

Sternoklavikulærleddsartritt: en case

I denne artikkelen presenteres en case fra klinikken, hvor pasienten går med udiagnostisert sternoklavikulærleddsartritt gjennom flere år, og som med adekvat behandling opplever en totalforandring i en fortvilende situasjon. Artikkelens formål er å gjøre klinikere oppmerksomme på skuldersmerter som har et annet opphav enn de tradisjonelle diagnosekategoriene.



AV JØRGEN JEVNE
KIROPRAKTOR OG
FYSIOTERAPEUT

En case-rapport har i vitenskapelig betydning svært begrenset verdi. I et evidenshierarki tilhører case-rapporter den nederste kategorien (lav evidens), sammen med ekspertvurderinger, editorials/ledere og andre personlige uttalelser. Men på samme måte som kvalitative studier gir et unikt innblikk i pasienters opplevde sykdomstilstand [1,2], vil case-rapporter kunne gi verdifull innsikt i kasuistikker som man ikke møter daglig i klinikken. Med andre ord kan noe som har «lav evidens» likevel ha høy klinisk verdi for den enkelte terapeut.

Skulderdiagnostikk og -undersøkelse generelt

Formålet med en god (skulder) undersøkelse vil være å strømlinjeforme førstegangsmøtet, slik at man kommer rundt de viktigste tilstandene og får utført en strukturert og velorganisert konsultasjon. Den gode skulderundersøkelsen er derfor langt mer enn bare den objektive undersøkelsen, som innebærer fysisk testing. Innenfor ryggomsorgen har man gjennom den gode ryggundersøkelsen tatt til orde for å kategorisere ryggpasienter innenfor grove diagnostiske kategorier. Dette er kjent som en diagnostisk triage og ble utviklet som et rammeverk for å forstå ryggpasienten. Den baserer seg på at man utelukker alvorlige (spesifikke) årsaker til ryggsmertor. Man kan tenke seg en trekant, hvor



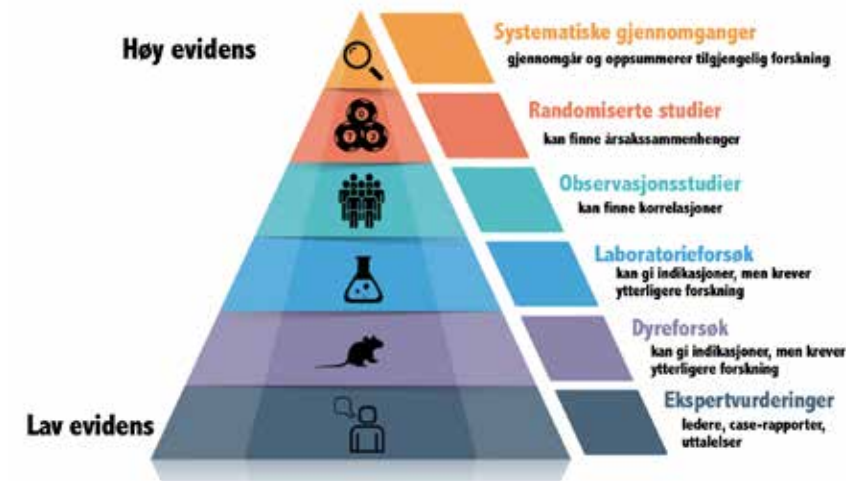
fundamentet – altså majoriteten av pasientene – betraktes som uspesifikke [3]. Er man kjent med denne måten å resonnerer på rundt ryggpasienter, kan man gjøre en naturlig forlengelse av denne fremgangsmåten også på skulderpasienter. I Norge har man en nasjonal retningslinje for håndtering av atraumatiske skuldersmerter i primærhelsetjenesten [4]. Videre ble det i 2019 publisert en konsensrapport fra England som samsvarer med anbefalingene i den norske retningslinjen [5]. Sammen med best-practice artikler fra USA [6], England [7] og fra anerkjente klinikere [8-12], ser man

tydelige fellestrekk og kan komme med noen klare anbefalinger.

