

Atraumatiske skuldersmerter i primærhelsetjenesten

Niels Gunnar Juel, Stein Jarle Pedersen, Kaja Beck-Engbretsen, Kjetil Gundro Brarberg, Ole Marius Ekberg, Sijie Endresen Reme, Jens Ivar Brax, Bård Nattvig


Tidsskriftet
DEN NORSKE LEGEFORENING

 **UIO** : Avdeling for allmennmedisin
Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo



Nasjonal retningslinje for skuldersmerter

På tross av at skuldersmerter er et svært omfattende problem, både nasjonalt og internasjonalt, har Norge savnet en klinisk retningslinje for undersøkelse og behandling av pasienter med skuldersmerter. Nå har Tidsskriftet for Den Norske Legeforening publisert den første, med fysikalsk medisiner Niels Gunnar Juel i spissen.



AV JØRGEN JEVNE
KIROPRAKTOR OG
FYSIOTERAPEUT

Retningslinjen, som ble publisert på Tidsskriftets hjemmesider i starten av april 2019, er en kort, men informativ retningslinje tiltenkt primærhelsetjenesten [1]. Full retningslinje er tilgjengelig på Helsebiblioteket [2]. Den legger seg tett opp mot andre kjente retningslinjer for skulder, og for den oppdaterte kliniker byr den på få overraskelser. Denne artikkelen har til formål å gjengi de vesentligste punktene i retningslinjen, og samtidig gi en klinisk kommentar fra et fysioterapeutisk perspektiv.

Mange har tatt til orde for å simplifisere vår tilgang til skuldersmerter.

Adam Meakins, en kjent skulderklinikker fra England, har i flere år snakket om at skulderen er kompleks, men det er ikke ensbetydende med at tilnærmingen må være komplisert. Best-practice artikler fra USA [3], England [4] og fra anerkjente klinikere [5-9] peker alle i samme retning. Vi behøver grove bokser å fordele pasientene i, men disse boksene kan ikke være så reduksjonistiske at man gjør pasientene en bjørnetjeneste. Ikke uventet er hovedbudskapet i den aktuelle norske retningslinjen det samme som i de øvrige kildene. «Det enkle er ofte det beste», som retningslinjen selv forklarer det.

Grove diagnostiske kategorier

Tar man utgangspunkt i best-practice artikkelen til Gray fra 2016, ser man at det anbefales at helsepersonell i

primærhelsetjenesten konkretiserer anamneseopptak og klinisk undersøkelse etter noen grove diagnostiske kategorier. Her bør man tenke på refererte smerter (fra indre organer eller fra nakke). Er det tegn til annen alvorlig sykdom (revmatisme, malignitet, hjerte-/karsykdom osv.). Av spesifikke skulderrelaterte kategorier snakker man om stive skuldre (frossen skulder eller glenohumeral artrose), traumatisk induisert skulderinstabilitet, traumatisk rotatorcuff ruptur eller subakromielt smertesyndrom. Gray beskriver så subakromielt smertesyndrom som et paraplybegrep som omfatter en myriade av mer eller mindre uspesifikke subkategorier: inneklemming, bursitt, kalsifisert tendinopati, biceps tendinopati, cuffdegenerasjon, cufftendinopati, partiell cuff ruptur. Se for øvrig bilde og tabell.

Da den norske retningslinjen tar for seg atraumatiske skuldersmerter, har man allerede utelukket pasienter med instabilitetsproblematikk (>90% av pasienter med skulderinstabilitet har et traumatisk opphav [10-12]) og akutte cuffrupturer som ofte er operasjonskrevende. Retningslinjen, som da har ekskludert denne minoriteten av pasienter, bør derfor ses på som en retningslinje for den absolutt størstedelen av pasientene man ser i klinisk fysioterapi praksis. Den er utarbeidet etter veileder fra Helsedirektoratet [13]. Retningslinjen baserer seg på internasjonale kliniske retningslinjer, systematiske oversiktsartikler og enkeltartikler ved behov. Målet til retningslinjene er naturligvis å strømlinje tilbudet som pasientene møter når de oppsøker helsehjelp i primærlinjen. En ekstra styrke er at retningslinjene baserer seg på Choosing Wisely / Gjør Kloke Valg [14], hvor man har satt fokus på overmedikaliseringen i samfunnet. Retningslinjen har stilt noen nøkkelsspørsmål som besvares i sin kortversjon under:

Bakgrunnskunnskap

Hva er naturlig forløp ved debut av skuldersmerter?

Dokumentasjon av middels kvalitet tilsier at omtrent halvparten av de som kommer til lege med skuldersmerter første gang, ikke kommer tilbake til ny konsultasjon, men at mellom 35 og 45 prosent fortsatt har smerte eller innskrenket bevegelse etter ett år.

