

CASE

sjelden skuldersmerte

Akutt ruptur av latissimus dorsi – en sjelden kasuistikk

I denne artikkelen presenteres en ung mann med akutt ruptur i latissimus dorsi. Dette er en sjelden tilstand som får selv en dreven radiolog til å sperre opp øynene. Og når noe er sjeldent, er det lett å overse.



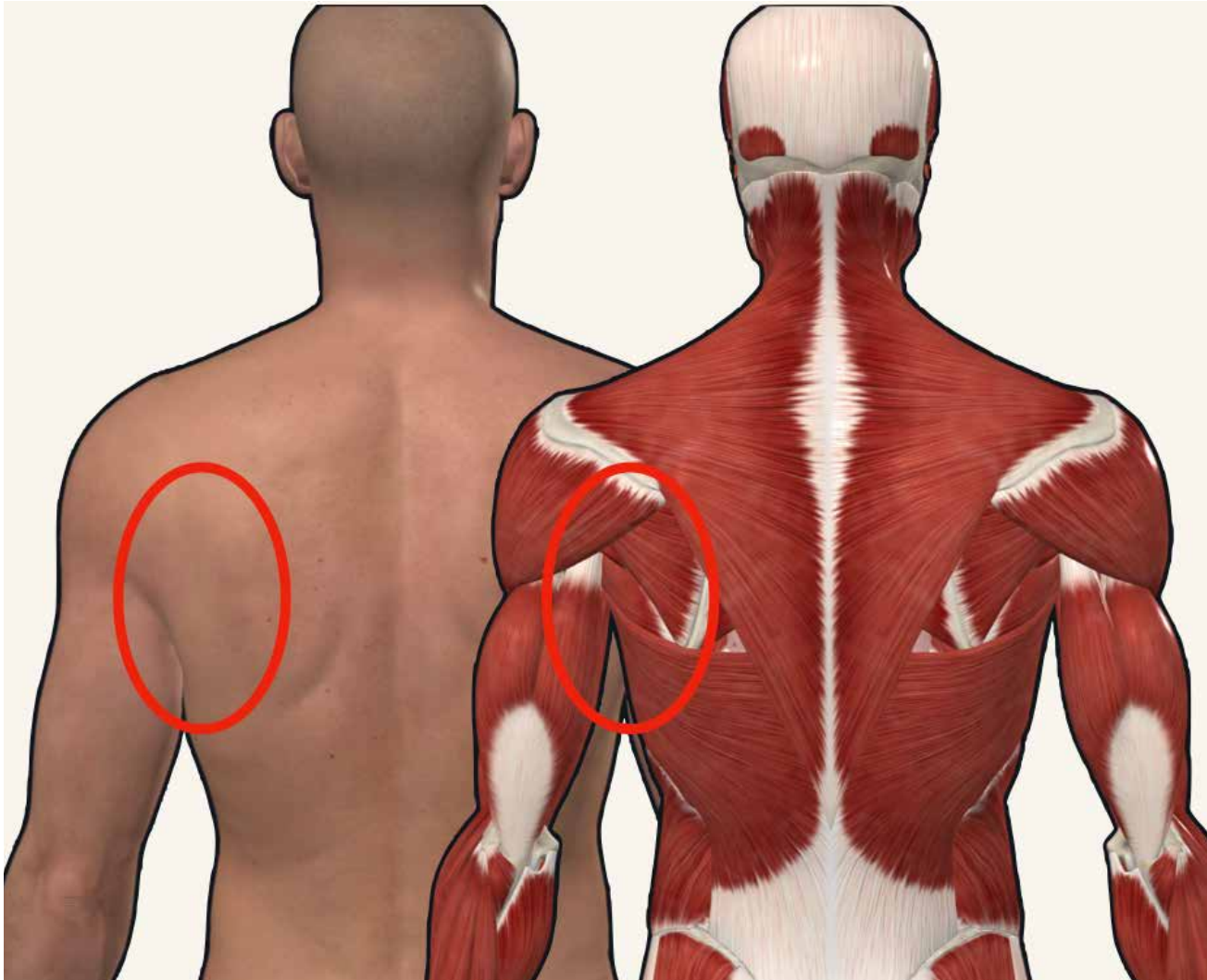
AV JØRGEN JEVNE
KIROPRAKTOR OG
FYSIOTERAPEUT

