

Skulderkonsensus i 2019

Skulderen har alltid vært forbundet med mystikk og frustrasjon hos klinikere. Et komplekst, sammensatt område bestående av flere ledd som er avhengig av hverandre, en enorm bevegelsesfrihet og ikke minst en myriade av mer eller mindre uspesifikke diagnoser har gjort at skuldersmerter fremstår uoversiktlig og vanskelig. En ny konsensusrapport har samlet opp de viktigste momentene klinikerne må være klar over når det gjelder subakromielle plager.



AV JØRGEN JEVNE
KIROPRAKTOR OG
FYSIOTERAPEUT

Tidligere i år omtalte vi den nye norske skulderretningslinjen «Atraumatiske skulderlidelser i primærhelsetjenesten» [1]. Retningslinjen kunne du lese utfyllende om i *Fysioterapi i Privat Praksis nr. 2 (2019)*. Mange vil nok oppleve den norske retningslinjen for enkel, samtidig vil jeg argumentere for at retningslinjen utfyller sin tiltenkte funksjon som et enkelt oppslagsverk i primærhelsetjenesten. Allikevel vil nok fysioterapeuter savne mer konkrete «kliniske øyne» for oss som ser pasientene over lengre forløp og ikke tenker kun diagnostisk.

Behovet for konsensus

En rykende fersk konsensusrapport fra mange av de fremste skulderforskerne og -klinikere ble nylig publisert i tidsskriftet *Physiotherapy Practice and Research* [2]. Denne aktuelle konsensusrapporten tar for seg hva de kaller «rotatorcuff related shoulder pain», som er en sekkebetegnelse som like gjerne kunne vært kalt subakromielt impingement, subakromielle smerter, rotatorcuff tendinopati og/eller uspesifikke skuldersmerter. Nettopp navngivningen er én av katalysatorene til å fremme konsensus på et uoversiktlig område. Det er allment akseptert at den store majoriteten av skulderpasienten passer inn under paraplybegrepet subakromielle plager [3,4] og at dette på mange måter er navnebroren til de uspesifikke korsryggssmertene som represen-



terer omkring 90% av ryggpasienter [5-7]. Andre problemstillinger omtalt i den norske retningslinjen er artrose i akromioklavikularleddet og glenohumeralleddet, kapsulitter (frosne skuldre) og nakkebetenget skuldersmerte. Etter at dette er screenet for, står man igjen med en stor boks av pasienter som ikke kan defineres entydig ut fra et biomedisinsk perspektiv. Dette gjør at man er nødt til å begynne å ekstrapolere all den gode forskningen fra ryggområdet og se hvilke generelle linjer som gjør seg gjeldende for muskelskjelettsmerter generelt [8,9]. Se for øvrig også artikkel omhandlende dette i dette bladet («Riv bunnen ut av siloene»).

Det er allment akseptert at trening skal fungere som førstelinjeterapi

for pasienter med subakromielle plager, dette med bakgrunn i at studier viser sammenlignbar effekt som kirurgi, men med mindre risiko for pasient og betydelig redusert kostnad for samfunnet [10,11]. Frustrerende nok foreligger svært liten håndfast forskning som kan informere klinikerne om hva et effektivt, evidensbasert treningsprogram består av når det gjelder type trening, antall sett, repetisjoner, akseptable smertenivåer, varighet og innstilling [12]. Siste konsensusrapport forelå i 2012 og forfatterne av 2019 rapporten mente at mengden forskning publisert i mellomtiden understreker et behov for å oppdatere forståelsen av skuldersmerter i et biopsykososialt perspektiv og komme med mer tidsriktige anbefalinger.

Konsensusdannelse basert på spørsmål

Chris Littlewood er førsteforfatter og initiativtaker til prosjektet. Han formulerte 12 spørsmål som de 9 involverte fysioterapeutene skulle danne konsensus rundt. De tolv spørsmålene kan ses i tabellen og vil gjennomgå detaljert nedenfor. Konsensus ble dannet av majoritetsstemmer, hvor fem eller flere stemmer godkjente det endelige narrativet som blir presentert i rapporten.

Spørsmål 1:

Hvilken informasjon i sykehistorien er nødvendig for at klinikerer skal fatte mistanke om subakromielle plager i motsetning til andre skulderlidelser?

