

# Hva er egentlig atraumatisk skulderinstabilitet?

Fysioterapeuter som møter pasienter med skuldersmerter vil nok oppleve at de ser pasienter med atraumatisk skulderinstabilitet nærmest på daglig basis. Men litteraturen viser tvert i mot at atraumatisk skulderinstabilitet forekommer svært sjelden og at dette er noe man nær sagt aldri møter. Det er behov for begrepsavklaring, litteraturgjennomgang og presisering. I denne artikkelen går vi gjennom hva atraumatisk skulderinstabilitet er for noe.



AV JØRGEN JEVNE  
KIROPRAKTOR OG  
FYSIOTERAPEUT

De fleste av oss som jobber med pasienter daglig havner før eller siden i en slags klinisk autopilot. Man ser hoftartroser, korsbåndsrupturer, meniskskader, frosne skuldre, nakke- og korsryggsprolaps, ankelovertråkk, syndesmoseskader og så videre.

Mengden av pasienter man interagerer med i løpet av et år gjør også sannsynligvis at noen av oss opplever en slags «profesjonell apati», hvor vi ikke lenger reflekterer så mye over tilstandene vi ser. Men noen ganger kan man ta et steg tilbake og stille seg noen ubehagelige spørsmål som man kanskje burde vite svaret på. For hva er egentlig artrose for noe? Hva er etiologien på celle- og vevsnivå? Hvorfor er noen symptomatiske, mens andre ikke? Hva er egentlig en skul-

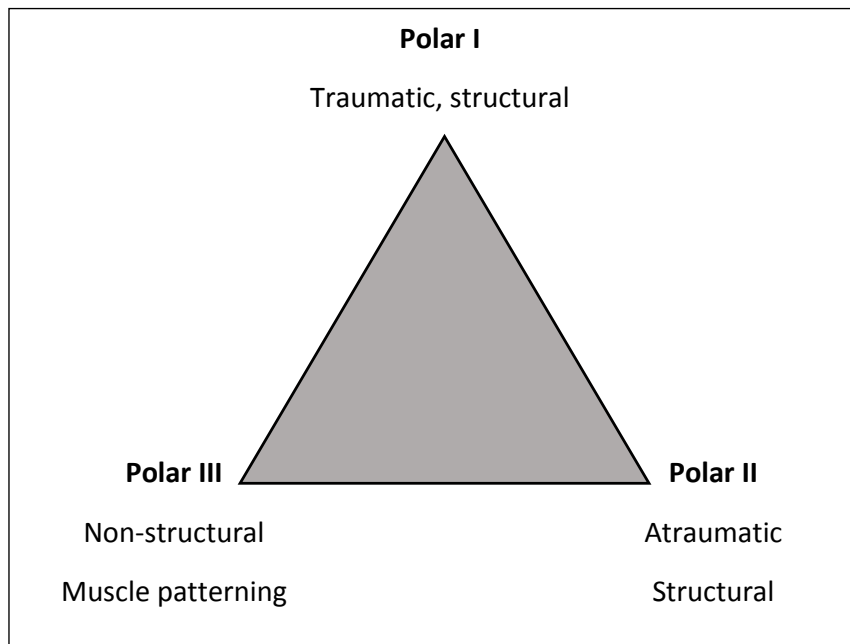
derkapsulitt? Hvilke forandringer er det som faktisk skjer i leddkapselen og det øvrige skuldervevet?

Og derfor skal vi i denne artikkelen spørre oss: hva er egentlig atraumatisk skulderinstabilitet?