Mange har tatt til orde for at skulderundersøkelsen bør forenkles. Skulderen er mer enn kompleks nok uten at vi klinikere behøver å gjøre det verre. Men bare fordi man gjør det enkelt (enkler), behøver det ikke å bety at

det er lett. Det er denne forfatterens overbevisning at vår felles bunnplanke må være medisinsk forståelse og en vitenskapelig tankegang. Med det som utgangspunkt, vil klinikere i større grad være enige om de store linjene, og videre vil det være opp til hver enkelt hvordan man ønsker å praktisere under disse like forutsetningene. Kasuistikken som presenteres i denne artikkelen beskriver hvorfor denne medisinske «bunnplanken» er viktig.

Babyer og badevann

Alle klinikere som er utdannet på denne siden av tusentallet har måttet forholde seg til vitenskapelige prinsipper og metoder. Der hvor fagene før i tiden i mye større grad var kulturelt betinget av forfedrenes bagasje, er det i dag betydelig overlapning mellom ulike klinikere og ulike faggrupper. Fagutøvere som jobber med muskelskjelettapparatet er like heterogene som pasientene selv.



Pasienten peker mot bakre skulderbelte for lokalisasjon av symptomer

Inntoget av vitenskapelig metode tiltok utover på 2000-tallet. Nærmest over natten skulle ikke lenger komplekse spørsmål bli besvart med at «jeg lærte det på et kurs med en amerikaner», men i stedet gjennom knallhard vitenskapelig analyse. Muskelslynger, weak-links, anatomy trains og triggerpunkter ble byttet ut med statistisk signifikans, p-verdier, randomiserte kontrollerte studier, systematiske gjennomganger og kunnskapsbasert praksis. Kombinert med fremveksten av sosiale medier, fikk man en giftig cocktail av tastaturkrigere bevæpnet med referanselister lange som den hellege bok og en penn skarpere enn en kniv. Faget var ikke lenger fundert på det «bløte møtet» mellom to medmennesker; den ene i smerte og den andre som omsorgsperson. Det abstrakte og usagte ble erstattet med hard vitenskapelighet hvor

man ikke lenger lette etter et svar langs den gyldne middelvei, men en svart-hvitt verden av «helt rett» eller «helt galt». Men i møtet med menneskers kompleksitet fremstår det i etterpåklokskapens lys ut som en forkvaklet modell som var dømt til å feile. Og i møtet med en pasient i dag må vi passe oss for å ikke hive babyen ut med badevannet. Det er fortsatt veldig mye man gjør som er riktig, og fortsatt veldig mye man kan gjøre for det enkelte mennesket. Men gjerne på et litt annet premiss enn tidligere.

