



Håndtering av traumatisk skulderluksasjon

Traumatisk skulderluksasjon skiller seg fra majoriteten av pasienter vi møter i klinisk praksis, da denne domineres av pasienter med uspesifikke smerter. Det er derfor viktig at klinikeren også er oppdatert på tilstander med et akutt og traumatisk forløp, da disse skiller seg fra de pasientene man ser mest av.

Denne artikkelen drøfter håndtering av traumatiske skulderluksasjoner.



AV JØRGEN JEVNE
KIROPRAKTOR OG
FYSIOTERAPEUT

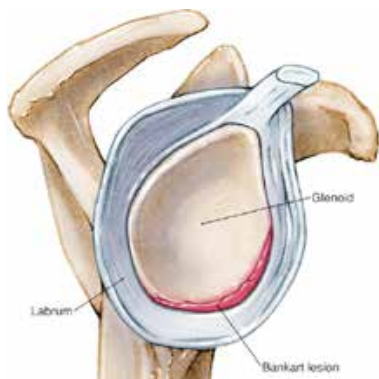
Skulderluksasjon er en potensiell alvorlig og relativt hyppig skade, spesielt hos yngre og idrettsaktive individer. Av alle luksasjoner forekommer de i skulder hyppigst, med en insidens på 8.2-23.9 pr. 100.000 mennesker. Hyppigst hos menn, med en ratio på 2.5:1. Nesten 50%

av pasientene er 15-29 år [1-4]. Enger og forfattere publiserte i 2018 en oversikt over skulderskader på Oslo Legevakt [5] (denne studien ble også omtalt i Fysioterapi i Privat Praksis, nr 4, 2018). Av totalt 3218 pasienter med mistenkt skulderskade, var det 442 dislokasjoner. Ser man på kun luksasjoner av GH-ledd, var dette 351 pasienter. Ut fra denne studien kan man derfor estimere at omkring 13% av pasienter med akutt skulderskade på legevakten faktisk har skulderluksasjon.

Av disse var 73% menn. Traumatiske luksasjoner forekommer i over 95% av tilfellene anteriort, og kun en liten fraksjon av pasienter lukserer posteriort [3].

Hvem lukserer og hva skjer med dem?

På et generelt grunnlag kan man si at de som gjennomgår en skulderluksasjon gjør dette etter en traumatisk hendelse, de lukserer anteriort, de er hyppigst menn, og er unge og idrettsaktive [6]. Gruppen med såkalt atraumatisk instabilitet



Bankart lesjon - avulsjon av inferiore labrum fra glenoid idét denne løsriveres fra scapulas periost

klassifiseres sjeldent i litteraturen, har diffuse diagnosekriterer og er antageligvis overdiagnostisert i klinisk praksis. Etter alt å dømme er pasienter med faktisk atraumatisk instabilitet sjeldent, og litteraturen estimerer at 96% av pasienter med skulderinstabilitet har et traumatisk opphav [3,7-9]. I Enger sin studie [5] ser man en topp i forekomsten av luksasjoner fra slutten av tenårene til midten av tyve-årene (se bilde). Mekanismen er typisk fall eller taklinger på utstrakt arm som setter skulderen på strekk slik at statiske stabiliseringskomponenter ryker. Hyppigst forekommer en såkalt Bankart lesjon [10]. Dette er en avulsjon av inferiore labrum fra glenoid idét denne løsriveres fra scapulas periost (se bilde). Denne skaden øker sannsynligheten for ytterligere instabilitet, og forekommer svært hyppig (over >85% av førstegangsluksasjoner pådrar seg denne skaden [11]). Sammenfallende med dette kan det forekomme en ossøus fraktur av glenoid, en såkalt «bony Bankart». Ofte forekommer samtidige skader på ligamentkompleksene i det midtre og superiore glenohumeral-ligamentet samt isolerte labrum-skader [6]. En skade på posteriore caput humeri som følge av impaksjonen mot den hardere glenoid, kalles Hill Sach lesjon og forekommer hos >50% av førstegangsluksasjoner. Cuffrupturer og frakturer av tuberculum majus forekommer hyppigst hos pasienter >40år [6,12]. Nerve- og vaskulære skader forekommer mindre hyppig (hhv 10%

og 2%), men er desto mer alvorlig [12]. Klinikerer bør være spesielt obs på affeksjon av n. Axillaris, som gir parese av bl.a. deltoideus-muskulaturen. Cuffrupturer etter luksasjon øker med økende alder, men klinikerer må være obs på den generelle forekomsten av asymptomatiske cuffrupturer i befolkningen over 40-50 år [13]. Det kan derfor være vanskelig å kartlegge kliniske relevante cuffrupturer hos eldre pasienter med skulderluksasjon, men heldigvis forekommer luksasjon hos de over 40 år sjeldent.

