

Informasjon til fysioterapeuter: tips til opptrening av pasienter som har gjennomgått artroskopisk subacromial dekompresjon.

Operasjon:

Det gjøres en reseksjon av bursa subacromialis og eventuelt reseksjon av laterale acromionkant. Eventuelle traksjonsosteofytter fjernes. Ved artrose i acromioclaviculærleddet kan det gjøres en reseksjon av laterale clavikulaende.

Restriksjoner:

Det finnes ingen absolutte restriksjoner etter denne typen operasjon. Arbeid med armen i eller over skuldernivå, ensidig og/eller tungt arbeid anbefales ikke de første 10-12 ukene. De fleste pasienter skal ikke bruke fatle, men en enkel fatle kan brukes ved behov i noen dager om pasienten har mye smerte. Forsert mobilisering bør unngås for å forebygge en postoperativ betennelsestilstand. *Les alltid den enkelte pasients operasjonsbeskrivelse da andre restriksjoner kan være angitt.*

Fysioterapitiltak ved Haraldsplass Diakonale sykehus i forbindelse med operasjon:

- Preoperativ og/eller postoperativ informasjon og gjennomgang av hjemmeøvelser

Postoperative kontroller ved Haraldsplass Diakonale sykehus:

- Poliklinisk kontroll etter 3-4 måneder, vanligvis hos fysioterapeut
- Kontakt ortopedisk poliklinikk på et tidligere tidspunkt ved manglende bedring etter operasjon eller mistanke om komplikasjoner

Etter operasjon er det naturlig å kjenne noe ubehag/smerte ved trening. Da smerte kan hemme riktig aktivering av muskulatur er det ugunstig å trene med mye smerte. Pasienter som har smerte bør ta smertestillende før trening/behandling de første to ukene etter operasjon. En rettesnor om akseptabelt nivå ved trening er at smertene i løpet av noen timer etterpå ikke overstiger smertenivået før treningen. Hvis pasienten får smerte som begrenser treningen skal det forsøkes å endre utgangsstillingen/belastning/antall repetisjoner/hastighet eller bevegelsesutslag i øvelsen.

Vi anbefaler kriteriebasert fremfor tidsbasert opptrening. De ulike fasene må tilpasses individuelt og krever tett oppfølging fra fysioterapeut.

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 (ca. 0-2 uker)	
Mål	• Pasient skal være godt informert om operasjonen og behandlingsplanen • Reduksjon av smerte • Motvirke stivhet i skulderen • Gjenopprette fysiologisk utgangsstilling (et viktig utgangspunkt for hensiktsmessig muskulært samspill) • Økt assistert bevegelsesutslag om dette er redusert
Tiltak	• Informasjon om operasjon og anbefalt opptrening (motivere for hjemmeøvelser) • Informasjon om avlastning og gode hvilestillinger • Kulde • 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 kan hindre gunstig holdning og bevegelsesmønster (mm. pectoralis minor og levator scapula er ofte korte og stramme) • Øvelser for å øke fleksibilitet i thoracalcolumna i tilfeller der stivhet eller forøket thoracalkyfose kan være medvirkende til subacromial impingement • Øvelser for å aktivere/trene scapulas stabiliserende muskulatur i ulike utgangsstillinger (tape og speil kan være gode hjelpemidler) • Avlastede øvelser i scapulas plan for å bane inn gunstig bevegelsesmønster (for eksempel ved hjelp av terapeuts hender, i slynge, med strikk eller trinse)
Pasient er klar for neste fase når • Hvileverk er redusert • Pasient har scapulakontroll • Pasient har gjen vunnet omtrent 150° aktivt assistert fleksjon i skulderleddet
Fase 2 (ca. 2-6 uker)
Mål • God scapulakontroll (pasient skal kunne aktivere og holde kontraksjon av scapulastabiliserende muskulatur) • Tilfredsstillende aktivt og passivt bevegelsesutslag med god bevegelseskvalitet (optimalisere funksjonsrekkefølge)
Tiltak • Sirkulasjonsøvelser • Læring av gunstig bevegelsesmønster (gjørne i rygg- eller sideliggende med armen i slynge og hjelp av terapeuts hender til riktig aktivering av muskulatur) • Trening av scapulas stabiliserende muskulatur (Tips: begynn med lett motstand for midtre/nedre trapezius, rhomboidene og serratur anterior, og samtidig lateralrotasjon i glenohumeralleddet for å stimulere god scapulakontroll) • Dynamisk trening av rotatorcuffmuskulatur, gjørne i lukket kjede (aktuelle hjelpemidler kan være ball, strikk og slynge) • Isometrisk trening av rotatorcuffmuskulatur
Pasient er klar for neste fase når • Aktiv bevegelse skjer tilnærmet smertefritt • Normalt aktivt bevegelsesutslag skjer med riktig bevegelsesmønster
Fase 3 (ca. 6-12 uker)
Mål • Økt muskulær utholdenhet • Økt muskulær styrke • Normal koordinasjon
Tiltak • Utholdenhets- og styrketrening for rotatorcuff og scapulastabiliserende muskulatur • Dynamisk trening av rotatorcuffmuskulatur (unngå belastning i ytterstilling, jobb både konsentrisk og eksentrisk) • Øvelser som utfordrer nevro-muskulær koordinasjon
Pasient er klar for neste fase når • Pasient ikke har kliniske funn • Pasient er smertefri
Fase 4 (ca. etter 3 måneder)
Mål • Forberede pasient spesifikt på de utfordringene skulderen vil bli utsatt for i yrke, fritid, idrett • Forhindre tilbakefall av plager
Tiltak • 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). Øvelser som for eksempel handler om innbaning av rett bevegelsesmønster gjøres til målet er nådd, pasient blir sliten og/eller kompensasjoner blir synlige. Sirkulasjonstreningen i fase 1 kan gjøres med mange repetisjoner (for eksempel 15-20 repetisjoner i 3 serier) fire til fem ganger om dagen. Etter hvert som fokuset i treningen endres mot styrketrening 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 når det gjelder hvor mye eller lite smerte man skal trene med.

Med vennlig hilsen fysioterapeutene kirurgisk seksjon

Tlf. 55 97 86 10

E-post: skulder@haraldplass.no

Referanser:

1. Axelina sitt helhetskonsept for diagnose, utredning og behandling av skulderlidelser:
<http://www.axelina.com/>
2. Helsebiblioteket (2016): Subacromiale smerter – fysioterapi. Utgitt av Martina Hansens Hospital. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/fysioterapi-for-subakromiale-smerter>
3. Lund, G, Seljom, US, Moosmayer, S, Haldorsen, B & Svege, I (2013) Skulderfysioterapi – teori og praksis. Legeforlaget AS.
4. Coghlan JA, Buchbinder R, Green S, Johnston RV & Bell SN (2008) Surgery for rotator cuff disease. Cochrane Database of Systematic Reviews (1) 2008.
5. Holmgren T, Hallgren H, Öberg H, Adolfsson L & Johansson K (2014) Effect of specific exercise strategy on need for surgery in patients with subacromial impingement syndrome: randomized controlled study. Br J Sports Med 2014;48:1456-1457.