På samme måte som i diagnostisk triagering av ryggpasienten, vil formålet med å kategorisere skulderpasienten være å utelukke alvorlige og/eller ikke-skulderrelaterte problemstillinger, samt kategorisere – om mulig – de spesifikke årsakene først. Alvorlige årsaker til skuldersmerter er, på samme måte som hos ryggpasienter, svært sjeldent. Det kan allikevel forekomme og er glimrende illustrert i en case-rapport fra Tidsskriftet for Den Norske Lægeforening [13]. Det kan også være

verdt å merke seg at hos pasienter med spondyloartritt, rapporter majoriteten av pasientene samtidige symptomer i skuldre og hofter, og en case-report beskriver hvordan en pasient med underliggende spondyloartritt behandles som en frossen skulder og dermed bidrar til diagnoseforsinkelse [14]. Nakkerelaterte skuldersmerter kan defineres som en type skuldersmerte som egentlig stammer fra et nakkeproblem. Her rådes leseren til å lese artikkelen «Nakkerelaterte skuldersmerter» i en tidligere utgave av dette bladet (Fysioterapi i Privat praksis nr. 3, 2020). Disse to hovedkategoriene; alvorlige årsaker og nakkerelaterte skuldersmerter, kan anses som toppen av pyramiden i trekanten vår.

I midtre del av trekanten tar man for seg de spesifikke skulderkategoriene. Her kan man overordnet vurdere om skulderen er stiv, instabil eller om man mistenker cuffruptur. Stive skuldre kan defineres som en smertefull skulder med lik begrensning i aktiv og passiv bevegelsesutslag. De vanligste her er frossen skulder [15,16] og artrose [17]. Man kan også få en klinisk stiv skulder etter en akutt kalkbrist, som er sjeldnere og omtalt i egen artikkel i en tidligere utgave av dette bladet. Skulderinstabilitet er som oftest et resultat av traume, og klinikere har nok historisk sett overdiagnostisert atraumatisk skulderinstabilitet i fysioterapipraksis. I henhold til litteraturen er majoriteten av skulder-



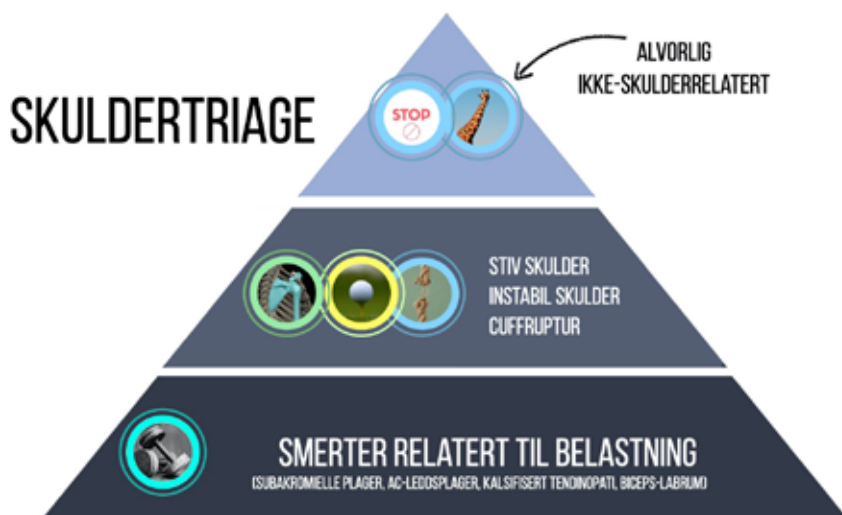
Evidenshierarkiet med lav til høy evidens

instabilitetspasienter traumatisk betinget [18-20], og litteraturen peker på at mange har diagnostisert atraumatisk instabilitet hos pasienter som i realiteten har en uspesifikk skuldersmerte. Rupturer i rotatorcuffen er et stort og omfattende område vi har belyst i flere artikler tidligere i dette bladet – spesielt vil jeg anbefale leseren artikkelen «Beslutningstaking: cuffruptur» i dette bladet (nr. 2, 2018).

