

Beslutningstaking: cuffruptur

Fysioterapeuter følger ofte opp pasienter i omfattende og lange forløp. Dette gjør at yrkesgruppen er i en unik posisjon til å gjøre fortløpende vurderinger og iverksette tiltak når symptomene forverrer seg. I noen tilfeller vil man måtte vurdere kirurgisk henvisning. Denne teksten omhandler beslutningsprosessen ved rotator cuffruptur.



AV JØRGEN JEVNE
KIROPRAKTOR OG
FYSIOTERAPEUT

Vår viten omkring cuffrupturer har økt markant de senere år. Man har fått øynene opp for at mange i bakgrunnsbefolkningen har asymptomatiske rupturer [1,2], og man har fått bedre innsikt i hvordan rupturer utvikler seg over tid [3-5]. Det vises for øvrig til utfyllende artikkel i Fysioterapi i Privat Praksis, nr. 4 2017. En norsk studie fulgte 49 pasienter med små til medium store fulltykkelses rotatorcuffrupturer over 8 år. I denne pasientgruppen ser det ut til at majoriteten av rupturere progredierer i størrelse over en periode på >8 år. Men det er kanskje enda viktigere at 83% av pasien-

tene rapporterte god eller svært god skulderfunksjon 8 år etter diagnostisert ruptur, noe som tilsier at mange pasienter tilsynelatende klarer seg godt uten operasjon (se bilde 1).

En gruppe man har vært mer usikker på, har vært pasienter med 'high grade partial thickness tears' – som man har antatt er en gruppe som raskt vil progrediere til fulltykkelsesrupturer og dermed kunne være operative kandidater. I en ny studie fra Kong [6] fulgte man 81 pasienter (51 menn, 30 kvinner) i alderen 41-77 år med MR verifisert grad 3 partiell supraspinatusruptur. Over ett år ble rupturen mindre hos 20/81 (25%), uforandret hos 48/81 (59%) og progredierte hos 13/81 (16%). Forfatterne konkluderer med at det ser ut til at færre rupturer progredierer enn hva man har antatt, og at kirurgisk

indikasjon i denne pasientgruppen forblir usikker.

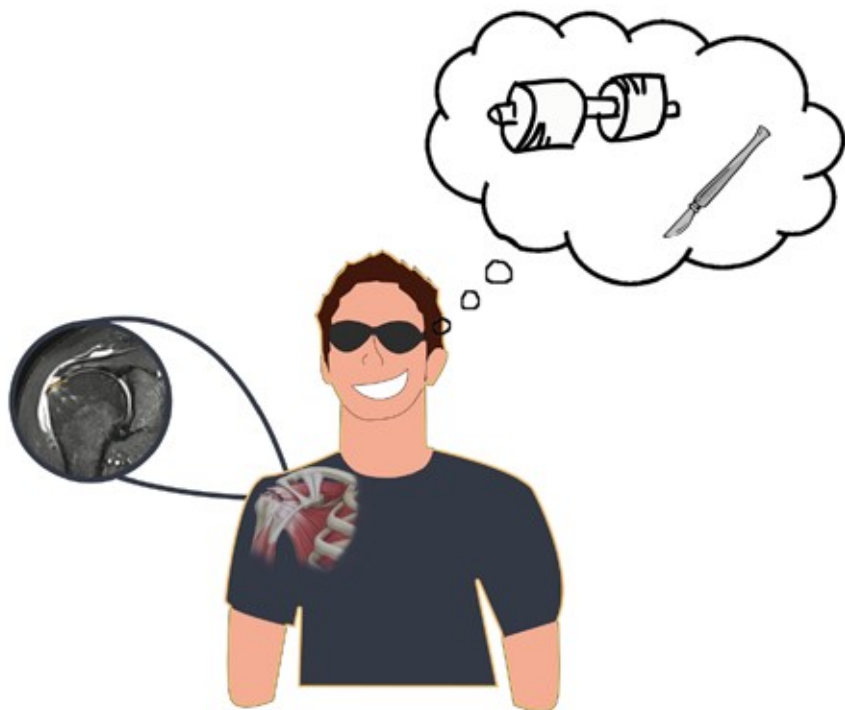
Usikkerheten rundt beslutningsprosessen kulminerte kanskje i 2016 med publikasjonen fra Wylie [7,8]. Her fant man sterkere assosiasjon mellom mental helse (målt ved SF-36) og selvrapportert smerte og funksjon, enn størrelsen på cuffrupturen. At psykososiale forhold er viktige komponenter i smerteopplevelsen er godt kjent, og er også dokumentert ved cuffrupturer [9]. Videre er beslutningsprosessen forskjellig blant kirurger og har vært gjenstand for kontroversielle debatter gjennom en årrekke, blant annet belyst fra to studier henholdsvis fra 2005 [10] og 2017 [11] – se bilde 2.

Hvem skal opereres?