Den enkle algoritmen

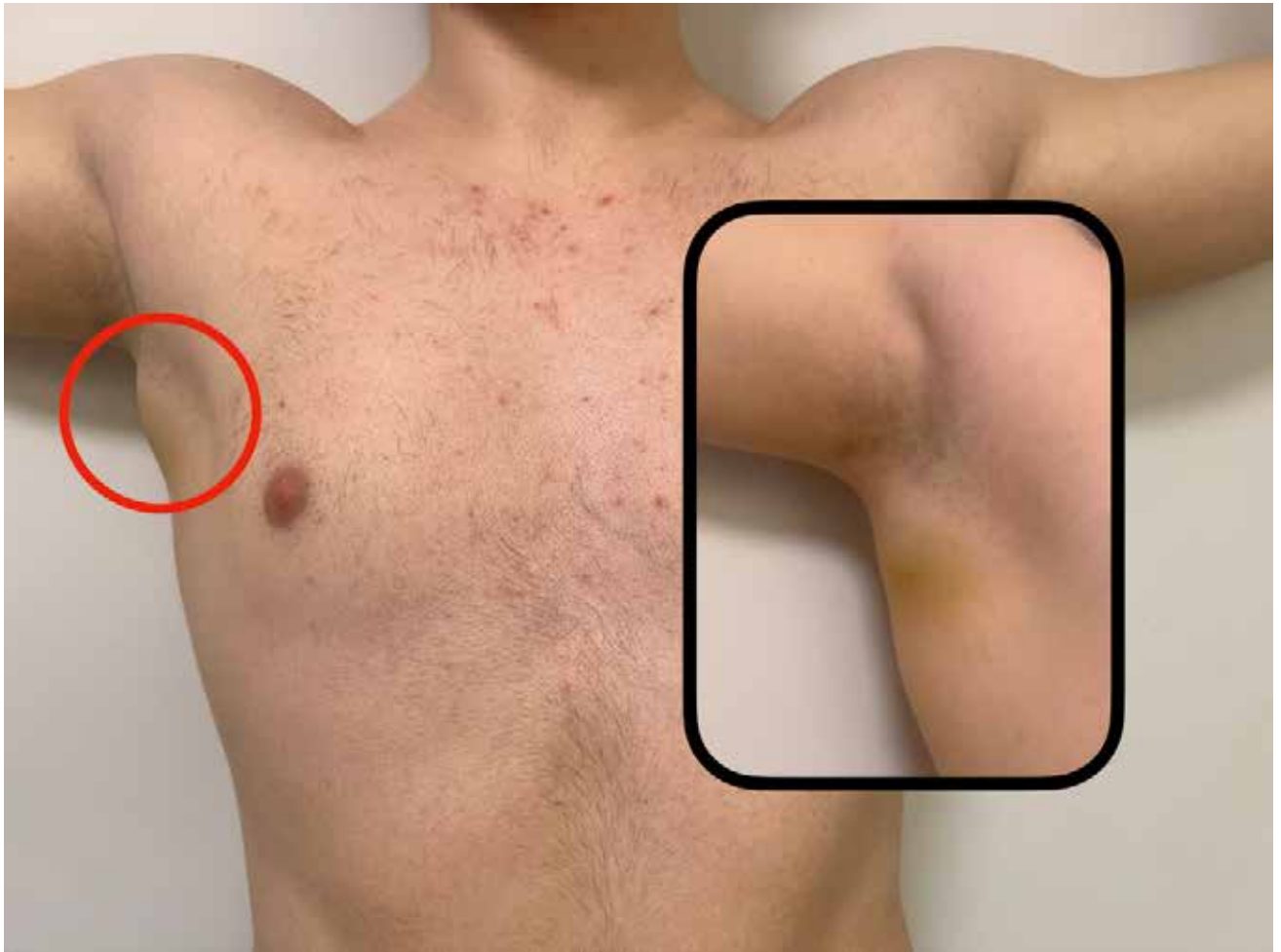
Undertegnede har i hele sin karriere forholdt seg til denne enkle algoritmen for klinisk undersøkelse: «LOOK – MOVE – FEEL – TEST».

Se på pasienten. Få pasienten til å bevege seg. Kjenn etter. Test. Så

enkelt, men også så vanskelig. Men en enkel algoritme er allikevel basert på tung vitenskapelig forståelse i bunnen. I klinikken driver man, enten man vet det eller ei, mønstergjenkjenning. Man får et visst volum av pasienter etter en lang klinisk karriere, og dette skaper etter hvert også en evne til å se når noe skiller seg ut fra mønstrene. For å gjøre det, må man imidlertid forholde seg til enkle huskereglene. Denne kasuistikken belyser hvorfor.

Kasuistikken

Pasienten er en 20-årig ellers frisk hockeyspiller. Han kommer med smerter i sin høyre skulder, svarende til bakre del av skulder/scapulaområdet og axillen. Smertene debuterte tre uker i forveien. Han kunne ikke huske noe uttalt traume, men symptomene meldte seg i etterkant av en styrkeøkt sammen



Inspeksjon av pasienten forfra avdekker hevelse og hematom i bakre axillevegg

med ishockeylaget. Denne økten var preget av mye tung vekttrening. Han kunne huske at han på tidspunktet for treningen var sliten i forkant og hadde også spist lite denne dagen. Da han melder seg i klinikken noen uker senere, har han stått over det meste av treninger og har ikke spilt kamp siden hendelsen. Han er ellers frisk og har ingen alvorlige skulderskader fra tidligere.