Konsensus:

Majoriteten mente at smertene skulle være lokalisert over deltoideusområdet og overarmen for å øke mistanken om denne undergruppen av skuldersmerter. Hvis pasienten klager over instabilitet, sublaksasjoner eller direkte luksasjoner som det primære problemet, ville mistanken om subakromielle plager bli redusert. For pasientgruppen med subakromielle plager er typisk smertene aktivitetsrelaterte (bedre eller verre), vanligvis verre når de løfter armen over hodet eller bak ryggen, med minimal smerte i ro, bortsett fra når du ligger på den berørte skulderen. Smarter i nakken, reproduksjon av skuldersmerter ved bevegelse av nakken og/eller distale neurovaskulære symptomer ville redusere mistanken om subakromielle smerter.

Spørsmål 2:

Mener du at alder, kjønn og yrke er relevante faktorer i din kliniske resonnering ved subakromielle plager?

Konsensus:

Flertallet i gruppens mente at det var viktigere å kartlegge endringer i yrke og/eller aktivitetsnivå, enn yrket alene som en faktor i den kliniske resonneringen. Man nådde ikke konsensus vedrørende alder og kjønn.

Spørsmål 3:

Hvilken informasjon fra den objektive undersøkelsen mener du er



Subakromielle smerter som en paraply for flere lignende tilstander

nødvendig for å bekrefte din mistanke om subakromielle plager?

Konsensus:

For å danne en mistanke om subakromielle plager bør det ikke være et betydelig tap i passiv bevegelighet i skulderen, spesielt i utoverrotasjon. Vanligvis bør kjente smerter reproduseres med belastning/isometrisk testing, vanlig abduksjon og utoverrotasjon. I tråd med funn fra sykehistorien bør bevegelse i nakken ikke produsere eller lindre skuldersmerter, og det skal ikke være nevrologiske tegn, inkludert mechano-sensitivitet i overekstremitetene.

Spørsmål 4:

Hvilken rolle har bildediagnostikk i utredningen av denne smertetilstanden?

Konsensus:

Majoriteten mente bildediagnostikk er viktig og nødvendig for å utelukke alvorlig patologi (for fraktur og tumor/cancer) og/eller andre relevante skulderdiagnoser (for eksempel artrose og skulderinstabilitet). Gjennom en grundig sykehistorie og objektiv undersøkelse bør klinikerer

ha fattet mistanke om differensialdiagnoser som fordrer bildediagnostikk. Dersom dette ikke foreligger er det konsensus om at bildediagnostikk i seg selv ikke er indikert for pasienter med subakromielle plager, grunnet dårlig korrelasjon mellom bildefunn og smerter. Bildefunn i seg selv informerer ikke klinikerer om øvelsesutvalg og vil kunne være en barriere for pasienten når man diskuterer treningsterapi som behandlingsform. Dersom pasienten ikke følger ventet prognose (se senere) er det konsensus om at bildediagnostikk bør rekvireres som et ledd i differensialdiagnostisk overveielse.

Spørsmål 5:

Hva er den foretrukne terminologien for denne typen av skuldersmerter?

Konsensus:

Majoriteten mente at betegnelsen «rotatorcuff relaterte skuldersmerter» eller «en svak og smertefull skulder» var foretrukne beskrivelser. Men terminologien avhenger av kontekst, inkludert hvem vi kommuniserer med og hva pasienten har blitt fortalt før. Gruppens flertall mente at helsepersonell, inkludert

Table 1
List of questions on which the consensus exercise was based

Question
1 What key information is required from the history to raise the index of suspicion of this classification or diagnosis over other shoulder pain presentations?
2 Do you consider age, gender and occupation as relevant factors within your diagnostic reasoning with regard to 'rotator cuff syndrome'?
3 What key information is required from the physical examination to confirm this classification or diagnosis?
4 What is the role of imaging in confirming this classification or diagnosis?
5 What is the preferred terminology for this shoulder pain classification?
6 In summary, what is 'rotator cuff syndrome'?
7 How do you explain 'rotator cuff syndrome' to your patients?
8 What is/ are the preferred methods of treatment?
9 Do you consider the role of lifestyle, e.g. sedentary behaviour, and metabolic factors, e.g. obesity when assessing and treating patients with this pain presentation?
10 If exercise is prescribed, what are the preferred parameters guiding this prescription? – Type of exercise and the factors that inform this – Number of sets and repetitions and the factors that inform this – Frequency of exercise and the factors that inform this – Number of exercises and the factors that inform this – Intensity/ effort of exercise and the factors that inform this – Painful versus painless and the factors that inform this – Duration of exercise
11 Which factors or characteristics do you see as important indicators of prognosis?
12 What is the expected prognosis of 'rotator cuff syndrome'?

Spørsmålene som det forsøkt å danne konsensus ut i fra

fastleger, ortopediske kirurger, radiologer, fysioterapeut og kiropraktorer nå burde unngå å bruke begrepet «impingement», men det er tydelig at det fortsatt er behov for diskusjon om terminologi i denne pasientkategorien.

