



Skulderkapsulitt – hvordan er prognosen?

Skulderkapsulitt, eller frossen skulder, følger i teorien et relativt homogent forløp hos de fleste pasienter. Men litteraturen peker tvert i mot på at mange pasienter har et annet forløp enn vi tradisjonelt har blitt lært. Denne artikkelen ser nærmere på prognosen og behandlingen av frossen skulder, og diskuterer noen av dilemmaene vi møter i vår behandling av pasienter med denne skulderlidelsen.



AV JØRGEN JEVNE
KIROPRAKTOR OG
FYSIOTERAPEUT

I et hav av usikkerhet og uspesifikke diagnoser, representerer skulderkapsulitt en av de spesi-

fikke årsakene til skuldersmerter. Man kan tenke seg en diagnostisk algoritme (triage) hvor spesifikke tilstander danner den midterste delen av trekanten. Av spesifikke skuldersmerter er dette stive skuldre, cuffrupturer og skulderinstabilitet. Skuldre kan være stive av forskjellige årsaker, hvor skulderkapsulitt er

en av disse årsakene. Forekomsten av frossen skulder i den generelle befolkningen er 1-5 prosent. Frossen skulder er en av de vanligste formene for skuldersmerter og 11-16 prosent av pasienter med skuldersmerter får denne diagnosen. Tilstanden er mest vanlig hos personer i 50- og 60årene og kalles også «the

fifty year-old shoulder» [1,2]. Spesifikke smertetilstander er en kjærrkommen variasjon i en hverdag som i hovedsak består av uspesifikke smertetilstander – uavhengig av om vi snakker om korsryggs-, nakke-, hofte- eller skuldersmerter. Spesifikke smertetilstander representerer et tydeligere klinisk bilde og gir ofte klinikerne muligheten til å svare mer konkret på spørsmål pasienten har. Intuisjonen når det gjelder skulderkapsulitt er at pasienten har et relativt strømlinjeformet klinisk forløp, god prognose og en varighet på omkring ett år. Men hvordan er egentlig dokumentasjonen for å understøtte våre antagelser?

Faseinndeling

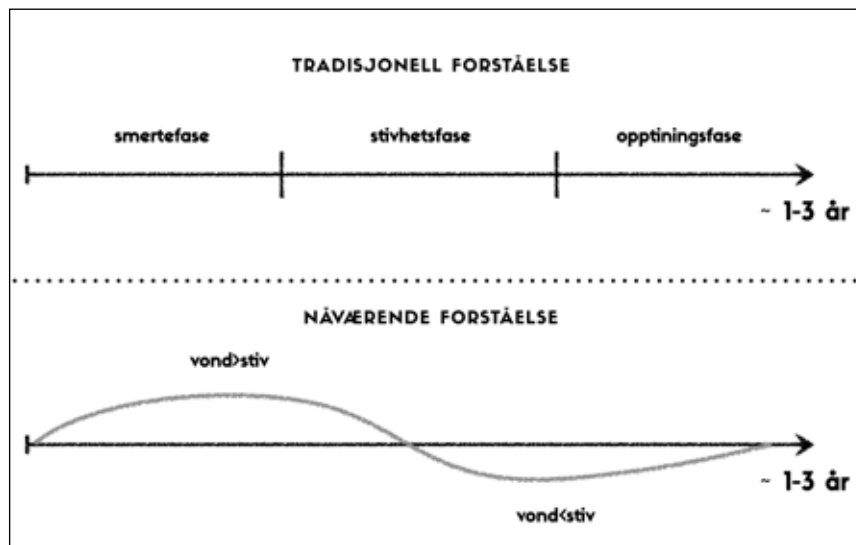
Fra gammelt av delte man inn forløpet til frossen skulder i tre faser [3,4].

1. Frossen/smertefase
2. Frossen/stivhetsfase
3. Opptiningsfase

I dag er det vanligere å se på frossen skulder som et lengre forløp med to, grove faser: smerte- og stivhetsfasen [5]. Det må dog understrekes at det ikke finnes noen veldefinert avgrensning av disse to fasene, og de fleste pasientene vil ha overlappende symptomer og en glidende overgang fra fase 1 til 2. Erfaringsmessig kan man forstå det slik at pasienten i fase 1 vil rapportere at skulderen er mer vond enn stiv, og at man senere i forløpet opplever at stivheten er mer dominerende enn smertene. Akkurat når dette skjer er individuelt og avhenger antageligvis av flere ukjente faktorer.

