



Hvilke pasienter relukserer skulderen?

Skulderluksasjon med påfølgende instabilitet er relativt vanlig, spesielt blant yngre og idrettsaktive individer. Vi vet at mange pasienter vil reluksere skulderen etter det intielle traumet. Vi vet også at mange pådrar seg progressive intraartikulære skader som følge av gjentatte luksasjoner. Derfor er det viktig at vi lærer mer om hvilke pasienter som er i risikozonen, og hvilke faktorer som disponerer for gjentatte luksasjoner. På denne måten kan vi forhåpentligvis agere raskere i de riktige tilfellene.



AV JØRGEN JEVNE
KIROPRAKTOR OG
FYSIOTERAPEUT

I siste utgave av dette bladet (Fysioterapi i Privat Praksis, nr. 1 2019) skrev vi en omfattende artikkel om traumatiske førstegangsluksasjoner. Her drøftet vi forekomsten av traumatiske luksasjoner i befolkningen, hvilke intraartikulære skader pasientene pådrar seg etter et traume, og hvordan den akutte og sub-akutte håndteringen foregår. Det ble også

diskutert om man bør innta en mer liberal holdning til operasjon på et tidlig stadium, basert på de høye reluksasjonsratene man ser i den yngre delen av pasientpopulasjonen.

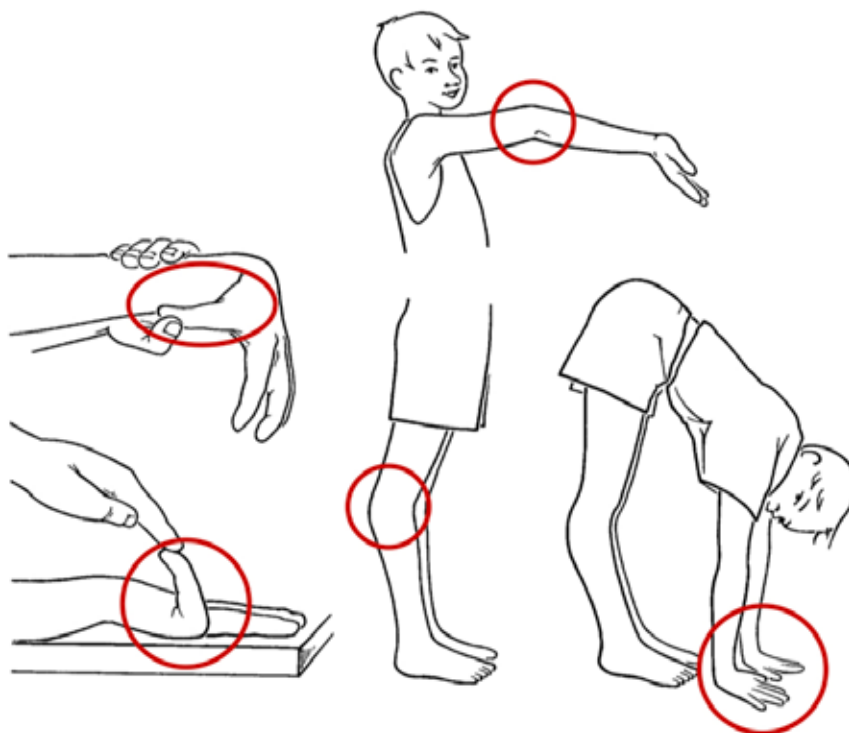
På grunn av de relativt alvorlige langtidskonsekvensene av en skulderluksasjon, har man fått interesse for hvilke risikofaktorer som gjør at noen pasienter er mer utsatte for tilbakevendende luksasjoner. Disse risikofaktorene kan deles i modifierbare og ikke-modifierbare – se tabell. Selv om en del

risikofaktorer er ikke-modifierbare, betyr ikke det at de er irrelevante. Det betyr snarere at de må tolkes forsiktig av klinikerne og være med i en resonneringsprosess rundt om pasienten best bør håndteres konservativt eller operativt.

