

Synspunkter på skulderundersøkelse i allmennpraksis

■ PER SUNDE *Skulderklinikken i Oslo*

RED. ANM.:

Utposten nr. 3/2011 har to artikler av dr. Satya Sharma om undersøkelse og behandling av skulderlidelser (1). Sharma tar utgangspunkt i undersøkelsesmetodikken Cyriax fra ortopedisk medisin. Utposten har mottatt en artikkel fra dr. Per Sunde som tar til orde for en annen tilnærming til skuldeundersøkelse.



Artroskopi, MR og ultralyd viser at skulderproblemer ofte er mer sammensatte enn det man tidligere har ment når det gjelder koeksisterende ekstra- og intraartikulær patologi. På denne bakgrunn har de kliniske undersøkelsene endret seg (1, 2). Deler av gammel undersøkelsesmåte er lite hensiktsmessig og lite validert. Ultralyd kan være særs nyttig, for eksempel er tydelig økt bursavæske som oftest et sekundært tegn på betydelig supraspinatusruptur, især hvis man også ser væske rundt bicepsenen i sulcus på den aktuelle side.

Fire hovedpoenger ved skulderundersøkelse

1. Det bør utføres få tester. De man gjør bør man være fortrolig med.
2. Det må settes langt færre injeksjoner i sener/senefester enn det man gjør i dag.
3. Kvalifisert supervisert fysioterapi bør vektlegges tidlig og tydelig.
4. For de fleste tilstander behøves ikke supplerende billedundersøkelser og/eller ortopedhenvisning. Det er imidlertid viktig å gjenkjenne hvilke tilstander hvor dette er nødvendig og ikke minst hvilke som krever prioriterte henvisninger.

Dette fører frem til et forslag om en sekspunkts «kvikksjekkliste» som tar ca. ti minutter og som fanger inn ca. 90 prosent av de vanligste diagnosene ved atraumatiske tilstander eller forstrekninger, inkludert forhold ved rotatorcuff, glenohumeral- eller acromioklavikularleddene.

6-punkts skulderundersøkelse

1. Aktive og passive **bevegelsesutslag**. Redusert passiv leddbevegelse sannsynliggjør kapsulitt eller artrose. Smerte reduserer i tillegg aktiv leddbevegelse.

2. **Kraftsvekkelser**: sekundært smertebetingede eller primære, hyppigst pga. cuff-ruptur.
3. **Instabilitetsfølelse** eller betydelig klikking i leddet kan tyde på intraartikulær patologi som undersøkes med stabilitetstester.
4. **Skapulas funksjon** og rytme, **impingement**/subacromial tranghet, smertebue.
5. **Andre tilstander**: referert smerte, hyppigst fra nakke. Lokale acromioklavikularleddsmarter. Eventuell tuberculum majus-avulsjon; sees lett ved ultralyd.
6. **Obs. for «røde flagg»**: hevelse, unaturlige atrofer, armutstråling, allmennsymptomer, nattmerter.

5 utdypende faktorer

1. **Cuff-rupturer av klinisk relevans**. Mange figurerer under såkalt «tendinit». Diagnostikken er viktig da enkelte større rupturer bør sutureres tidlig. «Empty can-testen» er sentral: Abduksjon med tommel ned; tester for fortrinnsvis supraspinatusvekkelse. Ved større rupturer kan det være vanskelig for pasienten å abdukere armen selv. Ved tegn på utroteringskraftsvekkelse omfatter lesjonen også infraspinatus. Ved betydelig innroteringskraftreduksjon bør pasienten tidlig vurderes for subscapularissutur.
For kraftreduksjon som beskrevet, er veiledet fysioterapi det viktigste. Mange pasienter bør henvises til MR, ultralyd evt. ortoped.
2. **Vanlig lateral impingement**. Klinisk relevante intraartikulære avvik. Man må utføre Neer- og Hawkin-tester selv om de er uspesifikke med henblikk på hvilke strukturer som gir smerte. Man bør enkelte ganger utføre en injeksjon i det subakromiale rom (helst bursaen) for å teste smertelindring og om eventuell kraftsvekkelse fort-

satt består etter injeksjonen. Viktigst er uansett å komme i gang tidlig med god veiledet trening.

