

Undersøkelse og konservativ behandling av skulderlidelser i allmennpraksis

DEL 1: Skulderundersøkelse i allmennpraksis

■ SATYA P. SHARMA spesialist i allmennmedisin og fastlege i Bergen

Skuldersmerter er svært vanlig i allmennpraksis og er sammen med nakkeplager en hyppig årsak til legebesøk. Det kreves av allmennlegen å kunne skille tilstandene fra hverandre, og komme til en så presis diagnose som mulig for å gi en målrettet behandling selv om det fins uenighet om behandlingsalternativene. Mye er vunnet dersom man etter en systematisk undersøkelse kan forklare pasienten en mulig årsak til smertene og deretter gi en målrettet behandling. Da ortoped og fysikalsk medisinere gjerne bruker andre tester enn det som er lagt vekt på i denne artikkelen, er disse tatt med som tilleggstester. Det er viktig å kjenne til tilleggstestene for å forstå epikriser samt spesialistenes tolkning av problemet. Standard klinisk undersøkelse av skulderen slik det er beskrevet i denne artikkelen dekker ikke instabilitet og labrumskade. Disse er derfor beskrevet som tilleggstester.

Skuldersmerter er den tredje hyppigste årsak til konsultasjon for muskel- og skjelettsmerter i primærhelsetjenesten. De fleste pasientene har en atraumatisk skulderlidelse (1). Smerter i skulderkomplekset – som omfatter glenohumoralledd, subakromialrom, acromio-clavikulær- og sterno-clavikulærledd samt scapulotorakal-mekanisme – er vanlig i

allmennpraksis og utgjør ca. 16 prosent av alle muskelskjelettsmerter (2). Insidens er ca. 11–15 nye tilfeller per tusen konsultasjoner i allmennpraksis. Prevalensen hos personer over 70 år er på 21 prosent og lidelsene er vanligere hos kvinner enn hos menn: 25 prosent versus 17 prosent. Rotatorcuff-tendinopati utgjør ca. 70 prosent av alle skuldersmerter (3, 4). Det er dog stor divergens i rapporterte studier, fra en prevalens på 6,9 til 26 prosent ifølge en systematisk studie (5).

Anamnese

Anamnesen skal være problemorientert og grundig slik at den kan danne grunnlag for en målrettet og systematisk undersøkelse. Sykehistorien og en kombinasjon av kliniske tester samt konservativ behandling er vanligvis tilstrekkelig ved atraumatiske skulderlidelser (1):

- Er pasienten smertepåvirket?
- Hvordan er skulderens stilling? Synlig deformitet eller atrofi?
- Er acromio-clavikulær- og sterno-clavikulærledd symmetriske?
- Er armbevegelse ved gange påvirket?

La pasienten si det vedkommende har på hjertet de første minuttene, og ikke avbryt eller ta over. Unngå ledende spørsmål; i stedet for å spørre: «Går smertene nedover armen?», spør heller: «Sprer smertene seg i det hele tatt – og hvis ja, hvor?» Hos yngre pasienter finner man vanligvis instabilitetsproblemer. En del kasteidretter krever en kombinasjon av alle bevegelser som abduksjon, elevasjon, ekstensjon og lateral rotasjon, og da vanligvis i ekstreme bevegelsesutslag. Noen ganger er det vanskelig å få provosert frem smerter hos sportsutøvere. De bør derfor testes etter belastning, om mulig, eller når de kjenner smerter.

Symptomer

- Hvor er smerten? Dersom pasienten peker mot scapula eller nakken eller drar hånden fra nakken eller trapeziusregionen og ned mot skulder og arm, vurderer et mulig nakkeproblem. Gjør en preliminær undersøkelse som omfatter aktiv ekstensjon, flek-

sjon, rotasjoner og sidefleksjon av nakken. Smerte og/eller redusert bevegelighet kan tyde på et nakkeproblem.