Ikke-modifierbare risikofaktorer

Fraktur av tuberculum majus forekommer, i forhold til de andre ossøse og bløtdelsskadene, relativt sjeldent. I en kohorte fra New Zealand med 128 pasienter som hadde traumatisk førstegangsluksasjon, ble det kun registrert 2 (1.6%)

pasienter med fraktur av tuberculum majus [1]. Flere studier rapporterer, noe overraskende, at fraktur av tuberculum majus er forbundet med redusert risiko for residiverende luksasjon [2-4]. Rasjonalet for dette er som i en ankel: ved et kraftig traume vil «svikten» enten skje i knokkel eller bløtdel. Sjeldent skjer svikten på forskjellige steder i kjeden. En ortoped jeg diskuterte dette med, sammenlignet det med perler på en snor. Hvis man drar hardt i begge ender, er det vanskelig å få snoren til å rykke på flere steder. Rasjonalet er altså at frakturen av tuberculum majus medfører mindre skade på stabiliserende bløtdelsstrukturer (kapsel, glenohumeralegamenter, labrum), og kan således virke «beskyttende» for tilbakevendende instabilitet.



Bankartlesjoner må forstås både fra et bløtdels- og ossøst perspektiv. Den tradisjonelle skaden som ble beskrevet som en Bankartlesjon, en avulsjon av inferiore labrum fra glenoid idét denne løsriver fra scapulas periost, forekommer i opptil 85% av pasienter som gjennomgår fremre, traumatisk skulderluksasjon [5,6]. Den ossøse Bankartskaden, hvor traumet medfører en ossøs skade på glenoid, har fått mer fokus senere år [7], men forekommer sjeldnere enn bløtdelsskaden. I kohorten nevnt ovenfor hadde 13 av 128 (10.2%) en «bony Bankart» [1]. Bony Bankartlesjoner ser man hyppigere hos pasienter med flere luksasjoner, og er en konsekvent

Beightonkriterier (>4/9 poeng defineres som hypermobilitet)

risikofaktor for tilbakevendende instabilitet [1,8]. Rasjonalet er også at desto flere ganger skulderen lukserer, desto større er sannsynligheten for progressivt bentap av glenoid. Dersom dette tapet blir stort nok, vil leddflaten være så redusert at man vil klare å stabilisere leddet kun ved bløtdelskirurgi (labrumfiksasjon).

Hill-Sachlesjoner forekommer hyppig, i omkring 50% av traumatiske skulderluksasjoner [2]. I retrospektive analyser er Hill Sachlesjoner

inkonsekvent assosiert med skulderinstabilitet. Dette er antageligvis grunnet forskjellige måter å beskrive skadens størrelse på. Som kliniker bør man være obs på de såkalte bipolarelesjonene hvor man har større skader på glenoid og caput humeri [7]. I kohorten fra New Zealand hadde 36 av 128 (28.1%) pasienter Hill-Sach lesjon [1].

Alder og kjønn har vært anerkjente risikofaktorer i en årrekke. Det er godt dokumentert at flertallet av pasienter som gjennomgår traumatisk luksasjon er menn [4,9]. Over 50% av pasienter som lukserer skulderen, er mellom 15 og 25 år [9]. Alder er en kjent risikofaktor for reluksasjon. Generelt sett er sjansen for tilbakevendende instabilitet omvendt proporsjonal med alder; desto yngre pasienten er, desto høyere er sjansen for at skulderen vil reluksere innenfor 2 år. Det ser ut til gutter relukserer betydelig hyppigere enn jenter. Robinson fulgte opp 252 pasienter med førstegangsluksasjon [2]. 86% av mannlige 15-åringer vil reluksere igjen innenfor to år, 72% av 20-åringer og 56% av 25-åringer. Ved 35 år så er det <30% som får reluksasjon. Tallene er vesentlig lavere for

