

Retur til idrett etter stabiliserende skulderkirurgi

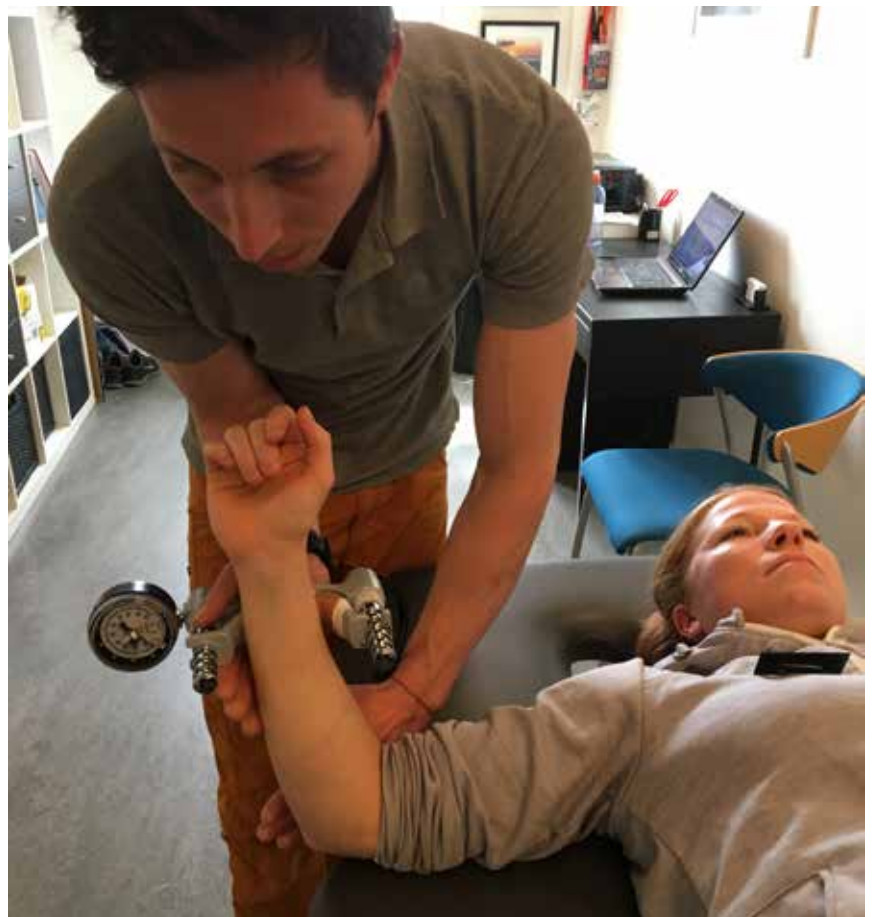
Skulderinstabilitet som følge av luksasjon har fått økende oppmerksomhet de senere årene. Særlig har fokuset på det høye antallet reluksasjoner etter førstegangsluksasjon hos unge, idrettsaktive personer ført til at anbefalingene nå peker i retning av tidlig kirurgisk stabilisering for denne pasientgruppen. Noen sentrale spørsmål dukker da opp: Hvilken prosedyre er best? Hvor mange returnerer til idrett? Hvor mange returnerer til tidligere nivå?



AV STIAN CHRISTOPHERSEN
FYSIOTERAPEUT

Tidligere artikler i fagbladet av undertegnede og Jørgen Jevne har inngående beskrevet traumatisk og atraumatisk betinget skulderinstabilitet, og leseren henvises til disse for skademekanisme, anatomi, etiologi og rehabilitering. Episode 17 og 18 av podcasten Vondt vil også gi et bakteppe for det kommende. I sin kommentarartikkel Evidence to Support Surgical Intervention for First-Time Shoulder Instability: Stabilize Them Early! i journalen Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic & Related Surgery (1) argumenterer Provencher og Midtgaard for tidlig kirurgisk stabilisering etter skulderluksasjon grunnet den høye reluksasjonsraten. Om man skal operere flere tidligere, blir det viktig å vite noe om hvordan det går med disse pasientene postoperativt.

I en systematisk oversiktsartikkel fra 2018 (2) viser Memon og kolleger at Return To Play (RTP) raten er på 81%, og på 82% i konkurransesporter etter artroskopisk Bankart stabilisering. RTP-raten er generelt beskrevet mellom 48% og 100% etter denne prosedyren (3). Den generelle RTP-raten til tidligere nivå er imidlertid kun på 66%, mens 88% av utøverne i konkurransesporter returnerer til tidligere eller høyere nivå. I snitt tok det 7,9 måneder før utøverne var tilbake