Håndteringen av den akutte pasient

Fysioterapeutens vurdering av den akutte, traumatiske skulderluksasjon bør farges av litteraturen på området. Med andre ord bør man være klar over sjansen for tilbakevendende instabilitet, langvarig sekvele og posttraumatisk artrose som risikofaktorer i denne gruppen. Generelt sett er sjansen for tilbakevendende instabilitet omvendt proporsjonal med alder; desto yngre pasienten er, desto høyere er sjansen for at skulderen vil reluksere innenfor 2 år. Gutter reluksere betydelig hyppigere enn jenter (se bilde). Robinson fulgte opp 252 pasienter med førstegangsluksasjon [14]. 86% av mannlige 15-åringer vil reluksere igjen innenfor to år, 72% av 20-åringer og 56% av 25-åringer. Ved 35 år så er det <30% som får reluksasjon. Tallene er vesentlig lavere for kvinner. Man ser også et økende omfang av intraartikulær skade proporsjonalt med antall reluksasjoner, som igjen tilsier at man utsetter leddet for progressiv skade med økende antall luksasjoner [15].

Tidlig håndtering av den akutte luksasjon

Reponering bør foregå så hurtig som mulig for å unngå/minimere følgeskader. Dersom det ikke er helt særskilte omstendigheter, bør reponering foregå på sykehus/legevakt. Det kreves normalt beroligende/muskelavslappende eller anestesi for adekvat reponering. Det tas typisk to røntgenbilder før reponering for å vurdere luksasjonsretning og eventuelle følgeskader (fraktur av collum humeri eller tuberculum

Age (years)	Males	Females
15	0.86	0.54
16	0.84	0.51
17	0.81	0.48
18	0.78	0.45
19	0.75	0.42
20	0.72	0.40
21	0.69	0.37
22	0.66	0.34
23	0.62	0.32
24	0.59	0.30
25	0.56	0.28
26	0.53	0.26
27	0.50	0.24
28	0.47	0.22
29	0.43	0.20
30	0.41	0.19
31	0.39	0.17
32	0.36	0.16
33	0.34	0.15
34	0.31	0.14
35	0.29	0.13

Sannsynligheten for reluksasjon innenfor to år hos menn og kvinner

majus). Deretter tas kontrollbilder for å sikre at caput ligger riktig mot glenoid. Stort sett alle pasienter blir immobilisert i slynge, og det har vært undersøkt om immobilisering i utoverrotasjon skapte bedre tilhelsingsforhold og mindre sjanse for reluksasjon enn tradisjonell immobilisering i internrotasjon (se bilde). Dette er nå avvist, og man anbefaler i dag tradisjonell immobilisering i internrotasjon da dette både er mer



Immobilisering i internrotasjon- og eksternrotasjonslynge

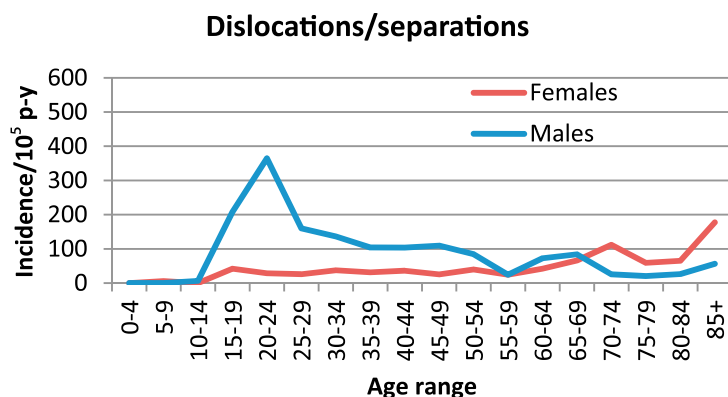
behagelig og lettere å håndtere for pasienten [16]. Interessant nok er det også betydelige geografiske forskjeller på varigheten av immobilisering, strekkende fra 0-6 uker, avhengig av lokal praksis. Det er derimot konsensus i litteraturen på at immobiliseringen bør være så kort som mulig, og maksimalt én uke før man begynner gradvis bevegelse og mobilisering [6]. Man har altså ingenting å tjene på å la pasienten gå med slynge/fatle i lengre periode, og som kliniker bør man derfor oppfordre til bevegelse og aktivitet så raskt som mulig. Etter den initiale håndteringen med reponering

av luksasjonen og påfølgende (kort) immobilisering, er det betydelig diskusjon omkring videre behandling av denne gruppen pasienter.