Modifiserbare	Semi-modifiserbare	Ikke-modifiserbare
Manuelt yrke	Frykt for re-skade	Tuberculum majus fraktur
Jobb som krever arbeid over skulderhøyde	Høy smerterapportering	Hill Sach & Bony Bankart lesjon
Immobilisering etter traumet	Lav selvmestring	Nervus axillaris parese
Deltagelse i kontaktsport		Alder / kjønn
Tid fra traume til tilbakevendelse til idrett		Hypermobilitet

Risikofaktorer for reluksasjon av skulder

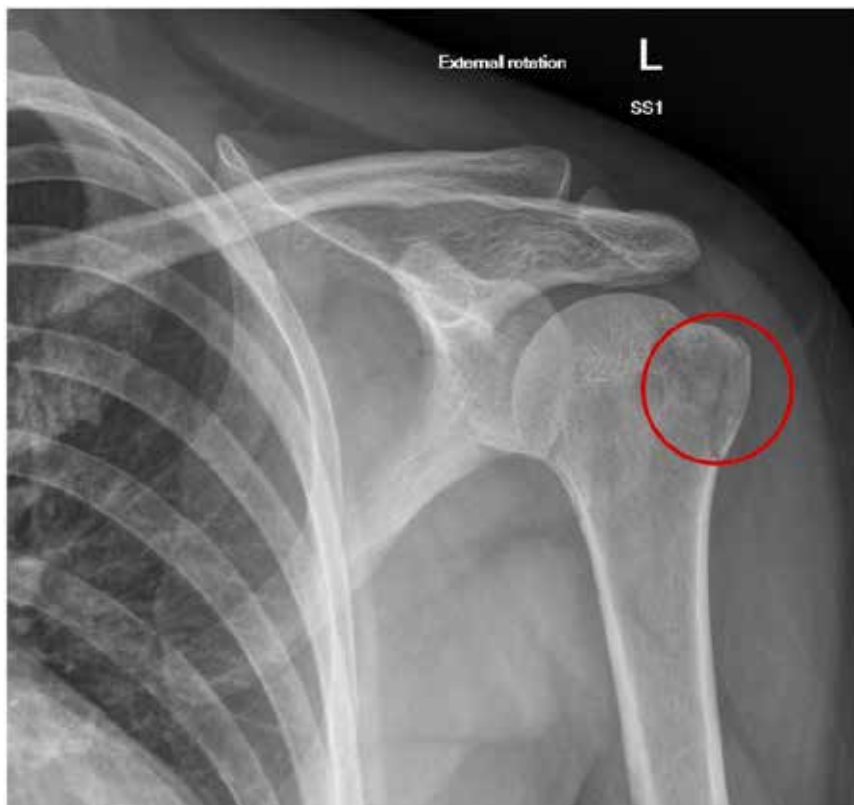
kvinner. I en nyere studie har man dog ikke funnet holdepunkter for at kjønn er en risikofaktor i seg selv [1] og argumenterer for at disse tallene kanskje er forskjøvet og misforstått, fordi relativt sett flere menn får skulderluksasjon i utgangspunktet, antageligvis grunnet risikoatferd og villighet til å gjenoppta idrett/aktivitet raskt, men at kjønn ikke nødvendigvis er en risikofaktor i seg selv.

Nerve- og cuffskader forekommer sjeldent. Nerveskader viser seg typisk som parestesi omkring øvre, laterale overarm og ved parese av m. Deltoideus – en nervus axillaris skade. Cuffskader forekommer hyppigst hos pasienter >40 år. Det ser ikke ut til at pasienter med disse skadene er hyppigere utsatt for kronisk instabilitet [1].

Hypermobilitet er et vagt begrep som ikke er klart definert i klinisk praksis. Mange av oss har pasienter med selverklært hypermobilitet, men konsensusen rundt om pasienten faktisk er hypermobil er gjenstand for debatt. Ofte brukes Beighton score for å måle generalisert hypermobilitet [10], men denne målemetoden inneholder ikke en spesifikk vurdering av skuldermobilitet. Med uklar konsensus rundt definisjonen av hypermobilitet er det heller ikke en klar risikofaktor for residiverende instabilitet i skulderen.