- Grad av smertespredning? Dersom smerten går mot hånden kan det bety sterk smerte f. eks. fra akutt subdeltoid bursitt eller kapsulitt. Dersom spredningen går til et bestemt dermatom, f. eks. til tommelen og pekefingeren kan det tyde på C6-rot-affeksjon. Tydelige spørsmål hjelper pasienten å gi tydelige svar. Har du smerter i hvile (bursitt/kapsulitt), eller bare ved bruk av skulderen, dvs. ved bevegelser (tendinopati)? Nattdaglig smerte? Kan du ligge på den affiserte siden om natten? Dette sier noe om graden av pasientens plager. Hvordan kom smertene? Spontan? Ved overbelastning eller ved traume? Akutt bursitt kan komme relativt fort; tre til fire dagers sykehistorie. Idiopatisk kapsulitt eller traumatisk kapsulitt utvikler seg over tid (uker/måneder). Hvor lenge har du hatt smerter? Subdeltoid bursitt blir bedre i løpet av seks uker, cervikal diskprotrusjon kan ta fra ca. fire uker til seks måneder. «Impingement» betyr at det foreligger irritasjon pga. trangeforhold subakromialt.
- Er andre ledd affisert? Hvordan er allmenntilstanden? Finnes det tegn til lokal eller systemisk infeksjon? Vekttap? Har pasienten gjennomgått operasjoner? Malignitet må følgelig utelukkes, spesielt hos personer som er operert for kreft i brystet, nyrene, lungene, prostata og skjoldbruskkjertelen. Hvilken behandling er utprøvd så langt og hva er effekten av denne? Utvikling av symptomer? – Uendret, verre eller bedre? Ved endring: Vurder om det foreligger refererte smerter, skiftende smerter eller ekspanderende smerter. Refererte smerter fra nakken er vanlig i skulderregionen eller nedover armen. Vurder også irritasjon av diafragma. Skiftende smerter kan tyde på diskprotrusjon, mens ekspanderende smerter kan tyde på alvorlige årsaker som malignitet. Nummenhetssymptomer kombinert med vaskulære tegn kan tyde på «thoracic outlet syndrome». Funksjonsundersøkelse, slik det er brukt i denne

ny behandling praksis

artikkelen, er en egnet metode i allmennpraksis. Den er lett gjennomførbar og anbefalt i angitt litteratur selv om enkelte tester kan variere mellom lærebøker (6–10).

Funksjonell undersøkelse – viktige momenter

Ved *aktive* bevegelser finner man ut av pasientenes vilje til å bevege armen, bevegelsesutslag og muskelstyrke. *Passive* bevegelser gir informasjon om smerte, bevegelsesutslag og endefølelse. Normalt er bevegelsen elastisk som ved elevasjon av armen og man kan passivt presse noen grader utover det normale bevegelsesutslaget. «Hard endefølelse» er som ved normal ekstensjon av albue, men er patologisk ved artritt/kapsulitt. *Isometriske* tester sier noe om smerte og muskelstyrke.

Klinisk undersøkelse: ikke start med palpasjon

En basal klinisk undersøkelse av skulderen gjøres med 12 bevegelser/tester. Alle testene bør gjennomføres. En bør ikke stoppe underveis selv om diagnosen synes åpenbar. Formål-

let med disse 12 testene er å undersøke både kontraktile og ikke-kontraktile strukturer.

ELEVASJON

1. aktiv sidelengs elevasjon av begge armer, uten eller med smertebue
2. passiv sidelengs elevasjon, kan kombineres med passiv glenohumoral abduksjon

SCAPULOHUMORALLEDD

3. passiv glenohumoral abduksjon
4. passiv lateral rotasjon
5. passiv medial rotasjon

ISOMETRISKE BEVEGELSER

6. abduksjon
7. adduksjon
8. utadrotasjon
9. innadrotasjon
10. albuefleksjon
11. albueekstensjon

TILLEGGSTEST:

Passiv horisontal adduksjon/«crossover» gir smerter ved overstrekning av superfisielle eller dype acromioclavikulærleddbånd, ved subkorakoid bursitt og ved subscapularistendinopati – nedre del av senefestet kan være affisert fordi dette blir klemt mot processus coracoideus.