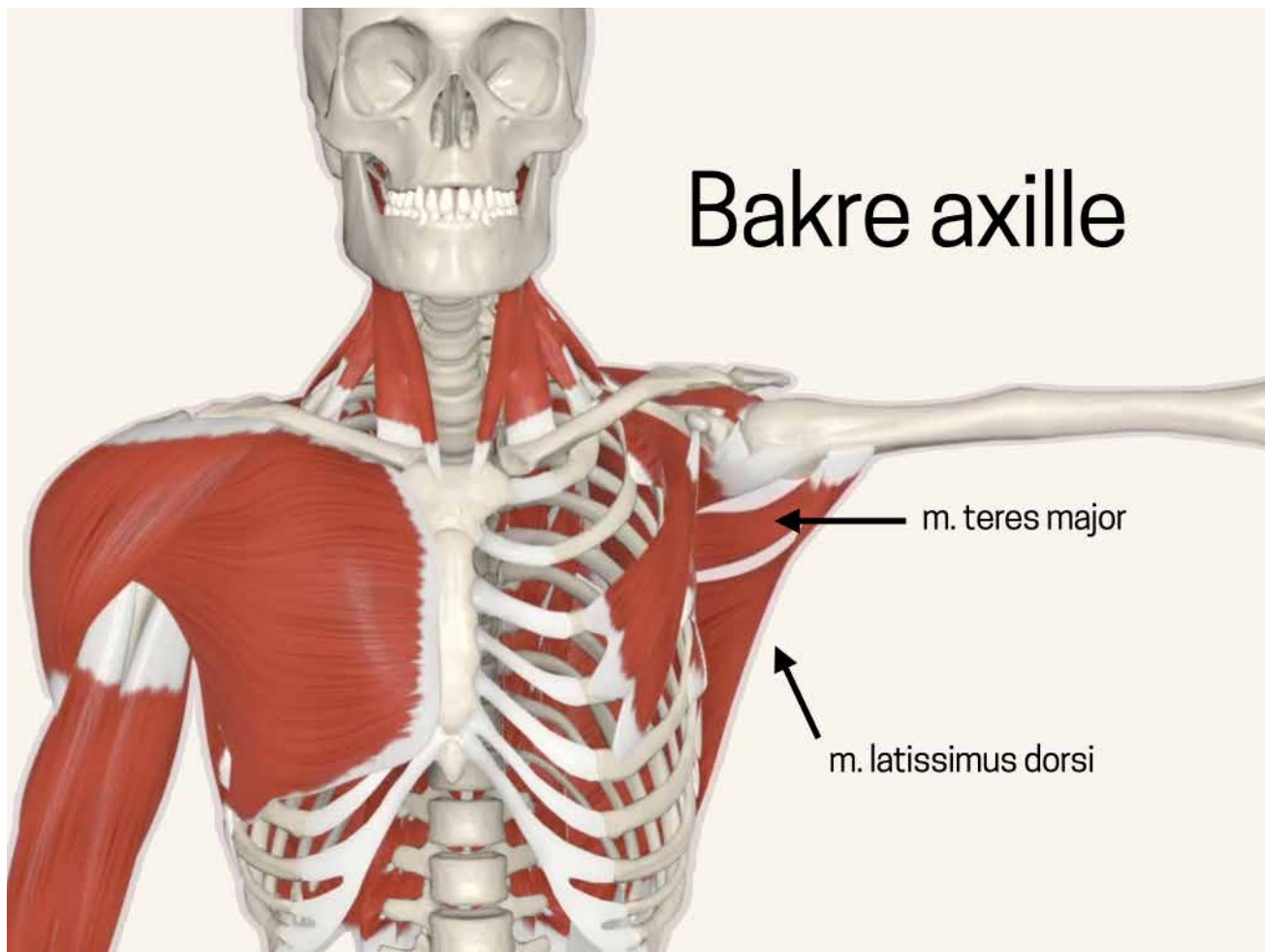
Under anamnesen peker pasienten inn mot baksiden av skulderen i det som fremstår som latissimus dorsi, teres major eller bakre axillevegg. Smertene har vært beliggende dif-fust rundt dette område uten at han klarer å peke på ett distinkt område. Det er ingen rødme eller åpenbar skjevstilling. Ved bevegelsesundersøkelse har han fulle bevegelsesutslag og det er ingen åpenbar asymmetri eller observerbare kompensasjoner sammenlignet med høyre side. På dette tidspunktet står undersøkeren bak pasienten

og av en tilfeldighet snur pasienten seg mot undersøker med armene ute i abduert stilling. På dette tidspunktet ser man et hematom og en betydelig hevelse i axillen svarende til bakre axillevegg. Ved palpasjon er han distinkt palpasjonsømt og får umiddelbare gjenkjennbare smerter ved palpasjon i dette område. I den bakre axilleveggen er det kun to muskler som er aktuelle å avgrense; m. Latissimus dorsi og m. Teres major. Klinisk ligger disse tett opp mot hverandre og er vanskelig (umulig?) å skille fra hverandre med kun palpasjon. De har også et veldig likt for-løp, insersjon og funksjon.