Modifiserbare risikofaktorer

Det er klar sammenheng mellom type idrett og mengden idrett pasienten bedriver og risikoen for tilbakevendende instabilitet. Pasienter som bedriver kontaktsport er spesielt utsatt. Det ser ikke ut til at manuelt arbeid i seg selv er en risikofaktor. Det foreligger lite konkret kunnskap vedrørende «return to play» (RTP) etter en skulderluksasjon [11], og de fleste protokollene omhandler rehabilitering etter stabiliserende kirurgi. Studier rapporterer motstridende resultater og er i hovedsak basert på RTP-tankegang fra andre områder (eksempelvis korsbåndsoopererte). Oppnåelse av symmetrisk bevegelsesutslag, styrkeforhold i skulder/cuff, utførelse av sport-spesifikk aktivitet uten insta-



Tuberculum majus fraktur

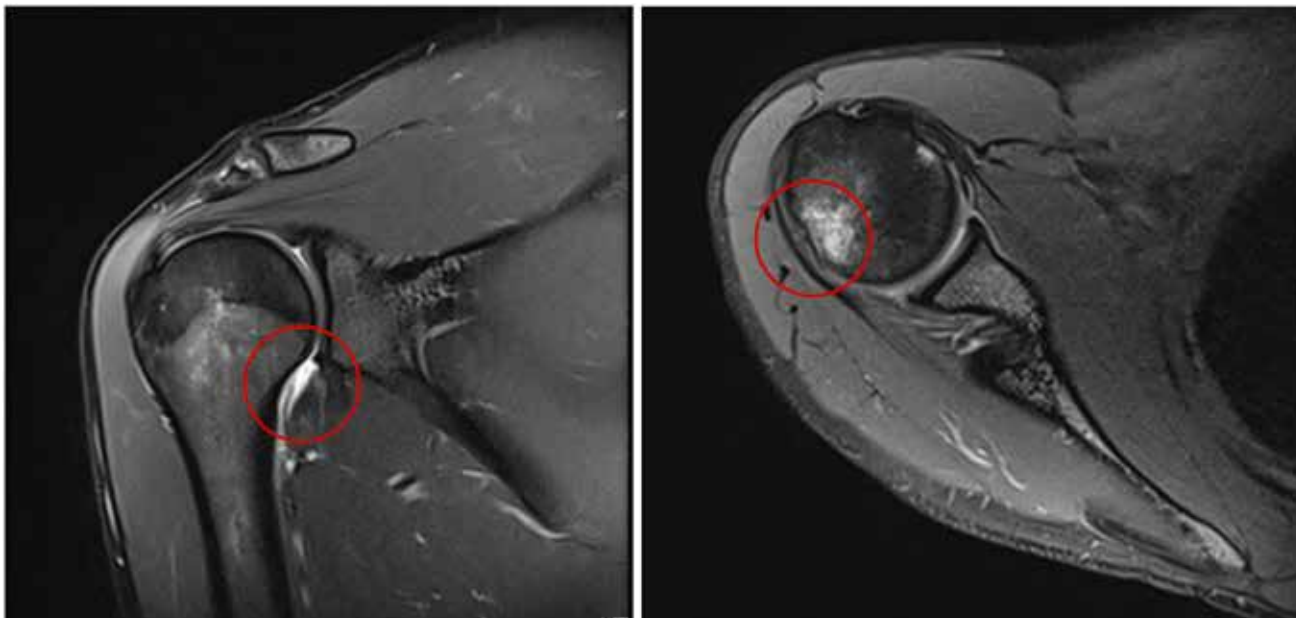
bilitetsfølelse eller smerte er gjerne gode pekepinner. Det er dessverre også lite konsensus rundt opptrening etter skulderluksasjon [12,13]. Generelt anbefales rehabilitering i 3-6 måneder etter traumet.