Ved negativ testing for impingement bør man overveie instabilitetstester som for eksempel O'Brien. Utdifferensieringene er ofte vanskelige, med mange utfordringer – også for radiologer og skulderspesialister. Det er krevende å tilegne seg trygg erfaring i vurderingen av diverse kapsel-, ligament- og labrum-avvik samt naturlige varianter.

3. **Nyere samlebetegnelse**: høye anteromediale avvik. Disse kan ha sin årsak i et mangfold av ofte overlappende strukturelle avvik, dels ekstra- eller intraartikulære. Den lange bicepsenen er som regel sentral i smertebildet, ofte sammen med diverse nabo-festeanordninger og subscapularis samt fremre supraspinatus. Det dreier seg sjelden bare om såkalte bicepstendinitter eller vanlig lateral impingement. Ofte kan kirurgisk avlastning av nevnte bicepsene gi god smertelindring, også ved massive cuff-rupturer.
4. **Acromioklavikularleddet**. Nevrologi. AC-leddet kalles ofte «det glemte leddet». Det er normalt med til dels betydelige degenerasjonsendringer uten særlige plager. Testene kan være enkle, men det er mye overlapping til problemene fra det subakromiale rom ellers.
Nevrologi, f.eks. mononevropati av n. thoracicus longus (vingeskapula) og n. suprascapularis (supraspinatusparese). Dette er sjeldne tilstander som ofte er vanskelig å diagnostisere. Man bør antakelig tidlig henvisse til sarkompetanse.
5. **Funksjon/holdning/diverse medfaktorer**. Det er sentralt å vurdere skapulas funksjon og rytme bilateralt, både statisk og repetert dynamisk. – Asymmetrier? Svak interskapulær muskulatur? Protraherte skuldre?



Økt torakal kyfose? Lav cervikal lordose? Myalgier i skulderbuen? Konstitusjonelle hyperlaksiteter?

Det kreves som oftest en annen tilnærming til diverse over-hodet-idrettsaktiviteter og «overuse»-skuldre. Man bør tidlig søke hjelp. «Blinde» og ikke-målrettede røntgenundersøkelser (f.eks. røntgen i bare ett plan, uten «outlet view») og MR-undersøkelser gir ofte liten klarhet. Injeksjoner bør reserveres pasienter med nokså kortvarige og sterke smerter. Det utføres for mange og dels for raske acromionreseksjoner. Mange pasienter har sekundære impingementsituasjoner som delfaktorer i en kompleks helhet.

Synspunkter på injeksjoner

1. Det er liten dissens om at det er kontraindisert å sette steroider i senevev. Mange cuff-sene-lesjoner er særlig hos eldre non- eller lavsymptomatiske og udiagnostiserte. Disse er å betrakte som aldersnormale. De skal verken ha senesutur eller injeksjoner.
2. Intraartikulære injeksjoner treffer som oftest ikke leddet. Det er høyst relevant å spørre om den jevne allmennpraktiker bør forsøke intraartikulære skulderinjeksjoner overhode.
3. Det er betydelig evidens for at intraartikulære steroider ved betydelig smertefull «frozen shoulder» i tidlig fase gir god smertelindring (6). Inntil tre injeksjoner

har dokumentert effekt. De færreste trenger kapseldistensjon eller kirurgi.

REFERANSER

1. Sharma S. Undersøkelse og konservativ behandling av skulderlidelser I allmennpraksis. Utposten 2011; nr. 3: 6–14.
2. Mitchell C, Adebajo A, Hay E, Carr A. Shoulder pain: diagnosis and management in primary care. BMJ 2005; 331: 1124–8.
3. Favejee MM, Huisstede BM, Koes BW. Frozen shoulder: the effectiveness of conservative and surgical interventions--systematic review. Br J Sports Med 2011; 45: 49–56.

 persunde@persunde.no