

Informasjon til fysioterapeuter: tips til ikke-operativ behandling av pasienter med frossen skulder

Dette er informasjon til fysioterapeuter som har fått henvist pasienter med frossen skulder. Frossen skulder er en tilstand der pasienten får en smertefull og innskrenket aktiv og passiv bevegelighet i glenohumeralledet. Leddkapselen fortykkes og blir strammere. Ved primær idiopatisk form vet man ikke årsaken til at frossen skulder oppstår. Ved sekundær frossen skulder finnes en utløsende årsak til plagene.

Frossen skulder er en tilstand som i de fleste tilfeller går over av seg selv og ikke trenger operativ behandling.

Det naturlige forløpet ved frossen skulder er delt inn i 3 hovedfaser:

- **Inflammasjonsfase:** Smerte og verk med gradvis økende stivhet i glenohumeralledet. Nattsmerter. Vansker med bevegelser i ytterstilling. Forventet varighet i 3-6 måneder.
- **Fryst fase:** Stivhet i skulderleddet. Smerte og verk avtar gradvis. Forventet varighet 3-12 måneder.
- **Opptiningsfase:** Gradvis økende bevegelsesutslag. Lite smerte. Forventet varighet i 6-12 måneder.

Studier tyder på at øvelser og aggressiv fysioterapi i første og andre fase kan forsterke plagene. Øvelser og bevegelser som øker smertene skal derfor unngås. Informasjon, øvelser og bevegelser innen smertegrensen og eventuelt smertestillende anbefales i denne perioden. Det er ofte aktuelt med peroral eller intraartikulær kortisonbehandling eller utvidelse av leddkapsel med væske under trykk kombinert med intraartikulær kortison – distensjonsartrografi. Etter gjennomført behandling ser man ofte en gjenværende stivhet, men redusert smerte. Pasienten kan da behandles mer aggressivt, tilsvarende pasienter i opptiningsfase. Hos noen få pasienter er det indikasjon for operativ behandling, kapsulotomi.

Vi anbefaler kriteriebasert fremfor tidsbasert opptrening. De ulike fasene må tilpasses individuelt.

Inndeling i faser med mål og forslag til tiltak bygger på Axelina sitt helhetskonsept for diagnose, utredning og behandling av skulderlidelser (<http://www.axelina.com/>)

| Fase 1: Inflammasjonsfase | |
|----------------------------------|--|
| Mål | <ul style="list-style-type: none"> • Pasient skal være godt informert om tilstanden og behandlingsplanen • Reduksjon av smerte • Gjenopprette fysiologisk utgangsstilling (et viktig utgangspunkt for hensiktsmessig muskulært samspill) • Vedlikeholde så god bevegelighet og funksjon som mulig i skulder uten å provosere smerte |
| Tiltak | <ul style="list-style-type: none"> • Informasjon om tilstand og naturlig forløp • Informasjon om at pasient skal bruke armen til daglig aktivitet til smertegrensen • Utprøving av gode hvilestillinger • Utprøving av lindrende effekt av kulde eller varme • Bevisstgjøring av kroppsholdning og dens betydning for skulderfunksjon (dette er grunnlaget for all videre trening, viktig at pasient får en gunstig scapulaposisjon og kontakt med scapulastabiliserende muskulatur) • Øvelser for å fremme sirkulasjon og avspenning (f.eks. pendeløvelser) • Bløtvevsbehandling av stram og smertefull muskulatur som ubehandlet kan forverre smerte og stivhet (f.eks. kan muskulatur som utgjør bakre akselhule og mm.pectoralis minor og levator scapulae være korte og stramme) • Kall gjerne pasienten inn jevnlig for å overvåke tilstanden, gjenta informasjon og svare på spørsmål fra |