Innledningsvis må det understrekes



Infografikk basert på studien til Dunn fra 2005



Kroniske presentasjoner

Kroniske cuffrupturer defineres i henhold til UpToDate som symptomatiske rupturer >3 mnd. og typisk med tegn til seneretraksjon og muskelatrofi. Primær behandling er ikke-operativ, og man vurderer kun kirurgi ved manglende bedring over flere måneder med konservativ behandling. Igjen, i følge UpToDate, vurderer man kirurgisk henvisning allerede etter 2-3 måneder, men dette fremstår som urealistisk kort tid og bidrar muligens til negative eller feilaktige forventninger til konservativ oppfølging av disse pasientene [15].

at selv på kasuser hvor det hersker generell konsensus i det medisinske miljøet, så foreligger svært lite håndfast dokumentasjon i litteraturen [12,13].

Innledningsvis skiller man typisk mellom akutte og kroniske rupturer [14]. Akutte rupturer har, som navnet tilsier, et akutt hendelsesforløp med traume og/eller skade og tilhørende smerter og svakhet i affisert skulder. Kroniske presentasjoner er mer diffuse og har overlappende klinikk- og bildediagnostikk.

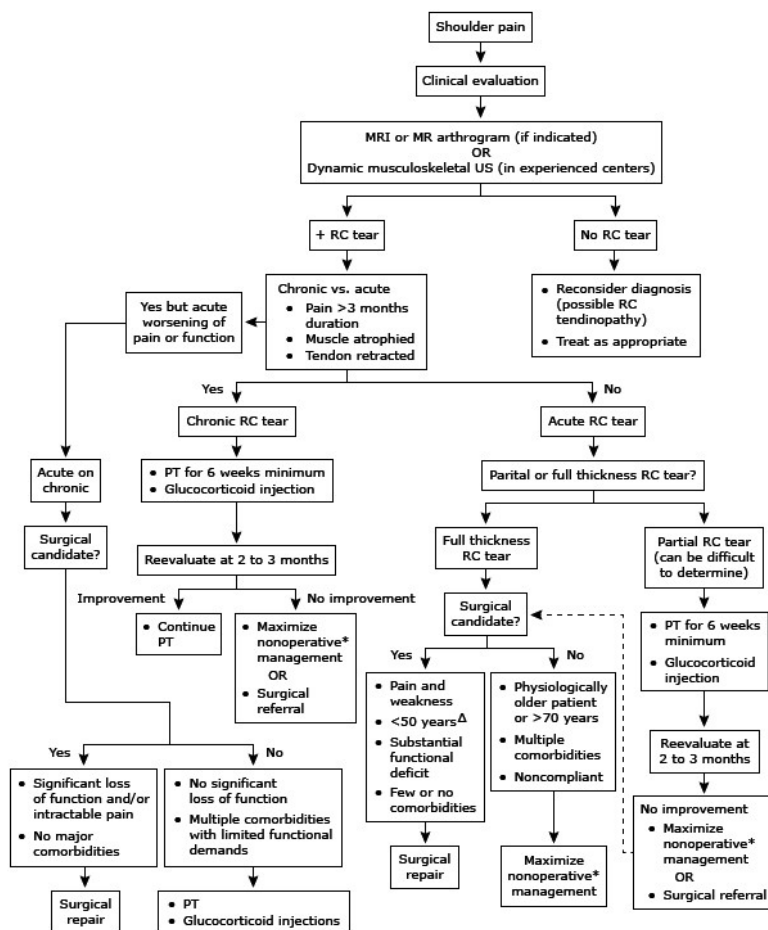
Akutte presentasjoner

Akutte rotator cuffrupturer skiller typisk mellom fulltykkelses- og partielle rupturer. Generelt hersker det konsensus om at akutte, fulltykkelsesrupturer hos ellers friske individer fordrer umiddelbar kirurgisk henvisning. Man antar at pasientene bør opereres så raskt som overhodet mulig for å redusere sannsynligheten for atrofi, senedegenerasjon og –retraksjon. Denne pasienten er gjerne fysiologisk ung (helst under <50 år), har få / ingen komorbiditeter samt et betydelig funksjonelt tap.

Akutte, partielle rupturer (altså ikke gjennomgående / fulltykkelsesrupturer) behandles primært non-operativt. Operativ behandling vurderes kun hvis konservativ behandling ikke fører frem, og tidligst etter tre måneder. Allikevel bør det understrekes at cut-off punktet som ofte benyttes på 3 mnd./12 uker frem-

står svært konservativt, spesielt i lys av øvrig opptreningslitteratur og fysiologisk respons i vevet etter belastning og trening. En mer realistisk tilnærming vil være å forespeile pasienten en tidshorison på 6-12 måneder med progredierende vektbelastning, før man vurderer invasive tiltak.

Man vurderer også en undergruppe av disse pasientene, de som får en akutt forverring av en kronisk tilstand; en akutt-på-kronisk ruptur. Hos disse vurderes det som indikasjon for kirurgi dersom pasienten har betydelig smerte/funksjonsnedsettelse, ingen / lite komorbiditet og høye krav til skulderfunksjon. Hos pasienter med mange komorbiditeter, lite krav til skulderfunksjon og mindre affeksjon i



UpToDate har publisert denne kliniske algoritmen for å veilede klinikere i beslutningsprosessen.

form av smerte og redusert funksjon, anbefales non-operativ behandling.