## Instabilitetsbegrepet

Som nevnt i innledningen er det nødvendig med en begrepsavklaring. Definisjoner og avklaring av hva vi legger i ord og begreper er

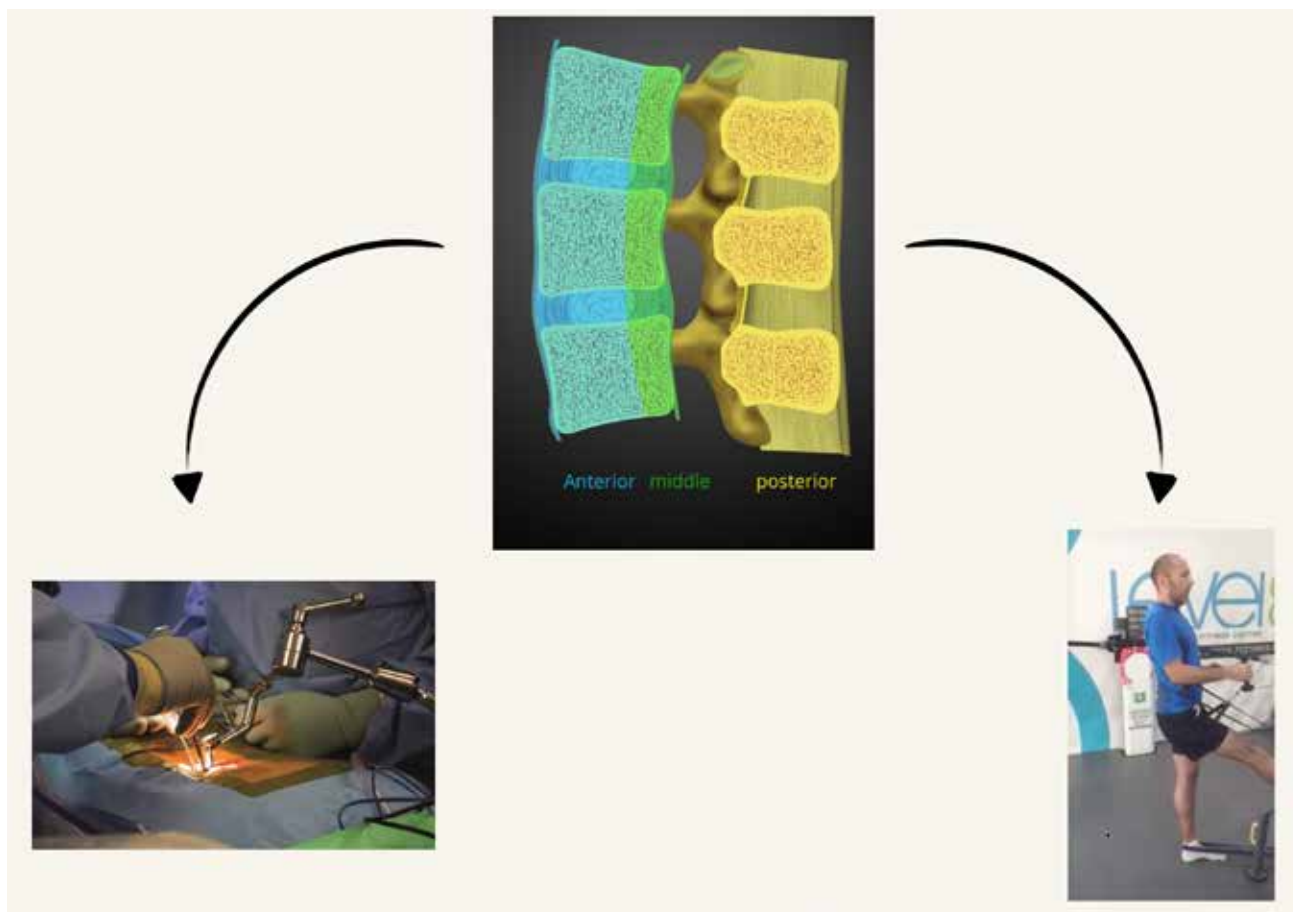
viktig innen vårt fagfelt. Alle timene vi har brukt på disseksjonssalen, lesing av anatomiske atlas, huskereglene for håndrotsknokler, og pugging av utspring og feste for muskler og sener er nødvendig for at vi forstår kroppens sammenhenger slik at vi makter å kommunisere tydelig med annet helsepersonell omkring et komplekst tema. Derfor er det også litt overraskende at begrepet «instabilitet» brukes ukritisk og med varierende betydning innen medisinen. En verdifull lekse ligger i begrepet rygginstabilitet, som nærmest var en del av dagligtalen til fysioterapeuter for 15-20 år siden. Godt hjulpet frem av forskningen på «kjernemuskulaturen» på 90-tallet og Panjabi sine artikler for å beskrive fenomenet [1]. I medisinen derimot, benyttes ikke begrepet instabilitet ukritisk, og rygginstabilitet benyttes primært for å beskrive stabile og ikke-stabile brudd i ryggstøylene [2]. Man benytter en tredelt søyleforståelse av ryggen, som består av en fremre, midtre og bakre del. Den fremre delen består av lig. Longitudinale anterior, fremre