Traumatisk førstegangsluksasjon: operasjon eller ikke?

Dette spørsmålet er langt fra nytt, og har skapt debatt i fagmiljøet i mange år. I Norge har vi en forholdsvis konservativ tilnærming til denne pasientgruppen, og med et offentlig finansiert helsevesen er det ikke overraskende at holdningen (og operasjonsraten) er annerledes i andre land som har andre finansieringsformer. Mange land har de senere årene vist liberal

tilnærming til førstegangsluksasjoner, og velger å operere mange flere enn man gjør i Norge. I alle tilfeller er det konsensus, også i Norge, på at veldig mange idrettsaktive, unge pasienter vil reluksere skulderen flere ganger etter førstegangsluksasjon. En helt ny omfattende analyse viser at totalt sett reluksere ca. 50% av pasientene innenfor to år [17], men som nevnt er det høyere reluksjonsrater desto yngre pasienten er, og raten er også avhengig av kjønn (menn reluksere hyppigere enn kvinner). Denne samme oversikten peker også på at vi langt fra kjenner optimal posttraumatisk oppfølging av førstegangsluksasjonen, og det er antageligvis mye å hente i bedre oppfølging i den akutte og subakutte fasen. Her kommer naturligvis fysioterapeuter inn, som i mye større grad enn i dag bør involveres tidligere i det posttraumatiske forløpet. I Norge er det fortsatt slik at mange pasienter ikke en gang blir henvist (eller oppsøker) fysioterapi etter førstegangsluksasjonen, da de reponeres på sykehus og får beskjed om gradvis å belaste skulderen etter at de fjerner slyngen. Følgelig vet vi altfor lite om hvilke faktorer som gjør at noen reluksere hyppigere enn andre, og om det er mulig å forebygge dette ved hjelp av bedre