Disse overnevnte tester avdekker ikke stabilitet.

Funksjonell undersøkelse av skulderen

1. AKTIV ELEVASJON AV BEGGE ARMER

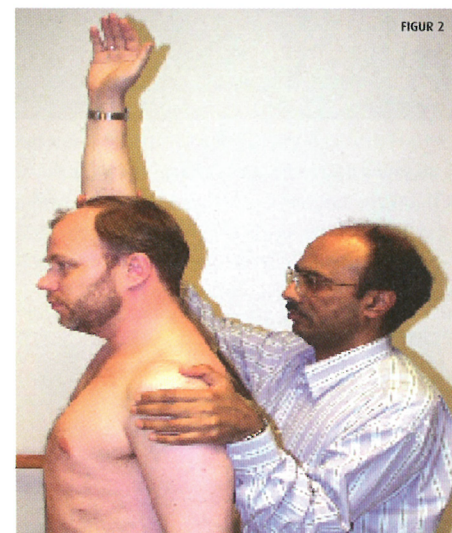
Pasienten løfter begge armer så langt opp som mulig (FIGUR 1). Bevegelsesutslag og eventuelle smerter noteres. Testen gir informasjon om bevegelighet og smerter i skulderen.

2. PASSIV ELEVASJON (OBS! FORSKJELL MELLOM ELEVASJON/ABDUKSJON)

Undersøkeren tar fatt i pasientens arm like proksimalt for albuen og løfter opp så langt som mulig mot øret. Pasienten gis mottrykk med den andre hånden for å unngå sidefleksjon av trunkus pga. smerter (FIGUR 2). Ved undersøkelse

av passiv bevegelighet prøver man alltid å presse armen litt mer enn der smertene begynner – for å kjenne endefølelse.

Legg merke til smerter, bevegelsesutslag og endefølelse.



3. SMERTEBUE (DERSOM TILSTEDE)

Pasienten løfter armen i frontalplanet (FIGUR 3). Vedkommende angir når smertene melder seg og eventuelt når de forsvinner. Smerter kommer vanligvis ved midtstilling (ca 70 grader) og forsvinner før slutten av bevegelsesutslaget (ca 110 grader). Smertebuen provoseres lettere ved aktiv elevasjon enn ved passiv elevasjon. En smertebue tyder alltid på at det er en lesjon i det subacromiale rommet; tendinopati ved rotatorcuff-afleksjon eller kronisk bursitt.



FIGUR 1



FIGUR 2

FIGUR 3

Tre tester for glenohumoralledd

4. PASSIV SCAPULO-HUMORAL ABDUKSJON (VANLIGVIS KALT ABDUKSJON)

Undersøkeren løfter armen ved å holde rundt albuen. Den andre hånden stabiliserer scapula ved å låse angulus inferior scapulae med tommelen (FIGUR 4). Det er viktig at pasienten ikke assisterer bevegelsen – da vil scapula begynne å rotere og dermed blir bevegelsen ikke lenger en ren scapulohumeral bevegelse.



FIGUR 6



ISOMETRISKE BEVEGELSER:

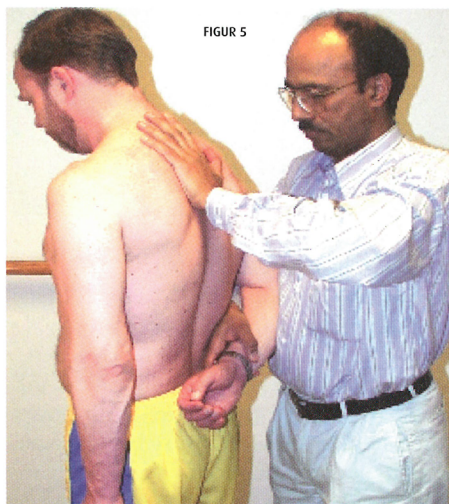
Tester for kraft og smerte

Bevegelsen må testes slik at pasientens og undersøkerens kraft er den samme.