Fundamentet i trekanten består av en rekke smertetilstander i skulderen som har relativt like kliniske karakteristika, og felles er at de følsomme for belastning: smertene er altså belastningsrelaterte. Det har ikke vært tradisjon for å benevne skuldersmerter som uspesifikke,

og man har heller skapt en myriade av mer eller mindre (u)spesifikke diagnoser som overlapper hverandre i nomenklatur og beskrivelser, og som har vist seg notorisk vanskelig å skille fra hverandre. Man kan se for seg at uspesifikke smerter egentlig vil være et paraplybegrep for tilstander som inneklekking, bursitt, kalsifisert tendinopati, biceps tendinopati, cuffdegenerasjon, cufftendinopati og partiell cuff ruptur. Denne paraplyen har i praksis vært brukt i en årrekke, men man har kalt det subakromielt smertesyndrom [7]. Men subakromielt smertesyndrom er i realiteten ikke særlig forskjellig fra 'uspesifikke korsryggssmerter'. I kneet kjenner vi til 'patellofemoralt smertesyndrom', som også må anses for å være et uttrykk for uspesifikke smerter rundt kneet. I skulderen kan vi overordnet si at pasienten får vondt når de bruker skulderen - altså en belastningsrelatert skuldersmerte. Viktig her er at passiv leddbevegelse er bevart, at skulderen ikke fremstår stiv, instabil eller at man har mistanke om alvorlige eller spesifikke årsaker til smerten. Følgelig vil skulderundersøkelsen i stor grad ligne på ryggundersøkelsen. Man resonnerer rundt 'det verste først' og gjør en sannsynlighetsberegning i forhold til funnene i sykehistorie og klinisk undersøkelse, hvor man plasserer pasienten i trekanten.

Den årvåkne leseren vil raskt se at sternoklavikulærleddet man-



Skuldertriage som kjent fra diagnostisk triage av ryggpasienten



Subakromielle smerter som et paraplybegrep

glir i resonneringen ovenfor. Den mest åpenbare grunnen til dette, er naturligvis at prevalensen for skader/plager i dette leddet er svært lav sammenlignet med de øvrige. Leddet nevnes heller ikke i best-practice artikler eller i den norske retningslinjen. Det er i tillegg lite vitenskapelig forskning på dette området, slik at kunnskapen vår omkring disse plagene er lavere enn for de andre tilstandene. Det betyr naturligvis ikke at plager ikke kan forekomme der, eller at det ikke har en relevanse i en totalvurdering av en skulderplage.

Sternoklavikulærleddets oppbygning og funksjon

Sternoklavikulærleddet (SC-leddet) er et viktig ledd som forbinder kragebeinet (klavikula) med brystbeinet (sternum). Den mediale enden av klavikula danner den laterale enden av leddet, mens den laterale enden av manubrium utgjør den mediale enden av leddet. Leddkapselen er en fibrøs struktur som omgir leddet og gir stabilitet. Den festes rundt klavikula og manubrium, og den inneholder en tynn synovialmembran som produserer synovialvæsken som smører leddet. Innvendig



- Interclavicular lig.
- Anterior sternoclavicular lig.
- Costoclavicular lig.

© TeachMeAnatomy

Anatomien av SC-leddet

i kapselen er det sterke ligamenter som hjelper til med å styrke og stabilisere leddet. De viktigste ligamentene i SC-leddet er:

- Det anteriore sternoklavikulære ligamentet: Dette leddbåndet forankrer den fremre delen av klavikula til den øvre delen av manubrium. Det gir hovedsakelig stabilitet i form av å begrense anterior glidning av klavikula.
- Det posteriore sternoklavikulære ligamentet: Dette leddbåndet ligger på baksiden av leddet og gir stabilitet ved å begrense posterior glidning av klavikula.
- Det costoklavikulære ligamentet: Leddbåndet fester det første ribbenet og ribbensbrusken til den nedre overflaten av klavikula. Ligamentet er den viktigste stabiliserende strukturen for leddet og begrenser elevasjon.
- Det interclavikulære ligamentet: Dette leddbåndet går mellom de to klaviklene, og det spiller en rolle i å opprettholde avstanden mellom dem og sikre stabilitet.

Brusken som dekker leddflatene av klavikula og manubrium er viktig for å redusere friksjonen og belastningen på leddet under bevegelse. SC-leddet er involvert i flere typer bevegelser:

Elevasjon og depresjon:

Dette refererer til bevegelsen av klavikula oppover (elevasjon) og nedover (depresjon) i forhold til manubrium. Disse bevegelsene er viktige for å løfte armen over skulderhøyde og senke den igjen.

