

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

Operasjon:

Artroskopisk tilgang til leddet. Coracohumeralligamentet fjernes ned til coracoid og leddkapselen deles som oftest 360° like lateralt for labrum. Deretter tar operatør ut bevegeligheten i alle retninger i skulderen. Da kan ytterligere adheranser løsne. Rutinemessig gjennomføres ikke skopi av subacromialrom, men hos pasienter med postoperativ kapsulitt eller der andre årsaker gir mistanke om subacromiale adheranser utføres dette.

Restriksjoner:

Det finnes ingen restriksjoner etter denne typen operasjon. Det er derimot avgjørende at pasienten tidlig starter med intensiv bevegelsestrening og fysioterapi der skulderens bevegelsesutslag blir tatt ut i alle retninger flere ganger om dagen. Følg alltid den enkelte pasients operasjonsbeskrivelse.

Fysioterapitiltak ved Haraldsplass Diakonale sykehus i forbindelse med operasjon:

- Preoperativ og/eller postoperativ informasjon og gjennomgang av hjemmeøvelser (pasient får råd om å bestille time hos fysioterapeut så snart operasjonsdato foreligger)
- Postoperativt blir pasientene inneliggende i 1-2 dager for smertelindring og tett oppfølging av fysioterapeut

Postoperative kontroller ved Haraldsplass Diakonale sykehus:

- Poliklinisk kontroll etter 2 uker og 3-4 måneder, vanligvis hos fysioterapeut
- Kontakt ortopedisk poliklinikk på et tidligere tidspunkt ved manglende bedring etter operasjon eller mistanke om komplikasjoner

Opptreningen etter en kapsulotomi er spesiell fordi det umiddelbart etter operasjonen er viktig å ta ut passiv og aktiv bevegelse i skulderleddet – selv om pasienten har smerter. Optimalisert smertelindring, nøye informasjon og tett oppfølging av fysioterapeut er avgjørende for at behandlingen skal lykkes.

Videre fra postoperativ fase 2 gjelder anbefalingene som ved annen opptrening etter skulderoperasjon: Det er naturlig å kjenne noe ubehag/smerter ved trening. Da smerter kan hemme riktig aktivisering av muskulatur er det ugunstig å trene med mye smerte. Pasienter som har smerte bør ta smertestillende før trening/behandling. 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. 0-3 uker)	
Mål	• Pasient skal være godt informert om operasjonen og behandlingsplanen • Optimalisert smertelindring som tillater tilnærmet fulle passive bevegelsesutslag • Motvirke at skulderen stivner til igjen • Full eller tilnærmet full passiv og aktiv assistert bevegelse i skulderen • Gjenopprette fysiologisk utgangsstilling (et viktig utgangspunkt for hensiktsmessig muskulært samspill)

Tiltak	
• Informasjon om operasjon og anbefalt opptrening • Informasjon om hvilestillinger og at pasient skal bruke armen til daglig aktivitet • 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) • Ta ut passivt bevegelsesutslag i alle retninger • Tøyning i ytterstilling • Manuell mobilisering/tøyning av leddkapsel og lette traksjoner • Øvelser for å øke aktiv assistert bevegelighet • 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)	
Pasient er klar for neste fase når	
• Pasient ikke har hvilesmerter • Pasient har scapulakontroll • Pasient har gjenvunnet omtrent 80 % av bevegelsesutslaget som ble oppnådd under operasjonen	
Fase 2 (ca. 3-6 uker)	
Mål	
• God scapulakontroll (pasient skal kunne aktivere og holde kontraksjon av scapulastabiliserende muskulatur) • Tilfredsstillende aktivt og passivt glenohumeralt bevegelsesutslag med god bevegelseskvalitet (optimalisere funksjonsrekkefølge)	
Tiltak	
• Læring av gunstig bevegelsesmønster (gjørne i rygg- eller sideliggende med armen i slynge og hjelp av terapeuts hender til riktig aktivering av muskulatur) • Tøyning om pasient fortsatt har stivhet i skulderen • Øvelser for å øke aktiv bevegelighet i skulderen (NB! Sjekk evne til selektiv glenohumeral bevegelighet) • Trening av scapulas stabiliserende muskulatur (Tips: begynn med lett motstand for midtre/nedre trapezius, rhomboidene og serratur anterior, og samtidig lateralrotasjon i glenohumeralledet 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. uke 6-12)	
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 nevromuskulær koordinasjon	
Pasient er klar for neste fase når	
• Pasient ikke har kliniske funn • Pasient er smertefri	
Fase 4 (ca. etter 3-4 måneder)	
Mål	
• Forberede pasient spesifikt på de utfordringene skulderen vil bli utsatt for i yrke, fritid, idrett • Forebygge andre skulderplager	
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, 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 helhetskonsept 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, Bünger C, Hvid, I & Søballe, K (2014) Ortopædisk kirurgi. 8. utg. Fagl's Forlag