Klassifikasjonen av skulderinstabilitet basert på Stanmoretrekanten

del av corpus vertebra og fremre del av skiven. Den midtre delen består av den bakre halvdel av corpus vertebra og skiven, samt lig. Longitudinale posterius. Den bakre delen består av pediklene, fasettleddene

og lig. supraspinale. Teorien er at hvis bruddet påvirker to eller flere av disse søylene så har man et instabilt brudd og ergo – rygginstabilitet. Det er enkelt å forstå frustrasjonen og forvirringen som oppstår når



Det skaper problemer når vi bruker medisinske begreper ukritisk

# BEIGHTON SCORE

## Et mål på hypermobilitet

**Hyperekstensjon**  
5.finger



**Potensielt**  
2 poeng

**Hyperekstensjon**  
Albue og knær



**Potensielt**  
4 poeng

**Tommel**  
Berøring underarm



**Potensielt**  
2 poeng

**Rygg**  
Flate hender i gulv



**Potensielt**  
1 poeng

### Scoring

**Hypermobilitet menn (uansett alder) og kvinner >50 år = ≥ 4 poeng**  
**Hypermobilitet kvinner <50 år = ≥5 poeng**

*Beighton Score er et uttrykk for generalisert hypermobilitet*

man som fysioterapeut snakker om rygginstabilitet som skal behandles med pilatesballer, intrikate balansehindre, ryggliggende knipeøvelser og pusteteknikker man har sett på youtube. Kollegaen derimot, som er ortoped, får ikke overraskende store øyne når han er i et fagfelt som ser på rygginstabilitet som en potensielt livstruende tilstand som raskt bør håndteres på et spesialisert sykehus.

Og nettopp på grunn av manglende definering og inkonsekvent bruk av begreper, har vi bidratt til å øke forvirringen på skulderfeltet, spesielt på instabilitetsområdet. Spør man den gjengse fysioterapeut om en skulderinstabilitet primært er atraumatisk eller traumatisk, vil nok de fleste svare at de hovedsakelig ser atraumatisk skulderinstabilitet i klinikken. Men når man ikke har et bevisst forhold til hva atraumatisk instabilitet er for noe, er vi allerede på ville veier. Derfor er vi helt avhengig av å vite hvordan litteraturen definerer skulderinstabilitet generelt, og atraumatisk skulderinstabilitet spesielt.

### Skulderinstabilitet generelt

Skulderinstabilitet kan i grove trekk defineres som overdreven translasjon av humerushodet mot fossa glenoidale [3]. Dette resulterer i symptomer som smerte, ubehag, sublaksjon eller dislokasjon. Følger vi denne definisjonen vil kanskje det mest overraskende være at den absolutte majoritet av pasienter med skulderinstabilitet har dette som følge av en traumatisk hendelse. Det anslås at forholdet mellom traumatisk og atraumatisk instabilitet er i størrelsesorden 9.5:1 (altså 95% av instabiliteter spores tilbake til en traumatisk hendelse) [4,5]. Allerede her begynner vår forståelse å slå sprekker. Det er åpenbart at vår følelse av å se mange pasienter med atraumatisk instabilitet, ikke har hold i forskningen og at vi statistisk sett ikke ser mange med faktisk instabilitet, men at disse representerer en annen type skuldersmerte. Denne begrepsavklaringen er viktig, fordi på samme måte som i ryggen har begrepet instabilitet i seg selv potensielt svært uheldige nocebiske effekter hos mange pasienter. Følgelig må vi ha et særdeles bevisst forhold

