

## Skulderinstabilitet

Skulderinstabilitet ("skulder ute av ledd") kan oppstå på bakgrunn av en skulderskade eller utvikle seg uten sikker utløsende årsak. Det er således to typer skulderinstabilitet, og det er viktig å skille disse med tanke på best mulig behandling. En traumatisk eller skadeutløst instabilitet oppstår idet en akutt skade får skulderen til å gå ut av ledd (skulderluksasjon). Den atraumatiske skulderinstabilitet skyldes en medfødt "slakk" eller "løs" skulder som i sin tur kover tid kan medføre instabilitet. Traumatisk skulderinstabilitet oppstår oftest hos unge aktive personer, og jo yngre man er ved første skulderluksasjon, jo større er sannsynligheten for at skulderen går ut av ledd igjen. En tenåring med skulderluksasjon vil ha cirka 70 % sjanse for ny luksasjon, mens en person eldre enn 40 år vil kun ha 10 % sjanse for å utvikle vedvarende instabilitet. Behandling må derfor tilpasses den enkeltes alder og aktivitet.

### Anatomi – skulderleddet

Skulderen er det mest bevegelige ledd i kroppen. Den er styrt av en rekke sener og muskler som sikrer nødvendig mobilitet for alle daglige gjøremål. Dessverre er det slik at skulderens ekstreme bevegelighet går på bekostning av leddets stabilitet. Både leddflatene og bløtdelene rundt skulderen bidrar til skulderens bevegelighet og ivaretar samtidig stabilitet. Hver eneste sene, leddbånd og muskel er avgjørende for skulderens funksjon. I forbindelse med arbeid og idrett kan disse strukturene bli skadet slik at grensen for strukturenes elastisitet overskrides. Resultatet kan da blant annet bli instabilitet.

### Skademekanisme og symptomer

Traumatisk skulderinstabilitet oppstår idet skulderen går ut av ledd og skader støttestrukturer og leddbånd i skulderen. Skulderskålen, kalt glenoid, er en relativt flat liten skål omkranset av leddleppen, kalt labrum. Labrum gjør skulderskålen dypere og stabiliserer overarmens leddhode i skålen både mekanisk og ved en slags "sugekopp" effekt. Labrum er også tilheftingspunktet for en rekke sentrale skulderstabiliserende leddbånd. I forbindelse med skulderluksasjon blir labrum revet løs fra glenoid og leddbåndene mister sin forankring. Dette resulterer i vedvarende skulderinstabilitet og graden av denne er igjen avhengig av omfanget av den opprinnelige skade. Den vanligste skulderinstabilitet oppstår ved at overarmskulen går ut forover og noe ned. Typiske skademekanismer vil være fall på strak arm over horisontalplanet, direkte slag på armen eller forsert utadrotasjon av armen. Det er svært sjeldent at skulderkulen går ut av ledd bakover, og dette skjer oftest i forbindelse med kraftige muskelsammentrekninger så som ved kramper o.l.

En skulderluksasjon er som regel smertefull. Den medfører betydelig bevegelsesinnskrenkning av arm og skulder. Arm og skulder "henger" forover og nedover med tydelig asymmetri i skulderbuene. En skulderluksasjon må som regel dras på plass (reponeres) i en eller annen form for bedøvelse på legevakt eller sykehus. Enkelte personer med kronisk skulderinstabilitet lærer seg å reponere skulderen selv. I etterkant er det vanlig å benytte fatle i en begrenset tidsperiode. Det vil være aktuelt å rehabilitere skulderen i samråd med fysioterapeut. En følgetilstand til skulderluksasjon og evt. Reponering kan være nerveskade. Som oftest er det axillarisnerven som affiseres. Denne aktiverer deltoidmuskelen (kappemuskelen) og en varig skade på denne nerven er katastrofal for skulderfunksjonen. Disse skadene er sjeldne og mange skader er forbigående.