Undersøkeren må stå vel plassert i forhold til pasienten. Den ene hånden brukes til å yte motstand, den andre til mottrykk. Andre muskler enn de som skal testes må ikke involveres. Det leddet musklene kontrollerer skal ikke bevege seg. Derfor må undersøkeren plassere seg selv og hendene sine slik at han blir litt sterkere enn pasienten. Pasienten må motiveres til å yte sitt beste.

5. PASSIV INNADROTASJON/«HAND ON BACK»

Albuen er bøyd til 90 grader. En bør unngå ekstensjon ved skulderleddet. Underarmen legges over lumbalregionen (FIGUR 5). Bevegelsen bør sammenlignes på begge sider.



ISOMETRISK ABDUKSJON

Pasienten har armen hengende langs siden med få grader i abduksjon, helst omkring 15–20 grader. Pasienten presser ut armen til siden mens undersøkeren gir mottrykk. Med motsatt hånd stabiliseres pasienten (FIGUR 7). Smerter og svakhet ved isometrisk abduksjon kan bety partiell ruptur av supraspinatusse-nen.



6. PASSIV UTADROTASJON

Undersøkeren holder pasientens arm over håndleddet, flekterer albuen til 90 grader og drar armen til seg i full lateral rotasjon. Ekstensjon i albuen hindres ved å presse albuen mot abdomen, og trunkus stabiliseres ved å holde rundt den andre skulderen (FIGUR 6).

På grunn av individuelle forskjeller bør begge sider sammenlignes. Bevegelsen strekker også acromioclavikulærleddet, bursa subcoracoideus og subscapularissenen – og kan derfor provosere smerter fra disse strukturene.

ISOMETRISK ADDUKSJON

Pasienten drar armen til seg så hardt som mulig mens undersøkeren forsøker å hindre dette. Den ene hånden holder rundt pasientens albue mens den andre støtter ved hofte-regionen for å stabilisere (FIGUR 8).



FIGUR 8

ISOMETRISK UTADROTASJON

Undersøkellesstilling som vist i figur 9. Underarmen holdes i midtstilling for supinasjon/pronasjon. Den andre hånden på motsatt skulder stabiliserer pasienten. Motstand gis like proksimalt for håndleddet (FIGUR 9). Se til pasienten holder albuen inntil kroppen for å hindre abduksjon. Du kan også be vedkommende om å holde et papirstykke mellom albuen og trunkus dersom det er vanskelig å få til ellers.



FIGUR 9

ISOMETRISK INNADROTASJON

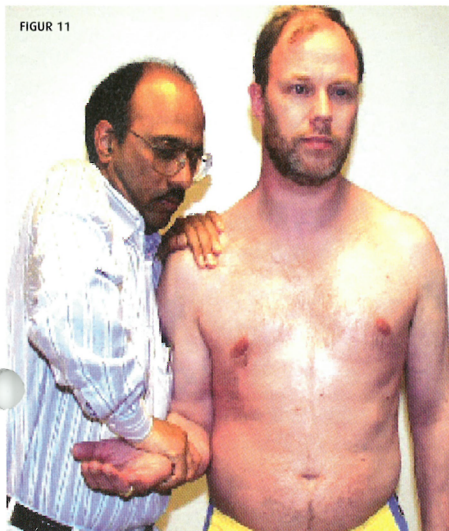
Undersøkellesstillingen er den samme som for lateral rotasjon. Undersøkeren drar armen mot seg og holder derfor hånden sin på innsiden av pasientens håndledd (FIGUR 10). Dersom isometrisk adduksjon er smertefri, antas lesjonen å ligge i subscapularis.



FIGUR 10

ISOMETRISK ALBUEFLEKSJON

Undersøkellesstilling som vist i figuren. Mens pasienten prøver å dra sin supinerte underarm opp, prøver undersøkeren å hindre dette. Den andre hånden holdes på samme sideskulder for stabilisering (FIGUR 11).