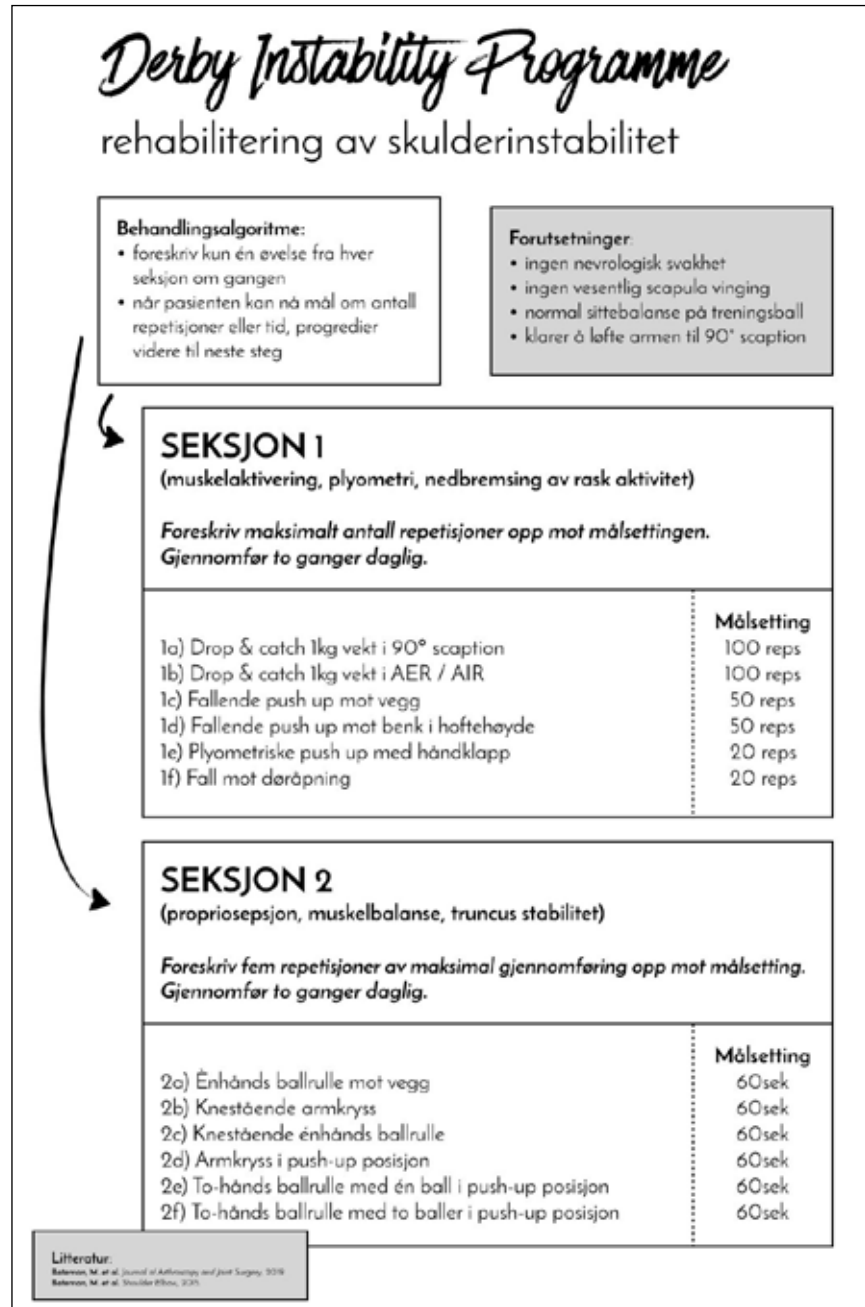
til hvordan vi ordlegger oss når vi snakker om atraumatisk skulderinstabilitet, og ikke minst det vi tror er atraumatisk skulderinstabilitet.