Fremre og bakre glidning:

Under visse bevegelser av armene glir klavikula fremover mot brystbeinet (anterior glidning) eller bakover (posterior glidning), takket være leddets utforming og de omliggende strukturene.

Overordnet er SC-leddet viktig for å opprettholde overkroppens stabilitet og muliggjør en rekke armbevegelser. Leddet er kjent som den eneste ekte leddforbindelsen mellom skulderbuen og det aksiale skjelettet (indirekte via sternum og costa). Leddet bidrar til å forankre



AC-ledds testcluster

Active compression test



Cross body test



AC-resisted test



Biceps-labrum testcluster

Active compression test



Throwers test



Biceps palpasjon



Testcluster for AC-ledd og Biceps-labrumkomplekset

armene til brystkassen og spiller en rolle i aktiviteter som klatring, løfting og bevegelser som krever samtidig bevegelse av skulderbeltet og overekstremitetene. Som alle andre synoviale ledd, kan leddet utsettes for skader og overbelastninger. I litteraturen beskrives ofte SC-leddsluksasjoner etter trafikkuulykker, men leddets anatomiske oppbygning innebærer at også dette leddet (i likhet med andre synoviale ledd) kan få artritt og artrose.

Casepresentasjon

Pasienten er en kvinne i slutten av tredveårene, som henvendte seg i klinikken våren 2023 med venstresidige skulderplager. Hun fortalte om en distinkt, utløsende hendelse tre år tidligere, hvor hun på utstrakt arm løftet sin sønn og kjente og hørte et audibelt «klikk» i venstre skulder, hvor hun opplevde at noe «gle fra hverandre og smatt på plass igjen». Smertene var på dette tidspunktet

lokalisert diffust rundt AC-leddet på venstre side, med tidvis stråling oppover trapeziuskanten mot nakke, og medialt inn mot brystet. Hun rapporterte også kjevesmerter på venstre side ved anstrengelse. Hun opplevde ikke traumat som noen stor hendelse og antok at dette ville være selvbegrensende over relativt kort tid. Men tvert i mot persisterte symptomene og ble verre over tid, noe som gjorde at hun etter hvert oppsøkte fysioterapeut på hjemstedet, hvor hun ble satt i gang med treningsøvelser med strikk. Hun gjennomførte dette med høy compliance i ca. 6mnd, uten at dette endret noe på hennes symptomer. Hun fikk utskrevet betennelsesdempende (Vimovo) via fastlege, som hun opplevde lindret i en kort periode, men smertene residiverte ved seponering av NSAIDs. I 2021 fikk hun MR skannet skulderen første gang, hvor det ikke ble funnet holdepunkter for patologi. I 2022

fikk hun skannet skulderen igjen, denne gangen også sammen med en MR av cervicalcolumna.

12.04.2022 MR Cervicalcolumna
Utrettet cervical lordose. Normalt utseende av de cervicale virvelcorpora. Ingen uncovertebralledd-sartrose eller fasettleddsartrose. Normale skivehøyder. Det er i alle nivåer gode plassforhold i spinalkanalene og i rotkanalene. Kjent lettgradig scoliose i øvre thoracalcolumna.

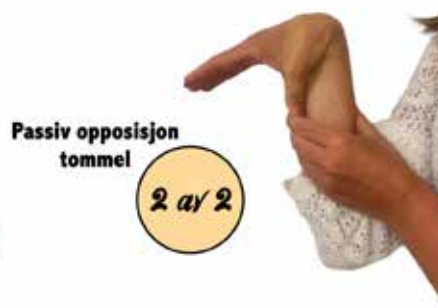
29.06.2022 MR Skulder venstre
MR til sammenligning fra 22.06.21. Det er intakte, upåfallende rotatorcuffsener og lange hodet av biceps-sene. Normal rotatorcuffmuskulatur. Jevnt avgrensede leddkonturer i glenohumeralledet, ingen hydrops, ingen definert ruptur kan ses i labrum. Normale forhold i og rundt acromioclavicularledd, ingen feilstilling, ingen ødemforandringer. Det er