1. Smertefasen:

Mer enn 90 prosent får smerter før stivhet [6]. Smertene og stivheten kommer gradvis i den første fasen, hvor smertene er det mest fremtredende. På det verste har pasienten smerter både i hvile og ved bevegelser. Det er vondt å ligge på skulderen og vanskelig å sove om natten på grunn av smertene. Den aktive og passive bevegelseheten reduseres i alle plan og vanligvis mest for utoverrotasjon. Pasienter blir ofte feiltolket / feildiagnostisert som subakromielle smertetilstander tidlig i forløpet.



Tradisjonell og nåværende faseinndeling av frossen skulder.

2. Stivhetsfasen:

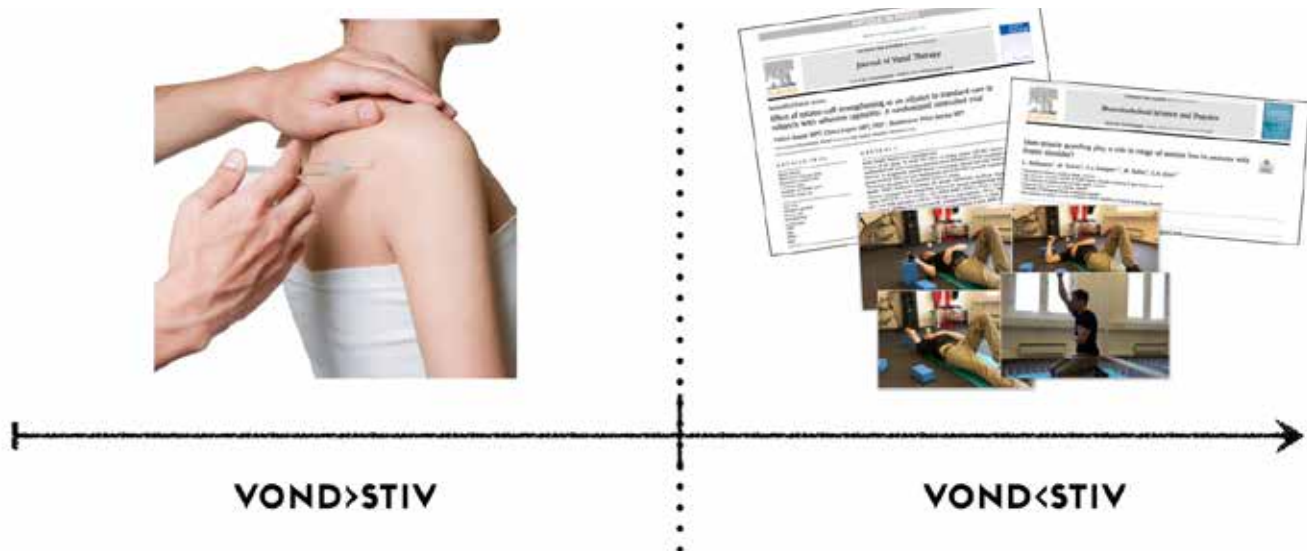
Etter hvert bedrer smertene seg og tilstanden går over i en fase hvor stivheten er det mest fremtredende. I denne fasen kjenner pasienten mest smerter i ytterstillinger av skulderbevegelser. Stivheten og smertene blir gradvis bedre, men kan fortsatt ta lang tid [7].

Forløpet

På tross av at skulderkapsulitt er en etablert, spesifikk årsak til skuldersmerter, viser det seg at det kliniske forløpet er overraskende varierende og individuelt. Tilstanden kan variere fra lette smerter og mindre bevegelsesbegrensninger til svært sterke smerter og store begrensninger i dagliglivet [8]. Både smerten og stivheten kan ha stor innvirkning på livskvaliteten [9], og pasienter med skulderkapsulitt vil, på tross av samme underliggende tilstand, fremstå som en svært heterogen pasientgruppe. Kvalitative studier viser at vi ikke må undervurdere de psykososiale faktorene som vi kanskje har mer fokus på når det gjelder uspesifikke smerter [9].