Skulderinstabilitet ble tidligere forstått ut fra traumatisk eller atraumatisk opprinnelse. Begrepene TUBS og AMBRI ble brukt. TUBS – traumatic, unilateral, Bankart, surgery beskrev den typiske traumatiske opprinnelsen hvor pasienten var utsatt for et traume, dette var vanligvis unilateralt, medførte oftest en Bankart skade og endepunktet var kirurgi (TUBS). AMBRI – atraumatic, multidirectional, bilateral, rehabilitation, inferior beskrev den andre gruppen. Disse pasientene hadde ikke noe traume involvert, de var ofte multidireksjonalt instabile, plagene var ofte bilaterale og primærbehandling for disse var rehabilitering. Dersom rehabilitering ikke førte frem kunne man vurdere en inferior capsular shift (AMBRI). Denne simple forståelsen er besnærende, men fanger dessverre dårlig opp nyansene i skulderinstabilitet. Derfor benytter man i dag Stanmore Triangelen for å beskrive skulderinstabilitet som et slags kontinuum,

med glidende overganger mellom gruppene, men som allikevel har tre store kategorier som representerer «polene» i trekanten (se bilde) [6]. Polar Type 1 (traumatisk hendelse med strukturell skade) er den mest kjente og representerer altså majoriteten av pasienter med skulderinstabilitet. Polar Type 2 (atraumatisk instabilitet, men med strukturell skade) kan være pasienter med vedvarende arbeid over skulderhøyde eller idrettsutøvere som har utsatt skulderen for repetitivt stress over mange år og har nå strukturelle skader forenlig med instabilitet, uten én eller flere traumatiske hendelser. Polar Type 3 (atraumatisk debut, ingen strukturell skade) betegnes gjerne som atraumatisk skulderinstabilitet, og kan være pasienter med bindevevssykdommer, hypermobilitet eller andre underliggende tilstander som medfører instabilitet i skulderen. Kontinuumet trekanten representerer er viktig. Tilstanden kan endre seg over tid, og man kan eksempelvis være atraumatisk instabil (type 3), men gradvis utvikle skjelettskade som er forenlig med instabilitetsproblematikk, og strengt tatt da kategoriseres som en type 2.

### Atraumatisk skulderinstabilitet

Da det ikke foreligger én eller flere strukturelle skader i skulderen, vil det også oftest være klinisk utfordrende å stadfeste hovedårsaken til instabiliteten, og dermed også vanskelig å strømlinjeforme oppfølgingen/rehabiliteringen. For at skulderen skal ha god leddkongruens og stabilitet er man avhengig av både statiske og dynamiske stabilisatorer. Statiske stabilisatorer er ossøse forhold, kapsel-/labrumkomplekset og deres proprioceptive systemer. Dynamiske stabilisatorer er rotatorcuffen spesielt, og den kinetiske kjeden generelt, samt sansemotoriske kontrollsystemer som både er perifere og sentrale. Pasienter med atraumatisk skulderinstabilitet får symptomer grunnet svikt i en eller flere av disse stabilisatorene. Der hvor man normalt dislokerer anteriort ved en traumatisk hendelse, er det mer varierende hos pasienter med atraumatisk instabilitet. Det er allikevel sjelden at man er instabil i flere retninger og at man



*Derby Instability Programme er en treningsprotokoll for pasienter med atraumatisk skulderinstabilitet*

tenderer til instabilitet i én bestemt retning. Begrepet multidireksjonal instabilitet er derfor villedende og ikke-beskrivende for atraumatisk skulderinstabilitet [7].

Atraumatisk skulderinstabilitet rammer hovedsakelig unge pasienter under 25 år. Anamnesen avslører som oftest ikke en spesifikk hendelse eller tidspunkt for når symptomene begynte og kan være svært vagt. Pasienter med hyperlaksitet kan ha fått en svært subtil skade på skulderen som ikke har blitt ansett som en ekte skade eller

traume, men som kan ha vært nok til å forårsake en strukturelt relevant skade. Det er derfor viktig for klinikere å forstå at hyperlaksitet er et klinisk tegn, mens instabilitet er et symptom. Et godt anamneseopptak er derfor en kritisk del av pasientbehandlingen, og vil gi indikasjoner på om pasienten bør utredes bildediagnostisk og evt. kirurgisk. Overordnet vil den eneste forskjellen på en Type II og Type III instabilitet være at en Type II kan ha kirurgisk indikasjon, mens i en Type III foreligger det ingen konkret, objektiv, bildediagnostisk verifisert skade og derfor

heller ingen klar operasjonsindikasjon. Som kliniker er det derfor viktig å plassere pasienten riktig i trekanten og gjøre en kvalifisert vurdering på hvilken retning pasienten skal bevege seg i.

