptomatiske skuldre er

høyere enn hos asymptotiske, men det foreligger fortsatt stor grad av usikkerhet omkring hvordan man best bør tilnærme seg pasienter med kalsifisering i rotator cuffen eller om de bør betraktes som en 'vanlig' subakromiell plage og håndteres konservativt med rådgivning og trening. I denne konteksten er derfor subakromielle plager – eller uspesifikke skuldersmerter – en eksklusjonsdiagnose. Man har utelukket de øvrige tilstandene, og sitter igjen med en (sannsynligvis) heterogen gruppe med lignende skuldersymptomer. Dette er i henhold til øvrige randomiserte kontrollerte studier på dette området [23,24]. Typisk har man anbefalt et test-cluster bestående av fem tester.

En enkel algoritme

Selv om noe virker simpelt, betyr ikke det at det gjør møtet med skulderpasienten enkelt. Formålet er å unngå forvirrende elementer i konsultasjonen, slik at man kan konsentrere seg om det som er det viktigste; plassere pasienten og dens plage i riktig kontekst.

Hvem er pasienten?

Mistenker du noe alvorlig eller ikke-skulderrelatert?

Traume?

JA – traumatisk cuffruptur eller skulderinstabilitet

NEI – Stiv eller belastningsrelatert skuldersmerte?

Hvordan er AROM og PROM?

Stiv? Artrose (alder typisk >60+), frossen skulder (typisk 35-60 års alder), kalkbrist (sjeldent), avaskulær nekrose eller artritt (sjeldnere)

Belastningsrelatert? Isometrisk styrke? Test-cluster?

AC-leddsplager? Biceps-labrum komplekset? Kalsifisert tendinopati?

Subakromielle / uspesifikke plager?

På denne måten vil du ha dekket de aller viktigste diagnostiske kategoriene innen skulderplager. Majoriteten vil ende opp med en uspesifikk kategorisering, og i dette bladet presenterer vi også en omfattende gjennomgang av «øvelsesterapi for ikke-spesifikke skuldersmerter».

Lykke til!

Se referanser/kilder side 37.