

Artrose i skulder/skulderprotese

Slitasje (artrose) i skulderen er en ikke uvanlig årsak til smerte og stivhet i skulderen hos eldre. Samme forandringer i skulderen kan også ses hos yngre etter alvorlige skader på skulderleddet. Artrose er utvikling av destruksjon av leddbrusken som er leddets glideflate. I skulderleddet vil bruskforandringene synes på Caput humeri eller leddhodet på overarmsknokkelen og glenoid som er leddskålen på skulderbladet.

Behandlingsmulighetene er flere, fra smertestillende medikament til utskiftningsoperasjon av leddet. Symptomer og grad av leddestruksjon samt pasientens generelle funksjonsbehov vil i noe grad være veiledende i valg av behandlingsmåte.

I Norge settes det inn ca 150 kunstige skulderledd (skulderleddsproteser) i året. E fleste operasjonene utføres på pasienter med følgetilstand av alvorlig bruddskade i leddet. Som følge av produktutvikling og operasjonstekniske forbedringer utføres disse operasjonene i et stadig økende antall pasienter med rene slitasjeforandringer i leddet. I USA utføres det årlig innsettelse av mer enn 10 000 skulderproteser i året.

Undertegnede har arbeidet i USA mer enn 4 år. Her har jeg årlig satt inn mer enn 100 skulderproteser årlig. Erfaringene med denne type inngrep er meget gode. Pasientene oppnår vesentlig smertefrihet, god bevegelighet. Rehabiliteringstiden etter et slikt inngrep er vel 4-6 uker for å kunne utføre daglige gjøremål. Styrke og bevegelighet bedrer seg første 6 mnd. Med mulighet for ytterligere forbedring i løpet av første året.

Hva er skulderartrose?

Tilstanden er forårsaket av destruksjon av leddbrusken som danner glideflaten i leddet. Ved artrose dannes osteofytter (forkalkninger i leddkanten). Dette skaper en mekanisk hindring av bevegelse i leddet samt øket friksjon i leddovergangen. Dette medfører øket tilstivning av leddet og reduksjon av leddbruskkvaliteten – noe som fører til økt smerte i leddet.

Årsaker til destruksjon av leddbrusk

Vanligste årsaker er:

- slitasje (ved rotator cuff rupturer)
- skade av leddflaten (følge av brudd eller skulder ute av ledd)
- leddgikt
- følge av tidligere kirurgisk inngrep i leddet

Symptomer på artrose (slitasje) i skulder

- smerte ved bevegelse, sent i forløpet også hvilesmerter
- redusert bevegelighet, først blokkering av ytterpunkter, senere smertebetinget reduksjon i bevegelesmønsteret
- redusert bevegelighet/inaktivitet av skulder/arm medfører redusert muskelvolum
- stor leddslitasje medfører økt væske i leddet og hevelse av leddet
- dårlig bruskkvalitet medfører skrapende følelse ved bevegelse

Hvordan stilles diagnosen?

Sykehistorien er viktig, her fremkommer opplysninger om tidligere skulderskade (brudd, skulder ute av ledd) eller tidligere episoder med leddbesvær.

Røntgen av skulderen er fortsatt beste undersøkelse til å påvise behandlingskrevende slitasje i leddet. CT kan være av betydning ved deformitet av leddhode eller leddskål. MR gir detaljert informasjon om bløtdelsstrukturer i og omkring skulderleddet.

Behandling

Mild form for artrose behandles med reduksjon av aktivitet og smertestillende

Moderat artrose kan behandles med injeksjonsbehandling av kortison og smertestillende medikament.

Alvorlig artrose behandles med innsettelse av skulderprotese.

I noen tilfeller av mild, moderat eller alvorlig artrose, vil det være hensiktsmessig med en artroskopisk (kikkehullsoperasjon) vurdering og behandling. Et slikt inngrep gir kirurgen en fantastisk informasjon om en rekke detaljer i skulderleddet som kan være av viktig betydning for å oppnå best utkomme ved et proteseinngrep.

Komplikasjoner

Infeksjon er sjeldent forekommende, mindre enn 0,5 % er rapportert.

Blødning ved inngrepet er relativt lite i forhold til andre protese inngrep. Total blødning på mer enn 150 ml er sjeldent forekommende.

Nerveskader er rapportert men forekommer meget sjeldent.

Postoperativ behandling og rehabilitering

Inngrepet utføres i generell anestesi og perifer nerveblokkade. Nerveblokkaden gir meget god smertelindring første 15-18 timer etter operasjonen. Dagen etter operasjon startes enkle mobiliseringsøvelser under veiledning av fysioterapeut.

Pasienten utskrives 2.postoperative dag til rehabilitering eller til hjemmet med avtale om poliklinisk oppfølging av kirurg innen 2 uker. Pasienten får da oppfølging av fysioterapeut fra operasjonen og første 6 uker. Det er vesentlig hjemmeøvelse, hvor programmet endres i henhold til pasientens fremgang.