De fleste pasienter med skulderkapsulitt opplever tilstanden som langvarig, frustrerende og smertefull. De aller fleste rapporterer bedring underveis i forløpet, men det er stor individuell variasjon i hvor lenge plagene setter store begrensninger på hverdagslivet. Avhengig av arbeidsoppgaver og krav til skulderfunksjon, vil mange

pasienter være nødt til å gå sykmeldt i mange måneder før smerte- og funksjonsnivå tillater tilbakevendelse til arbeid. Skulderkapsulitt har stor sannsynlighet for å bli bra og varer vanligvis i minst ett år [8]. For noen varer symptomene i flere år [10]. En langtidsstudie avdekker hvordan prognosen er varierende og ikke fullt så god som man kanskje har antatt. I Campbell Hand sin studie utfylte 223 pasienter med frossen skulder spørreskjemaer for å kartlegge hvordan skulderkapsulitt påvirker pasientens liv under langtidsoppfølging [11]. Av 223 pasienter var 137 (61%) kvinner og 86 (39%) menn. Studien viste at frossen skulder hovedsakelig finner sted i 50-årene, men et spenn fra 27 til 85 år. Majoriteten rapporterer gradvis debut av symptomene over flere måneder. 20% av pasientene (45 av 223) rapporterte bilaterale symptomer. Etter i gjennomsnitt 4,4 år (med et spenn fra 2 til 20 år) hadde 59% av pasientene (n=159) normal eller tilnærmet normal skulder og 41 prosent hadde fortsatt symptomer. 6% (n=16) oppga fortsatt alvorlige symptomer selv flere år etter symptomdebut. De ovenstående funnene er med på å så tvil om vår intuisjon om frossen skulder som en benign, selvlimiterende tilstand med god prognose. Som klinikere bør vi være klar over at en stor andel av pasientene vil ha symptomer vesentlig lengre enn ett år, og en betydelig andel vil antageligvis aldri oppnå full funksjon igjen.



Injeksjon anbefales tidlig i forløpet og øvelseseterapi når stivheten er tydeligere enn smertene.

Etiske dilemmaer

Når smertetilstander vedvarer over tid, slik som en skulderkapsulitt vil gjøre, vil det alltid dukke opp noen etiske dilemmaer. På tross av at skulderkapsulitt er en relativt enkel tilstand å diagnostisere og følge opp, så vil det alltid være en risiko for at man overser noe som er potensielt alvorlig. I studien fra 2010 rapporterer Sano og kolleger om kasuser som fremstår som kapsulitter, men som i realiteten viser seg å være primære cancer typer. Dette gjør de gjennom en retrospektiv analyse av pasienter med skulderplager. Av 34 pasienter med en etablert tumor i skulderen, ble 9 (26%) feildiagnostisert som en frossen skulder tidlig i forløpet [12]. Forfatterne konkluderer med følgende:

«Physicians should carefully re-examine the frozen shoulder patients with repeated plain radiographs followed by further imaging studies, if the conservative therapy fails.»

Men spørsmålet er selvfølgelig når er det man vurderer at den konservative behandlingen har feilet i en diagnose med en typisk prognose på langt over ett år? Det foreligger ingen konkrete avgrensninger for når man bør vurdere bildediagnostikk og hva man skal legge til grunn. For å være på den sikre siden så kunne man like gjerne argumentert for at alle med frossen skulder bør

vurderes med bildediagnostikk, noe som igjen er problematisk fra et samfunnsmedisinsk og økonomisk perspektiv. Dilemmaet her er naturligvis at sjansen for at skulderkapsulitten er en bentumor er forsvinnende liten, men den er til stede. Og ingen ønsker å være den som står ansvarlig for diagnoseforsinkelsen av en bentumor som har fått vokse uten å bli oppdaget i 6mnd, 12mnd, 18mnd eller to år. Sammenholdt med de øvrige funnene fra oppfølgingsstudier på pasienter med skulderkapsulitt, så foreligger det ingen åpenbare tidspunkter hvor man bør henvise til bildediagnostikk så lenge symptomene har mindre enn to års varighet.

Behandling

Det er lite forskning av høy kvalitet som kan veilede oss i møtet med pasienten med skulderkapsulitt. Allikevel fremstår noen overordnede prinsipper som viktige uavhengige av diagnose.