Det er viktig spesifikt å spørre om flere leddsymptomer og ikke bare de som påvirker skulderen. Et nyttig screeningsverktøy for å hjelpe til med vurderingen av leddbevegelighet er Beighton Score. Beighton Score er en numerisk score fra 0 til 9 som er basert på følgende kliniske tegn:

- Hyperekstensjon >90° i MCP-leddet i lillefingeren (1+1 poeng)
- Passiv abduksjon/ekstensjon av tommel slik at tommel kan berøre underarm med underarmen pronert (1+1 poeng)
- Hyperekstensjon av knær (1+1 poeng)
- Hyperekstensjon albuer (1+1 poeng)
- Ved ryggfleksjon med strake knær kan man berøre hele håndflaten i gulvet (1 poeng)

Man kan altså få totalt 9 poeng, hvor høyere score indikerer større grad av hypermobilitet. Beighton Score står ikke alene, men brukes i kombinasjon med andre opplysninger for å

danne en mistanke om «hypermobility spectrum disorder». Man legger merke til at Beighton Score ikke direkte måler skulderbevegelse, og må derfor ses på en som et screeningverktøy for å vurdere pasientens systemiske leddbevegelighet, hvor skulderen kan være involvert.

I den britiske BESS/BOA retningslinjen [8] bemerker man at gruppen pasienter med atraumatisk skulderinstabilitet har en svært varierende presentasjon, og kan presentere med en myriade av forskjellige kliniske tegn. Dette inkluderer, men er ikke begrenset til, de nedenstående:

- Denne gruppen rapporterer oftere mange episoder med subluksasjoner, enn reelle skulderluksasjoner
- Følelse av utrygghet og instabilitet i varierende posisjoner, men kan også forekomme under hvile og om natten
- Smerteintensitet og lokalisasjon varierer, men majoriteten rapporterer lokale smerter rundt skulderen, ofte lokalisert til fremre del av skulder og bicepsenen
- En subgruppe av pasienter vil kunne beskrive mer intense symptomer, som brennende/skarpe/stikkende smerter og ledsagende parestesi. Her er det vik-

tig å avklare om symptomene har et reelt nevrologisk/sirkulatorisk opphav (fra eksempelvis nakke eller thoracic outlet) eller om det er direkte relatert til skulderen

- De fleste pasienter opplever økt laksitet, apprehension og instabilitetsfølelse
- Manglende evne til å utføre visse oppgaver, spesielt over skulderhøyde som de kanskje ikke tilskriver skulderen i utgangspunktet. Dette kan være sekundært til frykt, smerte eller svakhet. Her er det viktig for klinikerens å kartlegge årsaken til funksjonsnedsettelsen, for å unngå å sette falsk positiv diagnose.

### Diagnosestilling og veien videre

Det er åpenbart at atraumatisk skulderinstabilitet er en diffus tilstand med varierende kliniske tegn. Basert på egen erfaring og diskusjon med kollegaer, fremstår det ganske sannsynlig at diagnosen atraumatisk skulderinstabilitet er kraftig overdiagnostisert i klinisk praksis. Med tanke på alt vi nå vet om psykososiale faktorer og hvordan disse påvirker muskelskjelettsmerter, er det et tankekors at man antageligvis setter en feilaktig merkelapp på mange skulderpasienter, med det nocerbiske potensialet dette har. I stedet bør klinikerens være obs på nåvæ-