Hyperfleksjon rygg (en del av Beighton score)



Hyperekstensjon albue (en del av Beighton score)



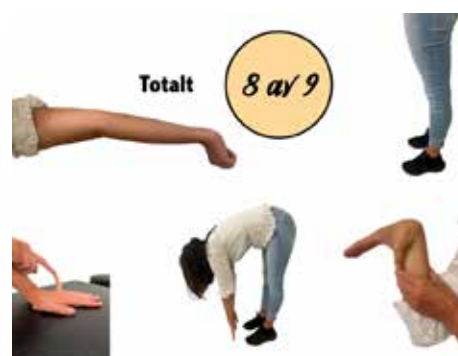
Passiv opposisjon tommel (en del av Beighton score)



Hyperekstensjon knær (en del av Beighton score)



Hyperekstensjon 5. finger (en del av Beighton score)



Total Beighton score

ikke økt væske i bursa. Det påvises ikke benmargsødem. Henvisningen angir spesifikke symptomer overgang clavícula og coracoid. Det er intakt og definert coracoclaviculært ligament. Ingen ødem eller annen patologi kan ses i eller rundt coracoid eller mellom coracoid og clavícula.

R: Forholdene virker uendret fra sist. Ingen patologi påvises, heller ikke i angitt aktuelt område mellom clavícula og coracoid.

Det ble samtidig gjort en ortopedisk vurdering på lokalsykehuset, hvor man på bakgrunn av manglende patologi på MR ikke fant indikasjoner for kirurgi. Som et ledd i ytterligere utredning, tok pasienten kontakt med fysioterapeut med ultralydskompetanse. Her ble det ansett sannsynlig at pasienten hadde pådratt seg en irritasjon i AC-leddet på venstre side, og hun ble behandlet med to runder ultralydvei-

ledet steroidbehandling (kortison) mot AC-leddet, uten at dette hadde noen effekt på symptomene.

Ved henvendelse til undertegnede i april 2023 forteller hun at hun er motløs, fortvilet og at hun har «gitt opp». Pasientens øvrige sykehistorie var upåfallende, hun har ingen medfødte sykdommer, ei heller ervervede livstilssykdommer. Hun benytter ingen faste medikamenter.

Under den objektive undersøkelsen finner man et normalt blodtrykk. Ved inspeksjon ser man ingen skjevstilling, hevelse eller fargeforandring. Ved bevegelsestesting ser man tydelig tegn til hypermobilitet, som gjør at man gjennomfører et screeningbatteri ad modum Beighton (Beighton Score). Her scorer hun 8 av 9 mulige poeng (tomler (2 poeng), 5. finger (2 poeng), albue (2 poeng), knær (2 poeng) og rygg (0 poeng) – se bilder. Utover dette viser hun

isolert hypermobilitet i skulder ved rotasjon. Dette testes i ryggleie på benk med skulder i 90gr abduksjon. Med goniometer måles utoverrotasjon til 118gr og innoverrotasjon til 56gr, som gir et totalt rotasjonsutslag på 174gr. Dette er sidelikt, men fremstår uttalt mer mobilt enn normalt. Nakke har normale utslag, og hun angir smerter i venstre nakkeregion ved lateralfleksjon og rotasjon mot høyre.

Ved elevasjonsbevegelser angir hun smerter svarende til anteriosuperiore skulder og noe medialt (medialt for AC-ledd) fra 160-180gr (high-arc-pain). Isolert isometrisk testing viser fullgod og sammenlignbar kraftutvikling i skulderen i 90gr fleksjon, 90gr abduksjon og utoverrotasjon fra nøytralstilling med 90gr fleksjon i albue. Det er negative lag-signs ved testing for subscapularis (Belly press og Lift-off) og supra-/infraspinatus ved Hornblower posisjon.



Kliniske tester gjennomføres i clustre.

Biceps-labrumcluster:

- *Throwers test: negativ*
- *Palpasjon av bicepsenen i sulcus intertubercularis: negativ*
- *Active compression: positiv*

AC-leddscluster:

- *Cross body: positiv*
- *AC-resisted: positiv*
- *Active compression: positiv*

Generelt rapporterer pasienten uttalte muskelspenninger/myalgier i nakke og skulder.