Immobilisering etter traumet er, og har vært, gjenstand for debatt. Enkelte argumenterer for langvarig immobilisering (opp til 6 uker), mens andre anbefaler ikke immobilisering overhodet. I studien fra New Zealand var det høyere sannsynlighet for reluksasjon hos pasientene som ikke ble immobilisert [1]. Det er allikevel holdepunkter for at immobiliseringsfasen bør være kort, og at man så hurtig som mulig kommer i gang med gradert aktivitet [11].

Semi-modifiserbare risikofaktorer

Innenfor korsryggssmerter har vi i mange år anerkjent gule flagg og psykososiale faktorer som medvirkende i det totale sykdomsbildet. En helt ny studie har også sett de samme trendene etter skulderdislokasjon [1]. Dette understøtter luksasjon av skulder som et multifaktorielt problem, som også inkluderer psykososiale faktorer som self-efficacy, frykt for re-skade,

verste fallstanker osv. Samtidig er det viktig å skille mellom traumatiske tilstander som skulderluksasjon og atraumatiske tilstander som subakromielt smertesyndrom. Benytter man eksempelvis Tampa Scale of Kinesiophobia, så vil man nok selv svarte bekreftende på mange av spørsmålene hvis man selv var utsatt for en skulderluksasjon. Dette samme gjelder ved en fraktur. I direkte relasjon til traumet ville de fleste av oss scoret høyt på slike spørreskjemaer, men det ville være villedende å hevde at pasientene har unngåelsesatferd av denne grunn. Disse studiene bør heller vurderes for hva de er; indikatorer for fremtidig instabilitet. Dette bør derfor fungere som en dørråpner for fysioterapeuten når man tar sykehistorien med pasientene og hvilke spørsmål som dukker opp underveis i forløpet. Disse spørreskjemaene kan fungere som en katalysator til å spørre hva slags tanker pasienten har om tilbakevendelse til idrett/arbeid og hvilke psykososiale utfordringer som ligger foran dere i pasientforløpet. Ikke minst kan det være en indikator for å gjenta spørreskjemaene fortløpende gjennom rehabiliteringen for å vurdere effek-



MR bilde som viser reluksert skulder med hhv Bankart- og Hill Sachlesjon

ten av rehabilitering, ikke bare på funksjonelle parametre, men også på de mentale aspektene.

Kliniske betraktninger

Rehabilitering av skulderinstabilitet er utfordrende. Leseren anbefales å lese artikkel «Rehabilitering av skulderinstabilitet» fra forrige utgave av dette bladet (Fysioterapi i Privat Praksis, nr. 1 2019). Raskt etter det initielle traumet bør fysioterapeuten danne seg et overblikk over hva slags risiko pasienten befinner seg i. Basert på dagens artikkel bør klinikerne vurdere:

Alder – er pasienten mellom 15-25 år?

Kjønn – mer usikkert, men menn er antageligvis mer disponert.