Albueflektoren musculus biceps brachii innerveres av nervus musculocutaneus; nerverot C5, C6.

Legg merke til at undersøkeren inntar stilling som vist i figuren for å hindre at man blir «vippet av pinnen» av en sterk pasient. Ved en lesjon av bicepsens lange hode i sulcus, vil isometrisk fleksjon og supinasjon gi smerter i skulderregionen. Svakhet uten smerter forekommer ved C5-nerverotsparese, ved resistert abduksjon, lateral rotasjon av armen og ved resistert albuefleksjon.

ISOMETRISK ALBUEKSTENSJON

Undersøkellesstillingen er den samme som for albuefleksjon. Den andre hånden stabiliserer samme sideskulder (FIGUR 12).



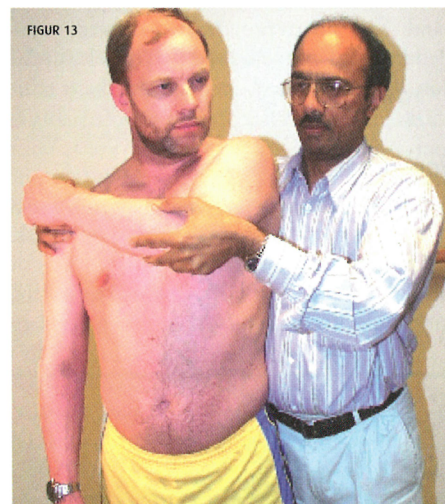
Legg merke til at undersøkeren holder eller låser sin albue ved sin crista iliaca for å kunne holde albueleddet i 90 graders stilling. Undersøkeren kan også gi motstand med begge hender plassert over hverandre under pasientens underarm.

Albue-ekstensor: triceps brachii innerveres av nervus radialis; nerverot C7 (C6, C8). Affeksjon av triceps er sjelden og bør derfor palperes ved smerter. Smertefri svakhet kan være pga. C7-rotsparese forårsaket av C6-cervikal diskprotrusjon.

TILLEGGSTEST:

Passiv horisontal adduksjon / «cross over test» eller «body cross over test»

Pasientens arm frembringes på siden av kroppen ved at undersøkeren holder rundt albueleddet og presser litt mot den andre skulderen mot slutten av bevegelsesutslaget. Pasienten stabiliseres ved at undersøkeren holder rundt den andre skulderen (FIGUR 13).



Ved affeksjon av acromioclavikulær ledd kjennes smerter lateralt på toppen av skulderen. Subscapularis-tendinopati: smerter kjennes mer lateralt på nivå med aksillærlinjen. Isometrisk medial og passiv lateral rotasjon er smertefull.

«Impingement»

Impingement er et klinisk tegn og ikke en diagnose – selv om betegnelsen ofte brukes som en diagnose. Impingement betyr at noe blir inneklemt. For praktiske formål kan man si at rotatorcuff-sener/senefester støter mot taket i det subakromiale rommet. Taket dannes av acromion, coracoakromialbuen (coracoakromial-leddbåndet) og AC-leddet. I gulvet ligger glenohumeralleddet med rotatorcuffens sener og senefester.

Dette skjer ofte hos utøvere som driver med kasteidretter. Repeterende mikrotrau-

mer er ofte årsaken. I sluttstadiet av kastet er skulderen i abduksjon, ekstern rotasjon og ekstensjon. Dette vil gi «impingement» av rotatorcuff-flate mot øvre bakre kant av glenoidium pga. horisontal ekstensjon mot slutten. Supraspinatus- og infraspinatusfestene vil støte mot øvre bakre glenoidkant.

Impingement-tester

NEER'S IMPINGEMENT TEST

I sittende eller stående stilling; pasientens arm elevates/flekteres passivt i full medialrotasjon. Dette vil presse tuberculum majus mot den antero-inferiore flaten av acromion. Testen er positiv ved smerteprovokasjon. En positiv test indikerer patologi ved supraspinatusfestet og/eller muligens av bicepsenen (lange hode).