Spørsmål 6:

Oppsummert; «hva er rotatorcuff syndrom»?

Konsensus:

Det er konsensus på at pasienter med «rotatorcuff syndrom» har smerter i og rundt skulderen ved bevegelse og/eller motstandstesting, belastningsrelaterte skuldersmerter og ingen tydelig stivhet i skulderen.

Spørsmål 7:

Hvordan forklarer du «rotator cuff syndrom» til pasientene dine?

Konsensus:

Flertallet i gruppen forklarer smertene som «et problem med muskler og sener i skulderen som mangler styrke, kapasitet, kondisjon og tole-

ransen, og derfor får du smerter når du løfter armen.»

Spørsmål 8:

Hva er de foretrukne behandlingsmetodene?

Konsensus:

Gruppens oppfatning var at belastning gjennom trening, inkludert progresjon og regresjon, innenfor akseptabel symptomrespons, var den foretrukne tilnærmingen til behandling. Progressiv belastning av hele overekstremiteten og den kinetisk kjeden ble anbefalt av majoriteten av konsensusgruppen. Man anså det som spesielt viktig å gradvis eksponere pasienten for smertefulle bevegelser. Kognitive atferdsprinsipper kan være nødvendig å ta i bruk hvis det er tydelig unngåelsesatferd.

Kortisoninjeksjoner blir ikke betraktet som førstelinjeterapi med mindre smertene var svært betydelige og at ikke trening medførte en adekvat symptomlindring innenfor et akseptabelt tidsrom (6-12 uker). Utover

treningsterapi anbefaler konsensusgruppen å søke ortopedisk vurdering dersom symptomene forblir uakseptable på tross av adekvat aktivitet/trening over lengre tid, eller hvis pasienten ikke, av ulike årsaker, klarer å etterleve terapeutens anbefalinger.

Spørsmål 9:

Vurderer du livsstils rolle, f.eks. stillesittende atferd og metabolske faktorer, f.eks. overvekt, når du vurderer og behandler pasienter med denne smertepresentasjonen?

Konsensus:

Konsensusgruppen mener klinikerne bør vurdere (og adressere) faktorer som søvn, ernæring, alkohol, fysisk aktivitet og røyking for å fremme endring der det er relevant for pasienten. Det anerkjennes at atferdsendring i seg selv er svært kompleks og vanskelig, men gruppen mener allikevel at adresseringen hører hjemme i møte med pasienter for å fremme forståelsen av helhetlig, biopsykososial helse og evne til å ivareta egen helse i fremtiden.

Spørsmål 10:

Hvis trening blir brukt, hva er de foretrukne parametrene nedenfor:

Konsensus:

– Type trening
Flertallet mente man skulle benytte isometriske-, isotoniske eller eksentrisk trening avhengig av hva som var akseptabel for pasienten, mens man fortsatte å sørge for adekvat mekanisk stimuli til å skape vevsadaptasjon. Majoriteten mente at treningen skulle være rettet mot spesifikke funksjonsnedsettelse.

– Antall sett og repetisjoner og hvorfor?

Konsensus på at disse faktorene må individualiseres etter akseptabel symptomrespons og funksjonelle krav, for eksempel behovet for hurtige bevegelser eller langsomme/statiske bevegelser.

– Hyppighet av trening og hvorfor?

Konsensus på at man bør trene til / mot utmattelse, og at man ved dette gjerne trener annenhver eller hver tredje dag.

Table 2
Summary of recommendations

History	Examination	Treatment	Prognosis
Factors increasing index of suspicion of RCRSP: Pain over the deltoid/ upper arm Activity related	Factors increasing index of suspicion of RCRSP: Familiar pain is reproduced with resisted testing of the shoulder, usually abduction and lateral rotation	Progressive loading of upper limb and kinetic chain with a minimal number of exercises (≤ 3), incorporating graded exposure to painful movements or graded activity guided by acceptable symptom response	Prognosis is likely to be favourable but this will take a minimum of 12 weeks, but further improvement may be expected up to 24 weeks
Minimal pain at rest except when lying on affected side	Imaging not recommended as a first line investigation unless red flag pathology suspected, for example tumour or fracture	Individualised exercise should be prescribed in relation to specific functional difficulty, broken down into component parts	Referral for investigation or orthopaedic opinion would be considered for patients whose symptoms remain unacceptable despite an appropriate period of engagement with an exercise based management approach or if the patient remains anxious or unconvinced about the treatment approach.
Associated with changes in load from a specific activity or repetitive use. Consider changes in occupation or participation demands.		The exercise programme should be a minimum of 12 weeks' duration	
Factors reducing index of suspicion of RCRSP: Complaint of subluxation or dislocation	Factors reducing index of suspicion of RCRSP: Significant loss (>50%) of shoulder passive range of movement in any direction, particularly external rotation	A corticosteroid injection would not be considered as a first-line intervention unless the pain was severe or not improving with exercise	
Pain in the neck			
Distal neurovascular symptoms	Reproduction of shoulder pain on movement of the neck Presence of neurological signs	Consider relevance of sleep, nutrition, alcohol, physical activity, and smoking	