Pasientopplæring / rådgivning

Fagprosedyren for fysioterapi [13] for skulderkapsulitt anbefaler følgende punkter i pasientopplæring:

- Anerkjenn og vis forståelse for pasientens plager.
- Fortell om hva frossen skulder er, sykdomsforløpet, hva pasienten kan gjøre selv og behandlingsalternativer.
- Hovedbudskapet er at utfallet

vanligvis er godt, men det kan ta tid.

- Pasienten bør oppmuntres til å opprettholde daglige aktiviteter så mye som mulig med hensyn til smerter. Gi råd om å tilpasse aktiviteter når det er behov for det. Fortell at det ikke er farlig å kjenne noe smerter, men at skulderen ikke bør irriteres for mye. Personer med skulderkrevende arbeid kan ha behov for sykemelding over lengre tid, mens personer med lite skulderbelastende arbeid kan klare å arbeide uten å få økte smerter.
- Gi råd og anbefalinger om generell fysisk aktivitet og trening.
- Gi råd om hvilestillinger om natten for eksempel med bruk av pute.
- Sjekk hva pasienten har forstått av informasjonen og veiledningen. Gjenta og gi utfyllende informasjon dersom det er nødvendig.
- Pasienten bør få mer enn bare muntlig informasjon

Øvelsesbehandling

Øvelsesbehandling i kapsulittens ulike faser anbefales, på tross av lite dokumentert effekt på smerte og funksjon. Fagprosedyren anbefaler øvelser for bevegelighet, styrke, utholdenhet og kontroll med hensyn til smerter i begge faser av frossen skulder. Man kan også argumentere for at kapsulitten vil medføre progressivt dårlige fysisk form med de skadelige effektene dette har på

individet, og således bør pasienten undervises og anbefales i å holde seg i fysisk god form på tross av kapsulitten, og at fysioterapeuten har tips til tilrettelegging av aktiviteter der hvor dette er naturlig. Pasientopplæring / rådgivning og øvelser bør fremstå som en integrert del av pasientmøtet.

Farmakologisk behandling

Hovedformålet med medisinerer hos pasienter med skulderkapsulitt er å begrense byrden smertene medfører og hvordan symptomene påvirker hverdagen, jobb og søvn. Smertedepende medisiner som paracetamol og/eller NSAIDs kan brukes for å få kontroll på smertene. Det finnes imidlertid ingen randomiserte kontrollerte studier som kan bekrefte effekten av NSAIDs for frossen skulder. Det anbefales at terapeuten har god og løpende dialog med pasienten om aktuelle smertestillende medikamenter.

En nylig publisert systematisk gjennomgang og metaanalyse legger 65 studier til grunn involverende 4097 pasienter med skulderkapsulitt [14]. Den konkluderer med at injeksjon av kortikosteroider kan være effektivt for å dempe inflammasjon og redusere smerter i inntil tre til fire måneder, og er superiort alle

andre intervensjoner på kort sikt. Injeksjonsterapi ser derimot ikke ut til å ha noen vesentlig effekt på lang sikt, og ser ikke ut til å påvirke verken prognose eller bevegelsesreduksjonen. Kortisoninjeksjon vil derfor være et åpenbart førstevalg for pasienten med skulderkapsulitt, og det anbefales inntil 3 injeksjoner med minimum én mnd mellom hver injeksjon. Studiene viser ingen økt effekt ved bruk av tre eller flere injeksjoner. Anbefalingen er inntil tre injeksjoner i løpet av forløpets første 6-9 mnd, hvor smertene er dominerende i symptombildet. Når smertene reduseres og skulderen fremstår mer stiv, er det derimot mindre indikasjon for injeksjonsterapi. Noe forskning tyder på at pasienter som får tilpasset trening i kombinasjon med injeksjonsterapi kan ha bedre utfall, men dette er studier av lav kvalitet.