HAWKINS-KENNEDY IMPINGEMENT TEST

I stående eller sittende stilling flekteres armen til 90 grader med albuen i ca. 30–40 graders fleksjon mens skulderen medialroteres passivt. Dette vil presse supraspinatus mot det coracoakromiale leddbåndet og mot processus coracoideus. Det er mulig å utføre testen i forskjellige grader av fleksjon eller horisontal adduksjon. Ved positiv test provoseres det frem smerter i skulderen som kan tyde på supraspinatus-tendinose.

POSTERIOR INTERN IMPINGEMENT TEST:

Forekommer hyppigst blant idrettsutøvere med kasteidretter, men finnes også blant andre yrkesutøvere som arbeider i lignende stilling. Testen utføres i ryggleie. Skulderen abdukeres til 90 grader, med 15–20 graders fleksjon og maksimum lateral rotasjon. Smerter kjennes på bakre del av skulderen. Impingement skjer mellom tuberculum majus og rotatorcuff på den ene siden og mot bakre glenoid og labrum på den andre siden. Abduksjon, ekstensjon og utadrotasjon resulterer i «kissing» av labrum posteriort.

Andre tilleggster

«LIFT OFF»-TEST FOR SUBSCAPULARIS

Pasienten plasserer håndryggen på midtre lumbale region i stående stilling. Han prøver å løfte hånden av den lumbale regionen mens undersøkeren presser denne mot ryggen. Testen er positiv for komplett ruptur/partiell ruptur av subscapularis dersom pasienten ikke klarer å løfte hånden uten motstand, eller har liten styrke mot motstand.

ABDOMINAL KOMPRESJONSTEST/«BELLY PRESS TEST»

Brukes for å teste musculus subscapularis i tilfeller der pasienten ikke kan ta armen bak på ryggen for «lift off»-test. I stående stilling plasserer eksaminatoren sin hånd over abdomen mens pasienten trykker på denne. Undersøkeren vurderer graden av trykket. Pasi-

enten forsøker nå å bringe fram albuen mens vedkommende holder trykket på abdomen uten eller mot motstand. Dersom vedkommende ikke greier det er testen positiv for subscapularis-patologi.

SUPRASPINATUS/«EMPTY CAN OR JOBE'S TEST»:

I stående stilling abduserer pasienten armen til 90 grader i nøytral (mellom medial og lateral rotasjon) stilling. Det gis motstand til armen. Armen medialroteres og flekteres i 30 grader («empty can»-stilling) slik at tommelen peker nedover. Det gis motstand og en ser etter tegn til smerter og svakhet. Positiv test tyder på ruptur av supraspinatussen eller parese av n. suprascapularis.

LATERAL ROTASJON/«LAG SIGN» ELLER «SPRING BACK TEST»

Pasienten bes holde armen i 90 graders abduksjon med albuen flektert til 90 grader. Undersøkeren lateralroterer armen og ber pasienten om å holde stillingen. Dersom pasienten ikke greier å holde stillingen, tyder det på svakhet/smerter i m. infraspinatus og m. teres minor.

Instabilitetstester

SULCUS-TEGN

Ved generell svakhet i skulderledd kan man bruke sulcus-test. Med pasienten i sittende eller stående stilling og med armen hengende ned, trekker man armen ned med én hånd og stabiliserer skulderen superior med den andre hånden. Ser man et søkk under acromion er testen positiv.

Tester for labrum-skade

O'BRIANS TEST

Pasienten er i stående stilling med undersøkeren ved siden av og litt bak. Pasienten flekterer armen til 90 grader og adduserer ca ti grader med håndflaten pekende oppover. Undersøkeren presser armen ned mens pasienten prøver å holde igjen. I neste omgang gjentas samme prosedyre, men med håndflaten pekende nedover. Dersom det er en økning av smerte eller redusert styrke eller begge deler med håndflaten pekende nedover, kan dette tyde på SLAP («superior labrum anterior posterior-skade»).

