

Når er skulderen instabil?

«Jeg har instabile skuldre». Dette er en setning de fleste av oss har hørt på klinikken. Men når er egentlig en skulder instabil? Når den er skadet? Når den føles instabil? Og hvorfor er det viktig at vi er enige om hva instabile skuldre egentlig er?



AV STIAN CHRISTOPHERSEN
FYSIOTERAPEUT

Når vi diagnostiserer pasienter som instabile må vi først være enige om hva stabilitet er.

Stabilitet defineres ulikt innen ulike termer, men motstandsdyktighet mot ytre krefter og evnen til å returnere til utgangspunktet går igjen.

Som for eksempel her:

«The tendency to recover from perturbations»

«The condition of being stable or in equilibrium, and thus resistant to change»

Mer spesifikt for skulderen foresatte Lewis (1) i 2004 denne definisjonen av instabilitet:
“Joint instability is an abnormal symptomatic motion for that shoul-

der, which results in pain, subluxation or dislocation of the shoulder.”

Det skal altså være en avvikende og symptomatisk bevegelse som fører til smerte, subluksasjon eller luksasjon for å si at leddet er instabil. Samtidig; hvor mange vonde skuldre har du hatt innom som kompenserer en abduksjon og samtidig har vondt? Er de instabile? Eller har de bare vondt?

Den samme Lewis sier videre dette om skuldre som er mobile, men ikke instabile per definisjon:

«Joint laxity implies a degree of translation in the glenohumeral joint, which falls within a physiological range and which is asymptomatic.»

Ved økt laksitet regnes bevegelsen innenfor en slags normal og er ikke symptomatisk. Hva som er normalt og dermed abnormt er imidlertid ikke tydelig. Ut fra disse definisjonene av stabilitet er det vanskelig å skille laksitet, stabilitet og instabilitet. Det kan være pasienten med stort utslag og asymptomatisk, voluntær sublux. Når regnes hun som instabil? Først når det blir vondt? Det kan også være pasienten som har et stort leddutslag med smerte i ytterstilling, men som kan drive idretten sin på ønsket nivå og i det store og hele fungerer bra. Når regnes han som instabil? Først ved en subluksasjon? Er han instabil, eller har han bare vondt?

Vi er nødt til å reflektere rundt dette, fordi historien viser oss at vi kan være litt raske på avtrekkeren med å diagnostisere mennesker som instabile. Tenk bare på begrepet «rygginstabilitet». Da jeg var i

turnus ved nevrokirurgisk avdeling på Rikshospitalet diskuterte jeg en pasient med en av nevrokirurgene. Jeg fortalte om treningsopplegget vi hadde satt i gang for å trene ryggstabilitet. Kirurgen så litt overrasket ut, og spurte om pasienten hadde en instabil rygg? For, i så tilfelle, måtte den pasienten stabiliseres kirurgisk asap.

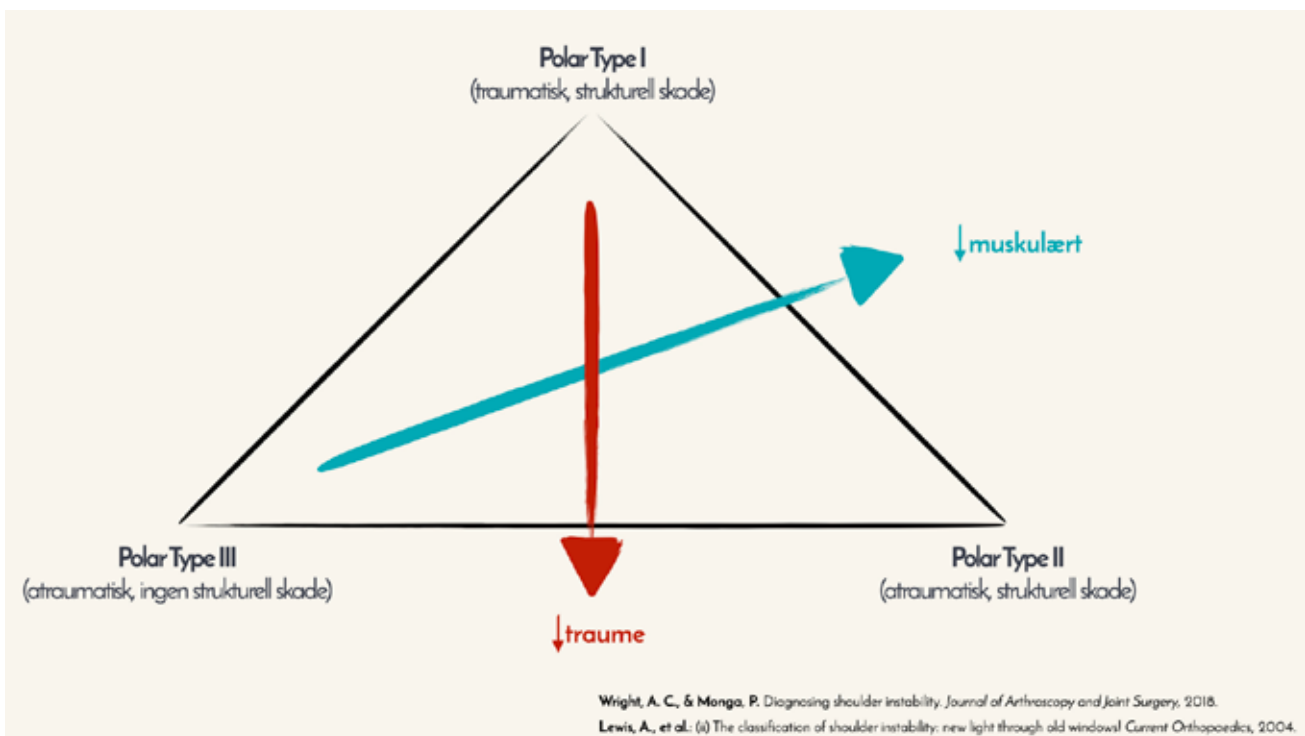
Dette fremstår muligens som å sammenligne epler og pærer – for skulderen ER jo nærmest instabil av natur, mens ryggen ikke er det. Likevel er vi nødt til å snakke om de samme tilstandene når vi kommuniserer, både mellom oss og med pasienter.