- **Latissimus dorsi (primær)**
 - o **Adduksjon:** Trekker armen inn mot kroppen.
 - o **Ekstensjon:** Fører armen bakover.
 - o **Innadrørasjon:** Roterer overarmen innover.
 - o **Depresjon av skulderen:** Senker skulderen ved fiksert arm.

- **Teres major (sekundær)**
 - o Assisterer latissimus dorsi i **adduksjon, ekstensjon og innadrotasjon** av armen.
 - o Stabiliserer skulderleddet under bevegelse.

Klinisk får man naturligvis mistanke om at det er en muskelskade på én eller begge av disse strukturene. Ved isometrisk testing får han sterke smerter ved isometrisk ekstensjon (pull-bevegelse) fra en ABD90-stilling. I denne stillingen (ABD90) får han også kraftige symptomer ved internrotasjon. Det er dog ikke full svikt ved disse testene, og man palperer muskulaturens myotendinøse forløp til proksimomediale del av humerus, hvor man ikke finner smerter ved insersjonen til muskulaturen. Han rapporterer moderate smerter ved roing. På treningssalen «dødhenger» han avlastet, men hvis man forsøker å ta ved understøttelse, får han umiddelbart sterke symptomer.



Anatomisk forståelse av bakre axillevegg

Klinikken gir en tydelig mistanke om en muskulær skade på latissimus dorsi og/eller teres major. Dette er et område hvor undertegnede ikke er kompetent til ultralydskanning, så man beslutter å sende på en MR for kartlegging av skaden.

MR Thorax\

27.01.2025 MR Thorax

Det finnes en ca. 6 x 5,5 x 1,2 cm bred væskeansamling i den aktuelle regionen lateralt på høyre side av ryggen. Væskeansamlingen er relatert til latissimus muskulaturen og må representere en muskelruptur med et stort hematom. Sannsynligvis er enten hele- eller nesten hele latissimus buk delt i to i denne regionen, altså enten en total eller en subtotal muskelruptur, der hovedsakelig de proximale delene av muskelen er noe retraherte. Diskontinuiteten i muskelen varierer noe, alt fra ca. 1,2 cm til ca. 3 cm.

Senen til humerus virker intakt.

Oppfatter dette altså ikke som en

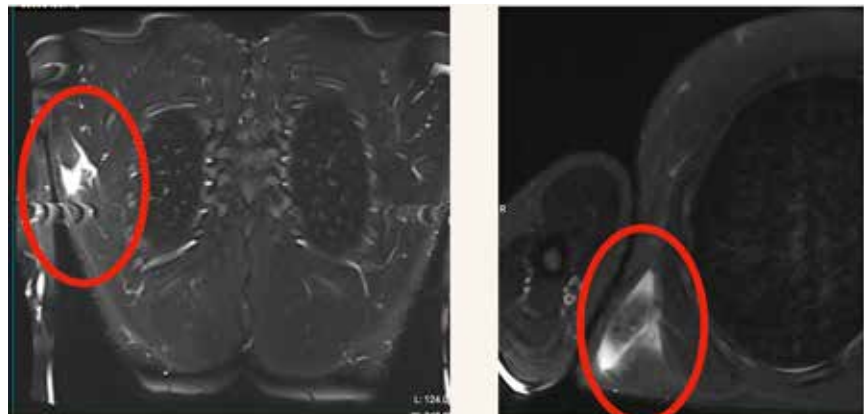
myotendinøs skade, men som en ren muskelruptur.

Teres major muskulaturen ligger delvis parallelt med latissimus, og denne muskelbuken er intakt.

Refleksjon

Denne kasuistikken beskriver en svært sjelden skade. En akutt ruptur av muskelbuken til latissimus dorsi

uten seneaffeksjon. Tilstanden er selvlimiterende og håndteres konservativt med avlastning og gradert eksponering. Kasuistikken understreker også behovet for god anatomisk forståelse, mønstergjenkjenning og ikke minst et årvåkent blikk der hvor mønsteret avviker fra det normale.



MR bilder av pasientens thorax med muskelskaden