Øvelser fra seksjon 1 i Derbyprogrammet

rende kategorisering og klassifisering av skulderinstabilitet. Instabilitet i skulderen skjer altså i majoriteten av tilfellene etter et traume, og så lenge man ikke mistenker en strukturell skade og/eller mikroskader over tid (for eksempel hos håndballspillere), bør Polar Type III instabilitet være forbeholdt en liten subgruppe av pasienter, hvor av resterende antageligvis bør håndteres mer som en hvilken som helst annen (skulder)pasient. Ikke minst er det viktig at diagnosen forbeholdes de som faktisk har reelle kliniske tegn til systemisk hypermobilitet og laksitetsproblemer, da disse fortjener en annen form for oppfølging og håndtering enn en allminnelig skulderpasient. Pasienter med hypermobilt spectrum disorder rapporterer en mengde symptomer relatert og ikke-relatert til muskelskjelettsystemet, herunder kroniske/tilbakevendende smerter, leddinstabilitet, muskel- og leddsmerter, fatigue og økt tretthet, funksjonsnedsettelse som medfører redusert evne til å fungere på arbeid og i jobb, som psykiske helseutfordringer som resulterer i rapportert dårlig livskvalitet. Men pasienter med HSD er ikke ensbetydende med at de har skulderinstabilitet.

Som klinikere er kanskje vår viktigste oppgave i møtet med disse pasientene at vi har kompetansen på instabilitetsfeltet til å håndtere de forskjellige presentasjonene. Det er åpenbart at instabilitetsbegrepet fortsetter å bli misbrukt, og

dette medfører igjen suboptimal pasientbehandling hos en pasientgruppe som sårt trenger et bedre tilbud. Kompetansen bør også ligge i førstelinjen, da de fleste av disse pasientene (med atraumatisk skulderinstabilitet) ikke har et reelt tilbud i spesialisthelsetjenesten. Når klinikeren møter pasienter med skuldersmerter hvor det mistenkes en underliggende instabilitet, bør Stanmoretrekanten ligge fremst i hjernebarken og forme dette møtet; dersom det ikke foreligger et akutt traume, overbelastnings(traumer) over tid eller åpenbar hypermobilitet, bør man være svært forsiktig med å diagnostisere pasienten med en atraumatisk skulderinstabilitet. Dette er en liten pasientgruppe som vi ser langt sjeldnere enn vi tror.

### Rehabilitering

Dersom vi mener at pasienten har en atraumatisk skulderinstabilitet basert på det vi her har gjennomgått, så er grunnsteinen i behandlingen kunnskapsformidling, rådgivning, ergonomiske og praktiske selvhåndteringstips og -teknikker og naturligvis fokus på håndtering av tilstanden gjennom styrketrening. Av naturlige årsaker er treningsterapi på atraumatisk skulderinstabilitet i stor grad upløyd mark. En populær protokoll som er publisert i litteraturen er Derby Instability Programme, som er beskrevet av Bateman med kolleger [7,9,10]. Mange treningsprotokoller innenfor muskelskjelettfeltet er dårlig beskrevet. I Bate-

man sin protokoll har de forsøkt å imøtegå en del av problemene med tidligere trening:

- Pasientene progredierer gjennom to hovedkategorier av øvelser
- Det gjøres kun to øvelser om gangen
- Hver øvelse har et spesifisert mål i antall repetisjoner eller tid, og dette målet må nås før man kan progrediere videre
- Dette betyr at progresjon kun kan foregå ved økt funksjon og ikke bare forventet over tid, noe som gjør at programmet fortløpende måler compliance gjennom funksjon
- Treningen har fokus på oppgaven som skal utføres, i stedet for å fokusere på diffuse og lite objektive elementer som holdning og/eller scapulakontroll
- Oppfølgingstiden vil være varierende, da forskjellige pasienter vil progrediere raskere eller langsommere avhengig av funksjonell og praktisk kapasitet

Programmets elementer fremgår av bildene, og video av hele programmet kan ses på hjemmesiden til undertegnede ([www.JevneHelse.no](http://www.JevneHelse.no)). Nylig ble det også publisert en studie hvor tung styrketrening ble sammenlignet med «vanlig behandling» på pasienter med hypermobile skuldre [11]. Denne studien blir omtalt i en egen artikkel i dette bladet.

Se referanser/kilder side 36.



Øvelser fra seksjon 2 i Derbyprogrammet