For å oppnå denne felles forståelsen må vi klassifisere instabilitet, slik som gjennom Stanmore triangelen (1,2).

Sykehistorien blir dermed viktig! Har de hatt et traume? Kan de «party-tricke» skulderen ut av ledd? Hvor lenge har det vært sånn? Har de tatt bilder av skulderen?

Om vi følger triangelen, ser vi at Polar type I og II er med strukturell skade, og ved strukturell skade må vi tenke gjennom hvor stabilt skulderleddet

kan bli uten kirurgi. Jeg er personlig en sterk advokat for trening, men er samtidig ydmyk med tanke på hva treningen vår faktisk kan gjøre for stabiliteten i et skadet ledd. Reluksasjonsraten etter førstegangsreluksasjoner er høy (3), og selv om vi ikke vet noe om livskvaliteten og funksjonsnivået, så er det en mulighet for at disse er redusert grunnet frykt for reskade (for å høre en mer inngående diskusjon rundt dette henvises det til podcasten Vondt, episode 18). Så vi må spørre oss om disse pasientene blir bra nok av trening alene, eller om de skal henvises videre til ortopedisk vurdering. Hurley et al (3) viste at risikoen for tilbakevendende instabilitet var syv ganger så stor ved konservativ tilnærming som ved stabiliserende kirurgi etter en traumatisk førstegangsreluksasjon, og i en kommentar argumenterer Provencher og Midtgaard (4) for at disse tallene taler for å kirurgisk stabilisere tidlig etter førstegangsreluksasjon. Årsaken er den økte risikoen for residiverende instabilitet og større strukturell skade for hver reluksasjon, og en dertil vanskeligere jobb med å stabilisere leddet kirurgisk. Dette står i kontrast til den tradisjonelle oppfatningen om at førstegangsreluksasjoner primært tilnærmes kon-



servativt, og bør mane til ydmykhet rundt hvorvidt den treningen vi tilbyr gir god nok stabilitet til å unngå residiverende plager.

Vi vet vesentlig mindre om Polar type III pasienter, da de utgjør en betydelig mindre pasientmengde. I motsetning til hva vi kanskje opplever i klinikken så anslås den atraumatiske kategorien kun til å omfatte 4-5% av pasientene, men det antas at prevalensen kan være høyere (5). Og en enda mindre del av disse igjen har skulderinstabilitet uten strukturelle endringer. Selv om disse pasientene åpenbart står i fare for å utvikle strukturelle skader, enten ervervet over tid eller gjennom et traume – og dermed kan bevege seg mot hhv Polar type II og I – kan vi fastslå at dette er pasienter vi sjeldent ser. De kjennetegnes av et abnormt muskulært aktiveringsmønster (6), særlig knyttet til pectoralis major og/eller latissimus dorsi. Disse musklene er i seg selv sterke nok til å trekke caput ut av senter på glenoid, men med et endret aktiveringsmønster vil i det minste caput bevege seg suboptimalt mot leddflaten. Dette er også pasienter der det kan foreligge underliggende patologi, som Joint

Hypermobility Syndrome (JHS) eller andre bindevevssykdommer, samt en mer alvorlig psykososial profil. Med andre ord er dette kompliserte pasientkasuser som ofte krever en multidisiplinær tilnærming.

Dette leder oss over til et sentralt spørsmål: I fravær av et traume, og gitt hvor få som faktisk er polar type III instabile, hvem er det vi diagnostiserer som instabile? For hva betyr det, egentlig, å bli diagnostisert med instabile skuldre? Hva gjør det med de opplevde fremtidsutsiktene til en ung, ambisiøs idrettsutøver? Hva gjør det med trygghetsfølelsen i dagligdagse oppgaver? Hva gjør det med selvtilliten til å prøve nye aktiviteter som krever noe mer av armen enn det dagligdagse? Kort sagt; kan vi skape pasienter ut av de samme menneskene vi forsøker å hjelpe gjennom måten vi ordlegger oss på? Helt klart (7). Vi må derfor være gode kommunikatorer og være bevisste hvordan våre ord og budskap oppleves av mottakeren. På samme måte som med en smerteopplevelse uten vevsskade kan en instabil skulder også være en opplevd tilstand, uten at vi har holdepunkter for å klassifisere skulderen som instabil. Om

vi forklarer tilstanden og ordlegger oss på en måte som gir trygghet og så mye forutsigbarhet som mulig i situasjonen, kan vi ta fatt på veien tilbake gjennom trening og gradert eksponering mot aktivitetene pasienten skal tilbake til.

Som Lewis sier:

«The evidence to date concludes that general joint laxity of the shoulder is NOT synonymous with instability and is therefore not a pathological process and needs to be distinguished from instability.»

Ved å klassifisere skulderinstabilitet vil vi i større grad snakke om de samme tilstandene internt i helseprofesjonene og bedre kunne forklare tilstanden og de ulike behandlingsalternativene for pasientene våre. Ikke minst vil vi også kunne unngå å stemple folk som instabile når de ikke er det.

Se referanser/kilder side 34.

«Du har **instabile** skuldre»

FR DAVID
PREK GALEN
words

Words
comes too easy
to me...

sky, A. J.: The Iatrogenic Potential of the Physician's Words. JAMA. 2017