Hvilke risikofaktorer er kjent for utvikling av skuldersmerter?

Risikoen for skuldersmerter øker med alder til cirka 60 år for deretter å synke noe. Skulderbelastende arbeid, tidligere skulder- og nakkesmerter, høye psykososiale krav på jobb og lav jobbtilfredshet øker risikoen for skuldersmerter.

Hvordan er prognosen ved skuldersmerter?

Dokumentasjon av høy kvalitet viser at langvarige skuldersmerter, høy symptomintensitet og høyt funksjonstap, utbredte smerter og somatisering er assosiert med dårligere prognose. Økende alder, mann-



Subakromielle smerter som en paraply for flere lignende tilstander

lig kjønn og depresjon og å være sykmeldt er også assosiert med dårligere prognose. Høy forventning om bedring, lav hvilemerte og god mestringsevne er assosiert med godt resultat ved fysioterapi.

Utredning

Hvilke kliniske tester med betydning for videre oppfølging bør utføres? Den diagnostiske nøyaktigheten til kliniske tester er svært usikker. Arbeidsgruppen anbefaler

- En kombinasjon av kliniske undersøkelser (smertebue, inneklemmingstest, glenohumeral bevegelse og isometrisk rotator mansjett kraft) for å stille diagnosen subakromiale smerter og full tykkelse rotator mansjett ruptur.
- Undersøkelse av passiv utadrotasjon anbefales for vurdering av bevegelse i glenohumeral leddet og for diagnosen frossen skulder.

- Palpasjon anbefales for vurdering av symptomgivende akromioklavikularleddsartrose.

Når bør radiologiske undersøkelser gjøres?

- Bildediagnostikk gir generelt lite nyttig informasjon initialt ved skuldersmerter og anbefales ikke ved klinisk mistanke om subakromiale smerter, frossen skulder og myalgier.
- Hos personer under 30 år med vedvarende skuldersmerter og hos personer over 70 år anbefales røntgen.
- UL eller MR anbefales ved klinisk mistanke om full tykkelse ruptur, og ved mistanke om alvorlig sykdom anbefales MR.
- Røntgen anbefales ved manglende effekt av veiledet trening for vurdering av kalk > 5mm i rotator mansjetten.



Hvilke psykososiale spørsmål med betydning for videre håndtering bør anamnesen avklare?

Spørsmål om angst, depresjon, verstefallstanker og smerterelatert bevegelsesangst bør inkluderes i anamnesen ved hint fra pasienten, eller når tilstanden er i ferd med å bli langvarig (4-12 uker).

Arbeidsgruppen foreslår at følgende spørsmål kan tas opp med pasienten:

- Tror du at fysisk aktivitet forverrer smertene dine?
- Hvor mye kontroll føler du at du har over dine skulderplager?
- Er du hele tiden bekymret for at smertene ikke vil gi seg?
- Har du vært plaget av nedstemthet/depresjon siste måned?
- Har du vært plaget av angst siste måned?

Råd ved kartlegging av psykososiale faktorer

- Bruk elementer fra kunnskap om klinisk kommunikasjon; utforsk pasientens forståelse, sjekk pasientens forventninger, vær empatisk, frem innsikt læring og mestring.
- Dersom pasienten svarer bekreftende på spørsmålene om angst og depresjon, anbefales en mer strukturert angst- og depresjonskartlegging. Dette for å sikre at en eventuell depresjon eller angst-

lidelse fanges opp og håndteres adekvat.

Røde flagg. Hvilke tilstander bør utredes ved debut av skuldersmerter, og hvilke symptomer og tegn kjennetegner disse?

Gjennom anamnese og undersøkelse må klinikerens få oversikt over symptomer og tegn på alvorlig spesifikk sykdom og avklare om skuldersmertene kan skyldes en tilstand som bør utredes raskt.

- Lokale røde flagg er uforklart hevelse eller tumor, feilstilling eller deformitet, sensoriske eller motoriske utfall og skuldersmerte som ikke forverres ved bruk av skulderen.
- Generelle røde flagg er samtidig eller mistenkt kreftsykdom, symptomer og tegn på systemisk sykdom (feber, nattesvette, kvalme, vekttap) og symptomer og tegn som tyder på at skuldersmertene er refererte fra et annet organsystem (brystsmerter, pustebesvær, økende lammelser).

Behandling

Hva er effekten av behandling med NSAIDs ved skuldersmerter?

Ved sterke smerter som hindrer aktivitet anbefales NSAIDs i lavest mulig dose over kortest mulig tid. Individuelle hensyn til bivirkningsfare må tas.

Hva er effekten av steroidinjeksjon ved skuldersmerter?