| |
|--|
| pasient |
| Pasient er klar for neste fase når |
| <ul style="list-style-type: none"> Han/hun ikke har hvilesmerter Han/hun har ingen/mild aktivitetssmerter |
| Fase 2: Fryst fase |
| Mål |
| <ul style="list-style-type: none"> Ytterligere smertereduksjon God scapulakontroll (pasient skal kunne aktivere og holde kontraksjon av scapulastabiliserende muskulatur) Økt bevegelighet i glenohumeralledd ettersom smertene avtar (mot slutten av fryst fase) |
| Tiltak |
| <ul style="list-style-type: none"> Avlastet bevegelsestrening til smertegrense Øvelser for å bevisstgjøre/aktivere scapulas stabiliserende muskulatur i ulike utgangsstillinger (tape og speil kan være gode hjelpemidler) |
| Pasient er klar for neste fase når |
| <ul style="list-style-type: none"> Aktiv bevegelse skjer tilnærmet uten smerte Bevegelse gradvis øker |
| Fase 3: Opptiningsfase |
| Mål |
| <ul style="list-style-type: none"> Normal eller tilnærmet normal passiv og aktiv bevegelse i glenohumeralleddet God bevegelseskvalitet (optimalisere funksjonsrekkefølge) Normalisering av funksjon i skulder Økt muskelstyrke og utholdenhet |
| Tiltak |
| <ul style="list-style-type: none"> Tøying i alle retninger der bevegelsen er redusert Aktive øvelser i alle bevegelsesretninger med tilpasset avlastning eller belastning Utholdenhets- og styrketrening for rotatorcuff og scapulastabiliserende muskulatur Øvelser som utfordrer nevro-muskulær koordinasjon |
| Pasient er klar for neste fase når |
| <ul style="list-style-type: none"> Han/hun er smertefri Han/hun har normal eller tilnærmet normal aktiv bevegelse i skulder med god bevegelseskvalitet |
| Fase 4 |
| Mål |
| <ul style="list-style-type: none"> Forberede pasient spesifikt på de utfordringene skulderen vil bli utsatt for i yrke, fritid, idrett Forebygging andre skulderplager |
| Tiltak |
| <ul style="list-style-type: none"> Aktivitets- og idrettsspesifikk trening (for eksempel trening av styrke, utholdenhet, hurtighet/power, stabilitet, koordinasjon og ulike former for kastøvelser) |

Dosering: Fokuset i treningen skal hele tiden være kvalitet i bevegelse fremfor kvantitet (antall repetisjoner). Aktivitet og trening som provoserer smerte skal unngås i 1. og 2. fase. I 2. og 3. fase skal øvelser som for eksempel handler om innbaning av rett bevegelsesmønster gjøres til målet er nådd, pasienten blir sliten og/eller kompensasjoner blir synlige. Sirkulasjonstrening kan gjøres med mange repetisjoner (for eksempel 15-20 repetisjoner i 3 serier) fire til fem ganger om dagen. Etter hvert som fokuset endres mot styrketrening i tredje fase bør antall repetisjoner reduseres og belastning økes. Den optimale doseringen av motstand er fortsatt uklar. Smerte eller utmattelse kan brukes som guide i valg av øvelser og dosering, men i litteraturen konkluderes det ikke om hvor mye eller lite smerte man skal trene med.

Med vennlig hilsen fysioterapeutene ved kirurgisk seksjon

Tlf. 55 97 86 10

E-post: skulder@haraldplass.no

Referanser:

1. Axelina sitt helhetsskonsept for diagnose, utredning og behandling av skulderlidelser:
<http://www.axelina.com/>

2. Diercks RL, Stevens M (2004) Gentle thawing of the frozen shoulder: a prospective study of supervised neglect versus intensive physical therapy in seventy-seven patients with frozen shoulder syndrome followed up for two years. *Shoulder Elbow Surg.* 2004 Sep;13(5):499-502.
3. Lund, G, Seljom, US, Moosmayer, S, Haldorsen, B & Svege, I (2013) *Skulderfysioterapi – teori og praksis.* Legeforlaget AS.
4. Sneppen O, Büniger C, Hvid, I & Søballe, K (2014) *Ortopædisk kirurgi.* 8. utg. Fagl's Forlag