Artikkelens egen oppsummering av de viktigste funnene

– Antall øvelser og hvorfor?

Konsensus på at antall øvelser bør holdes på et minimum. Ikke flere enn tre øvelser om gangen. Øvelser bør være rettet mot funksjonsbegrensninger og å bygge kapasitet for å håndtere kravene man setter mot skulderen, enten i arbeid, trening eller begge deler. Viktig å kontekstualisere trening individuelt og foreskrive dette etter pasientens ønske og mulighet for å utøve trening.

– Intensitet / innsats for trening og hvorfor?

Trening mot utmattelse og individualisert etter pasientens funksjonsbegrensning og kapasitetsbehov i skulderen.

– Smertefullt versus smertefritt og hvorfor?

Konsensus på at smerte ved trening ikke nødvendigvis er uheldig, så lenge symptomene reduseres innenfor et gitt tidsrom (typisk i løpet av 24 timer) og at pasienten opplever relativ kontroll over egne symptomer.

– Treningsvarighet

Konsensus på at treningsprogrammer minimum bør foreskrives over 12 uker og at i mange tilfeller vil det

være nødvendig i 24 uker eller mer.

Spørsmål 11:

Hvilke faktorer ser du på som viktige indikatorer på prognosen?

Konsensus:

Majoriteten av gruppen mener en rekke faktorer kan være relevante, inkludert pasienters holdninger til smerte og trening, frykt-ungnåelsesatferd, livsstilsfaktorer (f.eks. røyking, stillesittende atferd, kosthold, alkohol), utdanningsnivå, flere smerteområder, smertenivå, tidligere erfaring og respons på behandling, pasientforventninger angående restitusjon og trening, pasientens forståelse av problemet, komorbiditeter, mestringssevne (self-efficacy), smertemestringssevne (pain self-efficacy) og sosial status (inkl. sosiale forhold til ektefelle, barn, familie, arbeidsplass osv.).

Spørsmål 12:

Hva er den forventede prognosen for «rotator cuff syndrom»?

Konsensus:

Flertallets oppfatning var at pasienter og annet helsepersonell skulle informeres om at prognosen sannsynligvis vil være god, men at dette vil ta minimum 12 uker, og ytterligere forbedringer kan forventes opptil 24 uker.

Kliniske betraktninger:

Denne konsensusrapporten bidrar, på lik linje med den nye norske retningslinjen på skulder, til å forstå skuldersmerter fra et overordnet perspektiv. For en nysgjerrig kliniker som ønsker en oversikt på skulderområdet er det fint å få en konsensus på hva som regnes som «best practice» i 2019. For den skulderorienterte kliniker er det både betryggende og frustrerende å se hvor mye som fortsatt er gjenstand for debatt og manglende konsensus innenfor skulderområdet. Spesielt med tanke på at treningsterapi nå seiler opp som den soleklare hjørnesteinen i håndteringen av langvarige skuldersmerter, så er det urovekkende lite enighet om hvordan denne treningen best bør gjennomføres. Dette er et åpenbart «sort hull» i vår nåværende forståelse som krever mer forskning. Fra forskningen på andre områder (rygg, hofter og kne) så fremstår subakromielle skuldersmerter stadig mer som den «uspesifikke smerten» vi godt kjenner fra rygg. Med den sterke heterogeniteten som vi vet eksisterer i denne populasjonen, så fremstår det usannsynlig at vi en gang vil finne ett treningsprogram eller én fremgangsmåte som fungerer på alle. Det er rett og slett for mange faktorer involvert i komplekse smerteopplevelser. Derfor vil det fortsette å være viktig at klinikere arbeider ut i fra et biopsykososialt rammeverk hvor man, basert på pasientkommunikasjon, er i stand til å skreddersy individuelle rehabiliteringsforløp som etterstreber riktig kontekst for nettopp pasienten for deg. Og det er både spennende og frustrerende på én gang!

Ta kontakt med redaksjonen hvis du ønsker referanser.