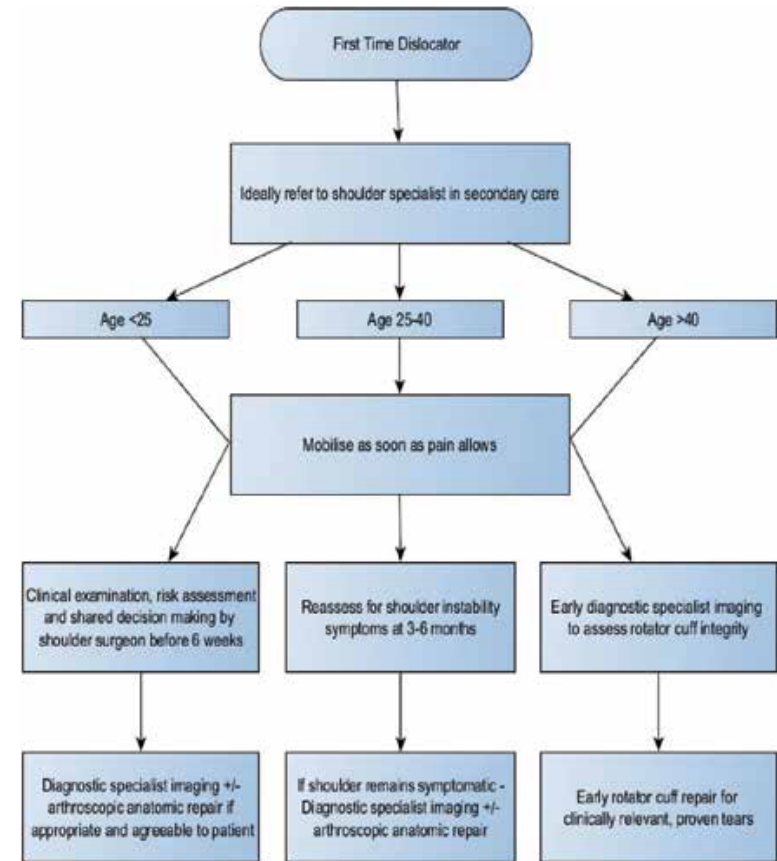


Forekomsten av luksasjoner på akuttmottaket fordelt på kjønn og alder

oppfølging. Det har ikke vært tradisjon for å utføre avanserte bildediagnostiske undersøkelser hos pasienter med førstegangsluksasjon. Allikevel er det godt dokumentert at de fleste pådrar seg Bankart og Hill Sach lesjoner, og mange også alvorlige labrum- og ligamentskader. Tradisjonell røntgen er ikke sensitiv nok for å plukke opp disse skadene, og man anbefaler således MR arthrogram [18]. Det kan være verdt å nevne at britiske retningslinjer fra BESS/BOA i 2015 anbefaler operasjon for yngre, idrettsaktive, mannlige pasienter ved traumatisk skulderlucksasjon [3]. Er pasienten i denne risikozonen, er det derfor fysioterapeutens ansvar å ta risikofaktorene på alvor og drøfte mulige behandlingsvalg. Det er viktig å understreke at dette bør være en avgjørelse som tas i samråd med en velinformert pasient. De samme retningslinjene har laget et flowchart for å vise resonneringen rundt de forskjellige alderstrinnene (se bilde).

Rehabilitering etter førstegangsluksasjon

På undertegnede facebookside «JevneHelse» utførte jeg en høyst uformell avstemning basert på usikkerhetene som hersker omkring håndteringen av førstegangsluksasjoner. Spørsmålet var: «Bør en 22 år gammel fotballspiller som under kamp får traumatisk, fremre dislokasjon, bli vurdert av ortoped etter det første traumatet?» Av 77 responderende, svarte kun 18% at han bør ha en kirurgisk vurdering. 82% mente at pasienten bør primært behandles konservativt. I lys av denne uhytidelige undersøkelsen er det et urovekkende dårlig grunnlag vi baserer konsensusen på. Studiene som foreligger er i favør av operasjon for unge, mannlige, idrettsaktive pasienter med traumatisk skulderlucksasjon. Generelt reduseres reluksasjonsraten med alder, men dette kan like gjerne være på grunn av redusert kontakt og risikoatferd, og vi må derfor vokte oss for å trekke en falsk konklusjon om at dette er fordi vi håndterer pasientene godt nok. Det er antageligvis mye å hente i optimalisering av rehabilitering for pasienter som ikke er direkte kandidater for kirurgi, og det er godt dokumentert at pasienter med skulderinstabilitet har utfordringer både med styrke, bevegelighet og pro-



Algoritmen fra BESS/BOA ved håndtering av førstegangsluksasjon

prioepsjon [19,20]. Med tanke på at dokumentasjonen på dette området har vært begrenset, har rehabiliteringen av instabile skuldre også antageligvis båret preg av stor variasjon i kvalitet, intensitet, øvelsesutvalg, dosering og fokus. Følgelig er det på høy tid med studier som sammenligner forskjellige treningsprogrammer, og ikke minst sammenligner en optimal rehabiliteringsstrategi for en ung, mannlige, idrettsutøver med førstegangsluksasjon med stabiliserende kirurgi.

Kliniske betraktninger

Denne artikkelen har oppdatert leseren på traumatisk skulderlucksasjon. I motsetning til den mer diffuse atraumatiske instabiliteten, er det etter hvert mye og god dokumentasjon rundt traumatisk luksasjon. Klinikerne bør være spesielt oppmerksomme på unge, mannlige, idrettsaktive førstegangsluksasjoner, som med god dekning i litteraturen bør vurderes kirurgisk på grunn av høy

fare for reluksasjon. Dette bør være en avgjørelse som tas i samråd med ortoped og en velinformert pasient. Videre bør klinikerne være obs på at lengre immobilisering (>1 uke) ikke er formålstjenlig, og man bør oppfordre til hurtig, men trygg mobilisering på tross av en del smerter i forbindelse med traumatet. Avhengig av alder, kjønn og idrett bør pasienten vurderes med bildediagnostiske modaliteter for å avdekke alvorlige følgeskader på labrum, ligamentkomplekset og leddflate. Cuff- og nerveskade må vurderes, spesielt hos godt voksne som lukserer. Terapeuten må være klar over at forskningen rundt rehabilitering av traumatisk instabilitet er begrenset, men det anses å være god praksis å gjøre rehabilitering som ivaretar proprioepsjon, vektbæring og trener styrkeforskjeller i rotatorcuffens innover- og utoverførere.

Ta kontakt med redaksjonen for referanser!