Fagprosedyren har følgende forslag til injeksjonsbehandling:

- Sett injeksjonen blandet med lokalbedøvelse subakromialt eller i glenohumeralledet.
- Evaluer effekten av en injeksjon etter tre til fire uker som hovedregel, men tilpass individuelt ved behov.
- Dersom pasienten har god effekt av injeksjonen kan den gjentas,

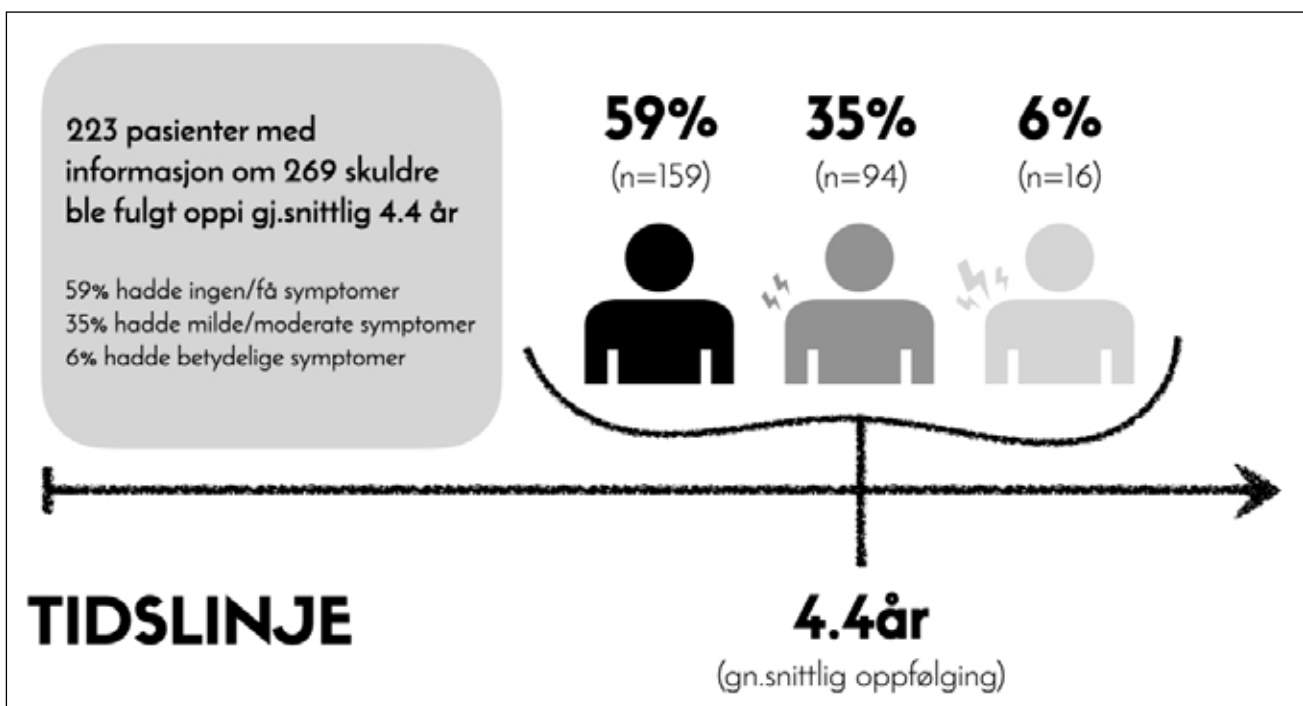
men ikke gi mer enn totalt tre injeksjoner.

- Øvelsesbehandling kan være nyttig som tillegg til kortisoninjeksjon.

Konklusjon

Skulderkapsulitt – eller frossen skulder – er en etablert, spesifikk diagnose av skuldersmerter. Det er en relativt enkel tilstand å diagnostisere, men den kan forveksles med subakromielle («uspesifikke») smerter tidlig i forløpet før den har manifestert seg som en tydelig kapsulitt. Man har tidligere antatt at de fleste pasientene er tilnærmet bra i skulderen etter ett år, men studier viser at mange bruker lang tid på å komme seg igjen etter en kapsulitt. En forholdsvis stor prosentandel rapporterer også om vedvarende plager mange år etter at symptomene oppstod. Prognosen til skulderkapsulitter er varierende og individuell og ikke så homogen som den tidligere har blitt fremstilt. Klinikeren må være oppmerksom på at en del pasienter vil bruke lang tid på å komme tilbake på jobb og noen pasienter vil ha vedvarende funksjonsproblemer og smerter etter at de har fått frossen skulder.

Se referanser/kilder side 34.



Langtidsoppfølging av pasienter med frossen skulder.