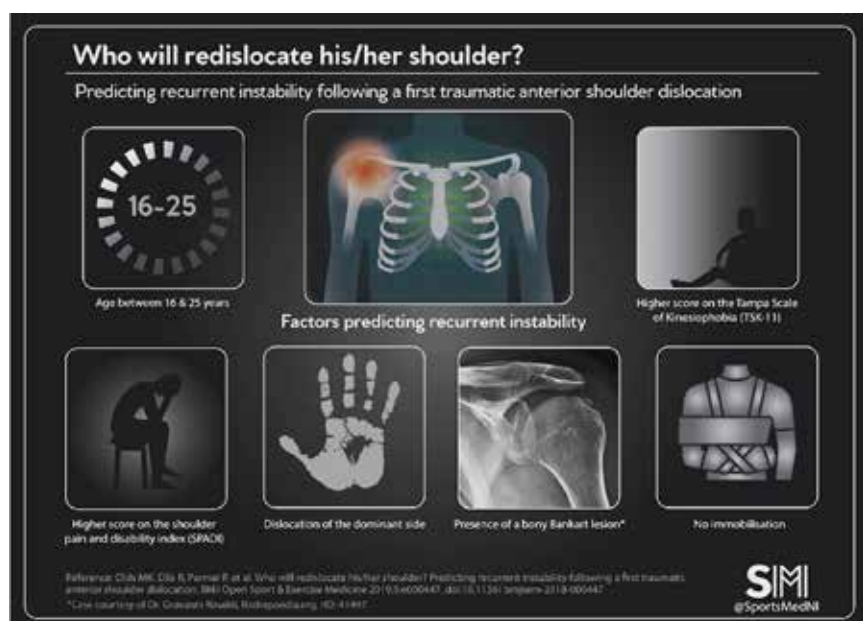
Intraartikulære skader – foreligger det Bankartskade, Hill Sach, tuberculum majus fraktur?

Hypermobilitet – scorer pasienten høyt på Beighton score?

Har pasienten vært immobilisert? Evt. Hvor lenge?

Hvordan scorer pasienten på spørreskjemaer? Eksempelvis SPADI og Tampa Scale of Kinesiophobia?

Se for øvrig den vedlagte infografikken som er basert på studien som er omtalt i denne artikkelen [1].



Infografikk fra SportsMedNL

1. Olds, M.K., et al.: Who will redislocate his/her shoulder? Predicting recurrent instability following a first traumatic anterior shoulder dislocation. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine*, 2019. 5(1).
2. Robinson, C.M., et al.: Functional outcome and risk of recurrent instability after primary traumatic anterior shoulder dislocation in young patients. *J Bone Joint Surg Am*, 2006. 88(11): p. 2326-36.
3. Kralinger, F.S., et al.: Predicting recurrence after primary anterior shoulder dislocation. *Am J Sports Med*, 2002. 30(1): p. 116-20.
4. Brownson, P., et al.: BESS/BOA Patient Care Pathways: Traumatic anterior shoulder instability. *Shoulder Elbow*, 2015. 7(3): p. 214-26.
5. King, S.W., et al.: Management of first time shoulder dislocation. *Journal of Arthroscopy and Joint Surgery*, 2018. 5(2): p. 86-89.
6. Bankart, A.S., et al.: Recurrent or habitual dislocation of the shoulder-joint. 1923. *Clin Orthop Relat Res*, 1993(291): p. 3-6.
7. Easwaran, R., et al.: Imaging in shoulder instability with focus on identifying and measuring bone loss: A narrative review. *Journal of Arthroscopy and Joint Surgery*, 2018. 5(2): p. 71-78.
8. Rugg, C.M., et al.: Surgical stabilization for first-time shoulder dislocators: a multicenter analysis. *J Shoulder Elbow Surg*, 2018. 27(4): p. 674-685.
9. Enger, M., et al.: Shoulder injuries from birth to old age A 1-year prospective study of 3031 shoulder injuries in an urban population. *Injury*, 2018.
10. Beighton, P., et al.: Orthopaedic aspects of the Ehlers-Danlos syndrome. *J Bone Joint Surg Br*, 1969. 51(3): p. 444-53.
11. Watson, S., et al.: A Clinical Review of Return-to-Play Considerations After Anterior Shoulder Dislocation. *Sports Health*, 2016. 8(4): p. 336-41.
12. Warby, S.A., et al.: Comparison of 2 Exercise Rehabilitation Programs for Multidirectional Instability of the Glenohumeral Joint: A Randomized Controlled Trial. *Am J Sports Med*, 2018. 46(1): p. 87-97.
13. Warby, S.A., et al.: The effect of exercise-based management for multidirectional instability of the glenohumeral joint: a systematic review. *J Shoulder Elbow Surg*, 2014. 23(1): p. 128-42.