### Diagnostikk

En traumatisk skulderluksasjon er som regel enkel å diagnostisere. Ovenstående symptomer gir som oftest en klar diagnose. Pasienten vil ofte fortelle at han opplevde at skulderen "skled ut". Dersom skulderen har reponert seg selv før diagnostikk, kan diagnosen være vanskeligere. I slike tilfeller er det viktig å få en detaljert sykehistorie, utføre en grundig klinisk undersøkelse og supplere med røntgen- og MR undersøkelser. Bakre skulderluksasjoner er vanskeligere å diagnostisere og i enkelte tilfeller blir disse oversett med svært uheldige konsekvenser for pasienten

Røntgenbilder blir som regel tatt for å bekrefte skulderluksasjon, retningen av denne og for å se om det er assosierte frakturer (brudd). Skulderluksasjoner kan være ledsaget av den såkalte Bankarts

fraktur som er brudd på fremre del av leddskålen. Dette er et sikkert tegn på at leddleppen og ligamentene ikke lenger er forankret som de skal. En Bankarts skade er den hyppigste årsak til vedvarende skulderinstabilitet. Dersom røntgen ikke viser sikker skade kan det være aktuelt å supplere med MR (magnetisk resonanstomografi) med eller uten kontrastmiddel i skulderen. MR gir betydelig bedre oversikt over skader på leddbånd og andre bløtdeler enn røntgen kan gi.

## Behandling

Konservativ behandling dreier seg primært om fysioterapi. Målet er å styrke skulderbuens muskulatur for å stabilisere leddet. Man søker med økt muskelstyrke og muskelkoordinasjon rundt leddet å kompensere stabilitet som leddleppen og ligamentene ikke lenger kan gi. Rehabiliteringen tilpasses den enkelte pasient og deres aktivitetsnivå.

**Fysioterapi** vil fokusere på følgende program:

Direkte etter skaden (akutfasen, noen dager) vil man fokusere på smertelindrende fysioterapi som avlastning i fatle, elektroterapi, is/varme, akupunktur, tape etc. Deretter (i rehabiliteringsfasen) vil man søke å gjenvinne full bevegelse i skulderleddet samt kontroll på hele skulderbuen. Dette kan gjøres med øvelser hvor man avlaster armens vekt i en slynge for deretter å øke belastningen i mer utfordrende utgangsstillinger etter hvert. I tilstøtende områder som nakke og rygg bør man også sørge for god funksjon, og det kan være behov for manuellterapi (for eksempel massasje, tøying, manipulasjon) for å oppnå dette.

Den videre opptreningen (treningsfasen) avhenger av hvilket aktivitetsnivå pasienten skal tilbake til, men hovedfokus i opptreningen vil være å øke muskelstyrke og kontroll rundt skulderleddet og skulderbladet.

**Rehabilitering ved konservativ behandling** vil som regel ta fra 6-8 uker til 3 – 6 måneder.

**Kirurgisk behandling** vil rette seg mot å reparere skaden som oppstod i forbindelse med den akutte skulderlucksjon. I prinsippet blir leddleppen festet til skålen og leddkapsel og ligamenter likeledes festet, eventuelt strammet opp. Den kirurgiske behandling kan enten utføres ved en åpen kirurgisk prosedyre eller ved en artroskopisk metode (kikkehullskirurgi). Prinsippet for behandling er den samme ved begge metoder og resultatene er gjennomgående gode med mellom 80 – 90 % suksessrate. Operativ behandling er altså ingen garanti for at skulderen ikke kan luksere på ny,

## Komplikasjoner

Komplikasjoner til denne type kirurgi kan være infeksjon, nerveskade, blodpropp og tilstivning i skulder. Man ønsker ved operasjon å begrense skulderkulens mulighet for å bevege seg fremover i skålen. Dette kan resultere i tap av utadrotasjon. I noen situasjoner gir dette seg med trening og tid, i andre situasjoner blir det en permanent bevegelsesinnskrenkning.

## Rehabilitering

Etter kirurgisk behandling vil man vanligvis benytte fatle dag og natt i 4 – 6 uker. Dette for å gi de reparerte strukturer i skulder en best mulig sjanse for å tilhele. Imidlertid vil man i denne periode måtte ta armen ut av fatle flere ganger daglig og gjøre enkle skulderøvelser, samt øvelser for å ivareta bevegelse i albue og håndledd. Aktiv fysioterapi begynner vanligvis etter 4 uker og man vil i løpet av ytterligere 4 uker ta sikte på å gjenvinne full bevegelse. Aktiv sport og kontaktsport kan gjenopptas etter 3-6 måneder.