CRANK'S TEST

Pasienten ligger på en benk og undersøkeren står bak pasienten. Armen flekteres til ca. 160 grader. Undersøkeren holder med venstre hånd rundt håndleddet og albuen flekteres til 90 grader. Undersøkeren legger høyre hånd over albuen som så trykkes aksialt ned mot skulderleddet, mens undersøkeren samtidig innad- og utadroterer armen med venstre hånd. Ved smerteprovokasjon og ved manglende effekt av subakromial xylokain-injeksjon, kan dette tyde på øvre labrumskade (10).

Hovedbudskap

- Skulderlidelser er lettere å diagnostisere med en grundig anamnese og systematisk undersøkelse
- Undersøkelsesteknikker bør være enkle å utføre i allmennpraksis

- Tilleggstester kan brukes for mer utvidet undersøkelse

REFERANSER

1. Brox JJ, et al. (2010) Atraumatiske skulderlidelser. (Translated from Norwegian) Tidsskr Nor Lægeforen 130(21): 2132–2135 (in Norwegian).
2. Urwin M, et al. (1998) Estimating the burden of musculoskeletal disorders in the community: the comparative prevalence of symptoms at different anatomical sites, and the relation to social deprivation. (Translated from eng) Ann Rheum Dis 57(11): 649–655 (in eng).
3. van der Windt DA, Koes BW, de Jong BA, & Bouter LM (1995) Shoulder disorders in general practice: incidence, patient characteristics, and management. pp 959–964.
4. Chard MD, Hazleman R, Hazleman BL, King RH, & Reiss BB (1991) Shoulder disorders in the elderly: a community survey. (Translated from eng) Arthritis Rheum 34(6): 766–769 (in eng).
5. Luime JJ, et al. (2004) Prevalence and incidence of shoulder pain in the general population; a systematic review. (Translated from eng) Scand J Rheumatol 33(2): 73–81 (in eng).
6. Cyriax J (1980) Textbook of orthopaedic medicine (Bailliere Tindall, London) p 2 b.
7. Ombregt L, Bisschop P, Veer HJt, & Van de Velde T (1995) A System of orthopaedic medicine (Saunders, London) pp X, 974 s.
8. Hunskaar S (1997) Allmennmedisin (ad Notam Gyndendal) (Norwegian).
9. Johannessen T (2010) Norsk Elektronisk Legehåndbok. ed Terje J.
10. Juel NG (2007) Norsk Fysikalsk Medisin (Fagbokforlaget, Oslo) (Norwegian) 2nd Ed.

satya.sharma@isf.uib.no

NFAs skribentpris 2011



Norsk forening for
allmennmedisin

DEN NORSKE LEGEFORENING

NFAs skribentpris er på kr 15 000, og deles ut en gang i året på PMU eller Nidaroskongressen. Prisen går til en eller flere som i artikkel/essay/kronikk eller annen tekst fremmer allmennmedisinsk fagutvikling eller sprer kunnskap om faget.

Prisen 2011 gjelder tekst som er publisert i perioden fra 1. august 2010 til 31. juli 2011.

Alle NFA-medlemmer kan foreslå tekst som de finner verdig. Viktig/originalt innhold og godt språk vil bli vektlagt.

Det er nedsatt en innstillingskomité sammensatt av medlemmer i Allmennmedisinsk utdanningsutvalg (AU): Sverre Lundevall, Torgeir Gilje Lid, Robert Tunestveit og Annelise Skeie.

Forslag sendes innstillingskomiteen ved Sverre Lundevall per e-post sverre.lundevall@legeforeningen.no innen 1. september 2011.

Innstilling til prisen oversendes styret i NFA innen 1. november.

Skribentprisen bekjentgjøres i NFAs medlemsbrev, på NFAs hjemmeside, og evt i Tidsskriftet og Utposten.