Klinisk betydning

Det er mange pasienter i norsk fysioterapi praksis med rotatorcuff rupturer. Som kliniker bør man være klar over at cuffrupturer er relativt allminnelig også i bakgrunnsbefolkningen, spesielt med stigende alder. Videre er det en ikke-lineær sammenheng mellom størrelsen på rupturen og smerteintensitet [16]. Klinikeren bør også være klar over at det er kun en svært liten andel av pasientene som har klar kirurgisk indikasjon, og mange pasienter vil kunne klare seg godt med enkle råd og treningsterapi. Man bør også være klar over at majoriteten av pasientene har en favorabel diagnose i sitt naturlige forløp også uten omfattende oppfølging.

Akutte, fulltykkelsesrupturer på fysiologisk unge pasienter er foreløpig klar indikasjon for kirurgisk vurdering. Akutte, partielle rupturer anbefales konservativ behandling i første rekke. Kroniske rupturer anbefales i all hovedsak konservativ oppfølging, mens man gjør klinisk resonnering rundt akutte forverringer av eksisterende, kroniske rupturer. Det vises forøvrig til vedlagte algoritme, og undertegnede har undersøkt at denne algoritmen også følges ved Lovisenberg sykehus – bilde 3.

1. Minagawa, H., et al.: Prevalence of symptomatic and asymptomatic rotator cuff tears in the general population: From mass-screening in one village. *J Orthop*, 2013. 10(1): p. 8-12.
2. Girish, G., et al.: Ultrasound of the shoulder: asymptomatic findings in men. *AJR Am J Roentgenol*, 2011. 197(4): p. W713-9.
3. Moosmayer, S., et al.: The natural history of asymptomatic rotator cuff tears: a three-year follow-up of fifty cases. *J Bone Joint Surg Am*, 2013. 95(14): p. 1249-55.
4. Moosmayer, S., et al.: The natural course of nonoperatively treated rotator cuff tears: an 8.8-year follow-up of tear anatomy and clinical outcome in 49 patients. *J Shoulder Elbow Surg*, 2017. 26(4): p. 627-634.
5. Yamaguchi, K., et al.: Natural history of asymptomatic rotator cuff tears: a longitudinal analysis of asymptomatic tears detected sonographically. *J Shoulder Elbow Surg*, 2001. 10(3): p. 199-203.
6. Kong, B.Y., et al.: Structural Evolution of Nonoperatively Treated High-Grade Partial-Thickness Tears of the Supraspinatus Tendon. *Am J Sports Med*, 2018. 46(1): p. 79-86.
7. Khazzam, M.: Once Again, the Status of the Rotator Cuff Does Not Correlate with Patient Symptoms: Commentary on an article by James D. Wylie, MD, MHS, et al.: "Mental Health Has a Stronger Association with



Infografikk basert på studien til Moosmayer fra 2017

- Patient-Reported Shoulder Pain and Function Than Tear Size in Patients with Full-Thickness Rotator Cuff Tears". *J Bone Joint Surg Am*, 2016. 98(4): p. e14.
8. Wylie, J.D., et al.: Mental Health Has a Stronger Association with Patient-Reported Shoulder Pain and Function Than Tear Size in Patients with Full-Thickness Rotator Cuff Tears. *J Bone Joint Surg Am*, 2016. 98(4): p. 251-6.
 9. Coronado, R.A., et al.: Are Psychosocial Factors Associated With Patient-reported Outcome Measures in Patients With Rotator Cuff Tears? A Systematic Review. *Clin Orthop Relat Res*, 2018. 476(4): p. 810-829.
 10. Dunn, W.R., et al.: Variation in orthopedic surgeons' perceptions about the indications for rotator cuff surgery. *J Bone Joint Surg Am*, 2005. 87(9): p. 1978-84.
 11. Thorpe, A., et al.: Rotator cuff disease: opinion regarding surgical criteria and likely outcome. *ANZ J Surg*, 2017. 87(4): p. 291-295.

12. Piper, C.C., et al.: Operative versus nonoperative treatment for the management of full-thickness rotator cuff tears: a systematic review and meta-analysis. *J Shoulder Elbow Surg*, 2018. 27(3): p. 572-576.
13. Ryosa, A., et al.: Surgery or conservative treatment for rotator cuff tear: a meta-analysis. *Disabil Rehabil*, 2017. 39(14): p. 1357-1363.
14. Tashjian, R.Z.: Epidemiology, natural history, and indications for treatment of rotator cuff tears. *Clin Sports Med*, 2012. 31(4): p. 589-604.
15. Minns Lowe, C.J., et al.: Why participants in The United Kingdom Rotator Cuff Tear (UKUFF) trial did not remain in their allocated treatment arm: a qualitative study. *Physiotherapy*, 2017.
16. Dunn, W.R., et al.: Symptoms of pain do not correlate with rotator cuff tear severity: a cross-sectional study of 393 patients with a symptomatic atraumatic full-thickness rotator cuff tear. *J Bone Joint Surg Am*, 2014. 96(10): p. 793-800.