- Ved frossen skulder foreslås steroidinjeksjon ved sterke smerter.
- Ved subakromiale smerter foreslås en steroidinjeksjon dersom det foreligger sterke smerter som hemmer bevegelse.
- Ved sterke og vedvarende smerter knyttet til AC-leddet kan injeksjon forsøkes.
- Ultralydveiledning av injeksjonen gir sannsynligvis ingen tilleggseffekt.
- Vi anbefaler generelt ikke repeterte injeksjoner.

Hva er effekten av egenøvelser ved skuldersmerter?

Hjemmeøvelser anbefales ved langvarige subakromiale smerter.

- Programmet bør inneholde øvelser for rotator mansjetten og skulderbladets muskulatur og bør sannsynligvis vare i 5-12 uker.

Hva er effekten av veiledet trening ved skuldersmerter?

- Ved subakromiale smerter anbefales veiledet trening i opptil 3 måneder, øvelsene bør inkludere rotator kuff muskler og skulderbladets muskler.
- Ved frossen skulder anbefales ikke veiledet trening.

Hva er effekten av trykkbølgebehandling ved skuldersmerter?

Table 1 | Non-specialist management of shoulder pain

Working diagnosis	Treatment (in escalating order)	Evidence
Subacromial pain syndrome (SAPS)	<ul style="list-style-type: none"> • Modification of activity to avoid exacerbators • Physiotherapy rehabilitation²¹ • Subacromial corticosteroid injection²² 	Systematic reviews of randomised control trials ^{21 22}
Adhesive capsulitis (frozen shoulder)	<ul style="list-style-type: none"> • Early activity • Physiotherapy with joint mobilisation,²³ usually combined with corticosteroid injection or hydrodilatation^{13 14} • Surgical options include manipulation under anaesthesia (MUA) and arthroscopic arthrolysis²⁴ 	Systematic review of randomised control trials ²³ and survey of surgeons' treatment preferences ¹³
Osteoarthritis (including glenohumeral and acromioclavicular)	<ul style="list-style-type: none"> • Analgesia • Physiotherapy rehabilitation⁷ • Corticosteroid injection may be of benefit for acromioclavicular joint osteoarthritis^{25 26} • Shoulder arthroplasty²⁷ 	Sparse evidence for interventions identified on systematic review. ²⁷ Retrospective uncontrolled ²⁵ and prospective data ²⁶ supporting steroid injection in acromioclavicular joint osteoarthritis
Shoulder instability	<ul style="list-style-type: none"> • Physiotherapy rehabilitation¹⁵ • Surgical options include soft tissue repair (open or arthroscopic) and bone block¹⁵ 	Case series evidence for physiotherapy intervention. ²⁸ Randomised control trial evidence for surgical repair ²⁹ and systematic review evidence demonstrating comparable outcomes for open and arthroscopic surgery ³⁰
Traumatic rotator cuff tear	<ul style="list-style-type: none"> • Early orthopaedic referral (see fig 1¹¹) 	N/A

Tabell fra Gray et al, BMJ 2016

- Trykkløsebehandling anbefales ikke ved uspesifikke skuldersmerter eller subakromiale smerter uten bløtdelskalk.
- Trykkløsebehandling anbefales ved subakromiale smerter med bløtdelskalk over 5 mm hvor annen behandling ikke har ført fram.

Kliniske betraktninger

Den norske retningslinjen gir klinikerne et enkelt overblikk over skuldersmerter anno 2019. Den legger seg tett opp mot tidligere nevnte artikler og retningslinjer og inneholder de vesentligste momentene man forventer å finne i en retningslinje. For den skulderinteresserte kliniker fremstår retningslinjen noe for enkel, men dette beviser bare at retningslinjen utfyller sin tiltenkte funksjon. For fysioterapeuten som ønsker å få en overordnet kategorisering av de vanligste plagene (les: kapsulitt, artrose, AC-leddsartrose, subakromielle plager osv.) og en oversikt over de vanligste behandlingsvalgene, er retningslinjen god.

Noen av budskapene i artikkelen fortjener et skråblikk. Fra et klinisk perspektiv fremstår det underlig at man, på erkjent svak evidens, anbefaler palpasjon av AC-leddet som diagnostisk for AC-artrose. Her foreligger bedre testklustere som i høyere grad kan anbefales [15]. Videre anbefales røntgen for å vurdere bløtdelskalk, uten at ultralyd blir presentert som et alternativ, på tross av at dette er rimeligere, lettere tilgjengelig (i hvert fall for fysioterapeuter uten henvisningsrett) og ikke minst strålingsfritt. Ultralyd er også en dynamisk undersøkelse som gir klinikerne bedre innblikk i hvor kalles befinner seg [16]. Det anbefales MR ved mistanke om alvorlig sykdom, men det fremstår usikkert når denne mistanken bør fattes, og når man bør agere. Hos personer under 30 år med vedvarende skuldersmerter og hos personer over 70 år anbefales røntgen, men det fremgår ikke hvorfor retningslinjen kategorisk anbefaler disse aldersintervallene. Det anerkjennes naturligvis at alvorlige årsaker til skuldersmerter er svært sjeldent, men man har eksempelvis pasienter med maligni-

tet maskert som frossen skulder. For en skulderkliniker er det både viktig og vanskelig å vurdere hva som er naturlig forløp i en tilstand som kan være langvarig og kompleks [17].