Caseresonerings

Vi har altså en kvinnelig pasient i slutten av tredveårene med tre-årige plager fra sin venstre skulder. Smertene er lokalisert i området rundt AC-leddet, med ledsagende mediale smerter langs klavikula mot bryst og langs trapezius opp mot nakken. Pasienten rapporterer også kjevesmerter. Hun har forsøkt adekvat trening i regi av fysioterapeut gjennom seks måneder uten effekt. Hun har forsøkt NSAIDs med kortvarig og forbigående effekt. Hun har fått foretatt MR av nakke og skulder uten tegn til patologi og det er ingen operasjonsindikasjon. Hun har på mistanke om klinisk AC-leddsaffeksjon fått utført en ultralyd-veiledet kortisoninjeksjon i leddet, som heller ikke har hatt effekt. Ved henvendelse til undertegnede er hun fortvilet og motløs over situasjonen og man finner i det store og hele beskjedne funn som gjengitt over.

Dersom AC-leddet var affisert, måtte man forvente i det minste å finne små forandringer på MR eller ultralyd, noe man ikke gjør. Man kan allikevel argumentere for at klinikken peker i retning AC-ledd, men en kortisoninjeksjon har heller ikke hatt effekt, noe som gjør at man må så tvil om denne hypotesen. Med bakgrunn i det som anses som velutprøvde tiltak og i mangel på åpenbare alternativer, henvises det til kollega Stian Christophersen for en 2nd opinion, før man vurderer eventuelt andre innfallsvinkler. I perioden fra henvisning til konsultasjon hos Christophersen, opplever pasienten at smertene medialise-

res noe, og lokaliseres ved denne henvendelsen mer medialt langs klavikula enn hva hun har antydnet tidligere. Den kliniske undersøkelsen hos Christophersen avdekker ingen nye funn rundt skulder, men en ultralydundersøkelse som også undersøker SC-leddet avdekker følgende:

«Sonografisk ses markert hydrops i SC-leddet uten fortykket leddkapsel. Det ses randosteofytter på proksimale klavikula og hyperemi i kapsel.»

Dette er ny informasjon som fremstår potensielt klinisk relevant. Pasienten samtykker til å forsøke en UL-veiledet kortisonbehandling rettet mot SC-leddet. Dette gjøres, i første omgang, som en utprøvende behandling og kan i stor grad sammenlignes med en diagnostisk blokade, som man kjenner det fra tidligere. Terapeut og pasient enes om å avvente et par uker etter injeksjonen og deretter revurdere funn. Ved telefonisk konsultasjon én uke etter injeksjonen, rapporterer pasienten økende ubehag lokalt fra SC-leddet og ingen vesentlig endring i totalbildet (fortsatt murrende smerter rundt skulderbuen). Etter to uker, derimot, begynner det å skje større endringer. Ved fysisk konsultasjon én måned etter injeksjonen, rapporterer hun «tilnærmet smertefrihet de siste to ukene». Ved oppfølging på to og tre måneder rapporterer hun fortsatt symptomfrihet og gjenopptagelse av normal aktivitet. Som en forebyggende aktivitet, og som et ledd i å gjenoppta normal funksjon i skulderen, ble hun instruert i øvelsen «drop & catch» med 1kg vekt, hentet fra Derby Instability Programme [21]. Denne øvelsen er enkel å gjennomføre og krever lite utstyr, samtidig som den trener muskulær utholdenhet, leddsans/proprioepsjon og øye-hånd-koordinasjon.