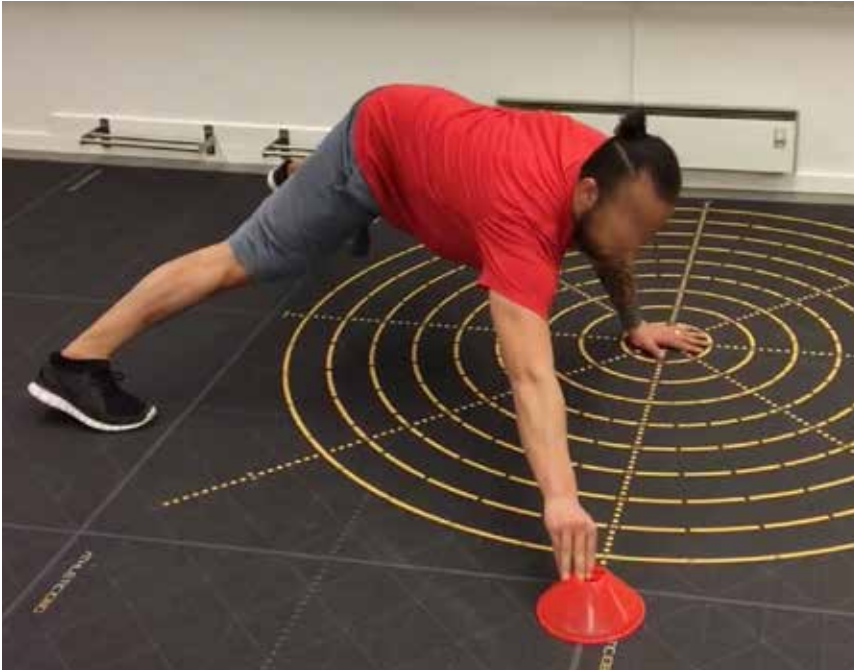


Isolert krafttesting. Verdifullt som monitoringsverktøy, men i isolasjon har objektive mål som kraft og ROM lite å si for om utøvere returnerer til idrett etter stabiliserende skulderkirurgi.

til idrett, og ytterligere 1,2 måneder før de var tilbake på samme nivå. Hos konkurranseutøvere tok det kortere tid (5,6 måneder) før de var tilbake på samme nivå. Vi kan spekulere i om dette skyldes tid, prioriteringer, motivasjon og støtteapparat, om de har

et større press på seg for å returnere tidligere, og om de muligens returnerer for tidlig.

Så, selv om det er bedring i både smerte og funksjon fra pre- til postoperativ status, og en generelt høy



Øvelser som Upper Quarter Y-Balance Test og Overhead squat gir innblikk i styrke og mobilitet i ulike utgangsposisjoner og med ulike krav til skulderen.

RTP-rate, er det nær en tredel som ikke returnerer til tidligere nivå etter Bankart operasjon. Vi skal videre forsøke å belyse mulige årsaker til dette, men først er det interessant å se om det er ulike resultater med ulik kirurgisk metode.

Arroskopisk Bankart stabilisering er nå den primære prosedyren for å stabilisere skulderleddet anteroinferiort. Dette gjøres i enkelhet gjennom å stramme leddkapselen anteriort og å reparere anteroinferiore labrum slik at den lager en «bumper» mot leddhodet. Ved skader på leddskålen gjøres ofte en Latarjet prosedyre, der man henter ben fra coracoidprosessen og lager en benblokk anteroinferiort. Det tredje alternativet er åpen kirurgi med stramming av leddkapselen. Ialantini og kolleger (4) publiserte i 2017 en systematisk oversiktsartikkel og metaanalyse der de sammenlignet RTP etter disse tre prosedyrene uten å finne signifikante forskjeller på verken RTP, RTP til tidligere nivå eller i Rowe score (utfallsmål for stabilitet, mobilitet og funksjon) mellom gruppene. Tallene for RTP til tidligere nivå var henholdsvis 71%, 73% og 66% for Bankart, Latarjet og åpen stabilisering, og reluksasjonsraten var på henholdsvis 6,6%, 3,5% og 6,7%. RTP-raten til tidligere nivå er altså >65% uavhengig av kirurgisk prose-

dyre, og reluksasjonsraten relativt lav, hvilket gir ortopedene en mulighet til å individualisere valg av prosedyre fra pasient til pasient.

Men, fortsatt er det denne tredelen som ikke kommer tilbake til idrett eller tidligere nivå. Hva er det med denne gruppen?

Kvalitativ forskning gir oss annen informasjon enn kvantitativ forskning, og ikke minst gir det mer informasjon om den enkelte pasient. Kvalitative studier for både subacromielle plager (5) og rotatorcuff rupturer (6) er beskrevet i tidligere utgaver av dette bladet, samt i episode 31 av podcasten Vondt. I 2015 publiserte Tjong og kolleger A Qualitative Investigation of Return to Sport After Arthroscopic Bankart Repair for å utforske hvordan psykososiale faktorer påvirket beslutningen om å returnere til idrett. De intervjuet 25 personer mellom 18 og 40 år som hadde gjennomgått arroskopisk Bankart operasjon, og fant at frykt for reskade, frykt for å ikke prestere på samme nivå, endrede prioriteringer i livet, redusert selvtillit og økende alder hadde stor påvirkning på avgjørelsen om å returnere til idrett. Dette gjaldt både de som returnerte til idrett og de som ikke gjorde det. Som Memon et al (2) beskrev det i sin oversiktsartikkel,

kan dette være med å forklare hvorfor konkurranseutøvere, gitt at de har en høyere motivasjon til å returnere til tidligere nivå, har en høyere RTP-rate. Videre understreker de behovet for å adressere psykososiale faktorer i tillegg til de vanlige funksjonelle utfallsmålene hos pasienter etter Bankart operasjon.