Når det gjelder behandling av skuldersmerter, er det mange ubesvarte spørsmål, også i litteraturen. Retningslinjen anbefaler injeksjon på frossen skulder, men de anbefaler generelt ikke flere/repeterte injeksjoner. Anekdotisk har ofte kapsulittpasienter god effekt av inntil tre injeksjoner i den smertefulle fasen, og dette noteres også av Lewis [18] og i en nylig publisert fagprosedyre fra Martina Hansen Hospital [19].

Øvelsesterapi er enda et område hvor det er mange ubesvarte spørsmål [5,6]. Retningslinjen har vedlagt et sett med øvelser som er tiltenkt førstelinjen, hvor man anbefaler at legen kan krysse av for hvilke øvelser som skal gjøres og i hvilken dosering. Derimot kommer ikke retningslinjen med noen føringer for hvorfor nettopp disse øvelsene er valgt, hvor ofte de skal trene, hvilke doseringer som anbefales eller hvordan man skal tolerere smerteprovasjon i forbindelse med treningen. Forfatterne anbefaler treningsterapi, men de fremstår noe uklare i sine anbefalinger. «Egenøvelser anbefales ved langvarige (>3mnd) subakromiale smerter. Programmet bør inneholde øvelser for rotator mansjetten og skulderbladets muskulatur og bør sannsynligvis vare i 5-12 uker.» Her kunne med fordel retningslinjene vært tydeligere i hvor mye man kan forvente gjennom treningsterapi, og ikke minst hvor lang tid man bør være forpliktet til å følge opp treningen. Her mener jeg dessverre retningslinjen undervurderer og underkommuniserer treningsterapi som det soleklare førstevalget for håndtering av majoriteten av skuldersmerter. Dette undergraver dessverre også retningslinjens overordnede målsetting med å gi pasienter god behandling basert på best kunnskap. I en helt ny systematisk oversikt over 12 studier (hvorav 7 er på skulder) kommer man med en klar anbefaling om at treningsterapi bør gjøres i minimum 12 måneder før man overhodet vurde-

rer kirurgi [20]. Dette er et klart avvik fra hvordan klinisk praksis foregår i dag, hvor man ofte anbefaler trening i 3 måneder før man vurderer kirurgi. I artikkelen til Tidsskriftet anbefaler forfatterne ikke kirurgi for subakromielle smerter på et generelt grunnlag. Dette er naturligvis i tråd med de siste, store publikasjonene på dette [21,22]. Derfor fremstår også retningslinjen noe tvetydig i sine anbefalinger, når man avviser kirurgiens effekt men samtidig kun anbefaler trening i en kort periode. Det gir klinikerne et behandlingsvakuu som kan ha uheldige ringvirkninger. Med tanke på de positive systemiske effektene trening har, har helsepersonell en forpliktelse til å fremsnakke treningsens effekt, både på individ- og populasjonsnivå. Treningsterapi er naturligvis ingen magisk pille, men er like fullt det beste verktøyet man har i håndteringen av langvarige smertetilstander av uspesifikk karakter.

I en higen etter å presentere en enkel algoritme for vurdering og behandling av skuldersmerter løper man naturligvis en risiko for å gjøre det for enkelt. Står man da i fare for å virke trivialisierende overfor pasientens symptomer? Alle som jobber med skulderpasienter vet at etterlevelse og compliance til trening er en utfordrende del av arbeidet. Pasientene fortjener derfor å møte klinikere med gode kommunikasjonsferdigheter kombinert med et godt klinisk blikk for håndtering av denne pasientgruppen. Det fremstår usannsynlig at dette vil kunne finne sted ved å tilby pasientene et prefabrikkert treningsopplegg hvor man vilkårlig plukker ut øvelser etter eget for godt befinnende. Håndteringen av muskelskjelettplager, herunder skuldersmerter, hadde hevet seg mange hakk dersom alle gjorde det basale bra. Og her når den nye norske retningslinjen målsettingene sine. Men for den skulderinteresserte kliniker anbefales et dypere dykk ned i litteraturen for å håndtere skulderpasientene.

Ta kontakt med redaksjonen om du ønsker referanser/kilder