Refleksjoner og klinisk relevans

I denne artikkelen beskriver artikkelforfatteren en kasuistikk hvor en pasient går i flere år med det som viser seg å være en udiagnostisert SC-leddsartritt. Pasientens primære plager er ikke direkte rapportert fra SC-leddet, som forvirrer og villeder den kliniske resonneringen. De aller



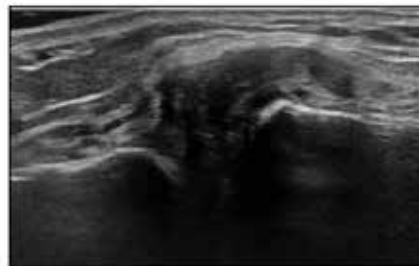
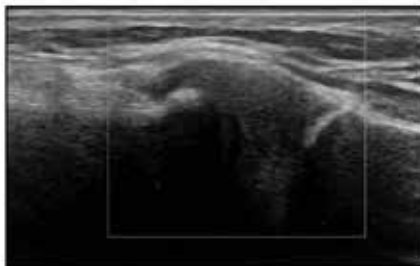
Øvelse «drop-and-catch»

fleste SC-leddsskader er rapportert som følge av direkte traumer og/eller større overbelastninger over tid, hvorav ingen av disse hadde forekommet hos den aktuelle pasienten. Man kan allikevel forestille seg at pasientens utpregede hypermobilitet gir økt laksitet i ligamentøse strukturer (også rundt SC-leddet), og at et så lite «traume» som å løfte sønnen ved symptomdebut kan være nok til å skape et stort nok drag i stabiliserende ligamenter, til at man skaper en inflammasjonstilstand i leddet. Leddets anatomiske oppbygning gjør også at leddets integritet i stor grad hviler på passive strukturer, som kan være med på å forklare hvorfor tradisjonell rehabilitering og fysisk trening ikke hadde noen effekt på plagene. Ved siste telefoniske kontroll 5 måneder etter injeksjonen, er pasienten fortsatt symptomfri og tilbake i full aktivitet. Hvordan prognosen er på sikt er naturligvis mer åpent, men da pasienten ikke utsetter seg selv for vesentlige

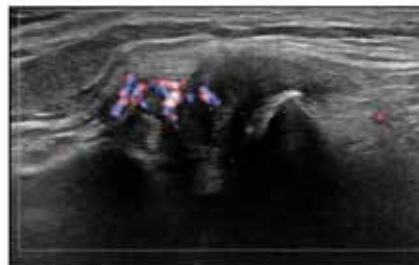
belastninger utover normalen, er det nærliggende å anta at man har klart å fjerne inflammasjonen i leddet og at leddet nå er i en «fredelig tilstand». Det er samtidig sannsynlig at pasienten lett vil kunne skape nye irritasjonstilstander i leddet grunnet sin underliggende hypermobilitet, men overanstrengelse av leddet ville fortsatt måtte kreve forholdsvis betydelige leddutslag og -belastninger. Ved normal bruk av skulderen er det derfor realistisk at pasienten ikke vil ha tilbakevendende problemer med sin venstre skulder.

Denne case-rapporten beskriver en sjelden tilstand, hvor pasienten beveger seg fra instans til instans uten endelig avklaring. Det er en påminnelse om at spesifikke skulderplager kan forekomme, også i tilfeller hvor flere klinikere ikke finner noen gode holdepunkter for aktuell patologi. Dette er altså en påminnelse til både leseren og artikkelforfatteren – ikke glem SC-leddet til skulderpasientene!

Se kilder/referanser side 38



Normalt SC-ledd



SC-leddsartritt

Ultralyskanning av et normalt SC-ledd og et SC-ledd med artritt

KVINNEHELSEKONFERANSEN

3. - 4. februar 2024

Kvinnen etter fødsel




Foredragsholdere:

- Christian Fossum, osteopat
- Heidi Hanevold, fysioterapeut og massasjeterapeut
- Madeleine Engen, spesialist i gynekologi
- Mona V. Elsness, osteopat/fysioterapeut/personlig trener
- Kjersti Hatlebrekke, fysioterapeut og spesialist i kvinnehelse
- Håkon Fotland, osteopat
- Astrid Torgersen Lunestad, fagkoordinator LKB og Vibeke Helander Bolstad Kommunikasjonsrådgiver LKB

- Katarina Woxnerud, naprapat
- Camilla Sagen Bringslid, klinisk ernæringsfysiolog
- Line Marie Warholm, psykolog - spesialist i klinisk voksenpsykologi

PFF samarbeider om Kvinnehelsekonferansen - følg konferansen på Instagram: @kvinnehelsekonferansen.

Les mer om programmet på: www.kongresspartner.no

Der finner du også påmeldingskjema.