Tjong et al (3) deler disse faktorene inn i ytre og indre faktorer:

Ytre faktorer

Interessekonflikter

Tid var den viktigste ytre faktoren som påvirket beslutningen om å ikke returnere til idrett. Pasientene valgte å fokusere mer på andre ting, som familie og jobb, og selv om enkelte pasienter klarte å finne tid til idretten, endret prioriteringene seg gjennom forløpet med operasjon og opptrening.

Oppmuntring og motløshet

Gjennom prosessen fra skade til operasjon og opptrening, ble oppmuntring og støtte fra familie, venner, lagkamerater, trenere og helsepersonell fremsatt som viktige motivasjonsfaktorer for å returnere til idrett. Det motsatte var tilfellet for de som valgte å ikke returnere, deriblant å ikke utsette sine nærmeste for en

slik prosess igjen, og økonomiske utfordringer knyttet til både reisekostnader og rehabilitering.

Å bli eldre

Pasienter i aldersgruppen 30-40 attribuerte, i langt større grad enn de yngre pasientene, det å ikke returnere i det hele tatt, retur til et lavere nivå eller retur til en annen idrett til økende alder. Som én pasient uttalte det: «Getting old sucks for sports».

Indre faktorer

Kinesiofobi

Frykten for reluksasjon var den mest prevalente faktoren blant alle deltakerne. Der de som kom tilbake til idretten sin overvant denne frykten, var frykten for reluksasjon en avgjørende faktor for flere av de som ikke returnerte. Det skal legges til at flere av deltakerne som ikke returnerte til idrett også overvant denne frykten, men det fremstår tydelig at kinesiofobi er noe vi er nødt til å evaluere og adressere hos denne pasientgruppen.

Psykologiske drivere

Mental helse og selvtillit ble fremsatt som viktige faktorer i beslutningen om å returnere til idrett gjennom hele forløpet, og særlig to faser skilte seg ut som viktige – postoperativ rehabilitering og første kamp/konkurranse. Uavhengig av om de returnerte eller ikke kunne alle deltakerne beskrive følelser som depresjon, angst, frustrasjon og sinne gjennom prosessen. Personkarakteristika som beslutsomhet, indre motivasjon og psykisk robusthet ble beskrevet som nyttige interne drivere i begge grupper – altså hos de som returnerte og hos de som ikke gjorde det – og det tegnet seg ulike psykologiske profiler blant deltakerne i disse to gruppene.

De fleste av oss vil kunne kjenne igjen enten pasienter vi har hatt eller oss selv i Tjong sin studie. Det virker naturlig å være redd for reskade dersom du har fått skulderen ut av ledd og blitt operert. Å være deprimert for en mulig prematur avsluttet idrettskarriere likeså, og frustrasjonen mange opplever i en postoperativ rehabilitering, har vi nok alle vært vitne til. At en tredel



Siste fase av rehabiliteringen mot toppnivå bør være idrettsspesifikk med fokus på de små detaljene som gir trygghet og progresjon. Her trenes og måles power i pullup hos en klatrer på elitenivå.

av pasienter ikke returnerer til idrett etter stabiliserende skulderkirurgi, er kanskje heller ikke så rart. For noen er kanskje nivået på hell, alderen økende og det er andre ting i livet som er viktigere enn idrett, og det å sette en sluttstrek etter en operasjon er kanskje en helt fair avgjørelse. Likevel tegner det seg et bilde av at vi er nødt til å adressere disse faktorene i pasientmøtene våre, og være klar over hvilken påvirkningskraft vi har. Særlig knyttet til oppmuntring og kinesiofobi har vi en viktig rolle. Frykten for reskade og følelsen av å ikke stole på en kroppsdeler er også beskrevet som viktige årsaker til at pasienter ikke returnerer til idrett etter korsbåndoperasjoner, og viser tydelig hvordan vi må løfte blikket fra å kun

evaluere funksjonelle mål som ROM, kraft og standardiserte RTP-tester. Det hjelper fint lite å ha full ROM, sidelik kraft og tilfredsstillende RTP-score, dersom du ikke tør å gå i dueller, kaste med full kraft eller ta deg for i en landing. Siden vi ofte har hyppig pasientkontakt i den postoperative fasen, har vi en unik mulighet til å diskutere de psykososiale faktorene med pasienten og danne oss et bilde av hvilke knapper vi skal trykke på for å hjelpe dem tilbake – dersom det er det de faktisk ønsker. Retur til idrett er prosessen fra skadetidspunkt og helt tilbake til der de ønsker å være, og vi har en viktig rolle gjennom hele denne prosessen.

Se referanser/kilder side 37.