

SOF-dagar i Varberg, 28 aug. 2006

En sammanfattning av en kommande artikel

Författare:

Lena Virta, sjukgymnast
Tanums primärvård
Hedegården
457 30 Tanumshede
Tel: 0525/18570
e-mail: lena.virta@vgregion.se

Mona Mortensen, sjukgymnast
Fysioterapiavd.
Ullevål Universitetssykehus
Oslo
Tel: 0047 22119714
mona.mortensen@ullevaal.no

”Supervised exercises in relation to rotator cuff disease (impingement stages II and III). Retest of a treatment regimen with emphasis on its rationale”.

Bakgrund: En prospektiv kontrollerad studie utfördes vid ortopedkliniken vid Fredrikstad sjukhus i Norge 2004. I väntan på bedömning för operation, behandlades 97 konsekutivt utvalda patienter hos sjukgymnast enligt ett beskrivet program. Samtliga hade diagnosen impingement grad II eller III med rotatorcuff sjukdom och var remitterade av ortoped. Programmet hade tidigare använts i en studie av Brox m.fl 1993 (1) vid polikliniken för fysikalisk medicin, Ullevåls sjukhus i Oslo, och beskrevs i en artikel av sjukgymnasten Böhmer 1998 (2). Behandlingskonceptet har också använts vid en studie vid Uddevalla sjukhus (pågående), på samma patientgrupp. Frågeställningen i studien var om patienterna blev lika bra efter behandling i Fredrikstad som de blivit i Oslo? Hur skulle resultatet påverkas om urvalet skedde i löpande klinisk verksamhet och utan de exklusionskriterier som använts i Oslo? Studien genomfördes av Mona Mortensen, sjukgymnast, under ledning av ortoped Arne Nilsen. Lena Virta, sjukgymnast, har videofilmade delar av behandlingsarbetet för en annan studie. Det unika i konceptet är momentet motorisk inbanning för återinlärning av ett normalt rörelsemönster i skuldran då detta blivit stört.

Frågeställning: Kan sjukgymnastisk behandling enligt det beskrivna konceptet vara förstahandsval för patienter med rotatorcuffsjukdom?

Metod: Patienterna kom på 1 timmes övervakad träning, individuellt, två gånger i veckan, tills båda parter ansåg att det inte behövdes längre eller förbättring uteblev. Hemövningar gavs efterhand, individuellt utprovade. Resultaten lades in i dataprogrammet Fil Maker ProTM. UCLA-score användes som utvärderingsinstrument.

Den sjukgymnastiska träningen bygger på att minska det mekaniska trycket mot mjukdelar under acromion, att öka nutritionen i kollagen vävnad samt att återställa det normala rörelsemönstret i skuldran, om detta blivit stört. Träningen lades upp i fyra steg:

1. Inbanning av rätt rörelsemönster, dvs automatisera det ursprungliga neuromuskulära aktiveringsmönstret i rotatorkuffen i startfasen av lyft rörelsen, som av olika anledningar blivit stört. Tränas avlastat i slynga under manuell guidning av sjukgymnastens händer.
2. Stimulera kollagen vävnad genom töj och drag men utan belastning, alltså avlastad rörelse i slynga – och i rätt rörelsemönster.
3. Att kunna behålla rätt aktiveringsmönster även under aktivitet och belastning.
4. Successivt öka tåligheten för belastning, främst genom eccentric träning av supraspinatus och infraspinatus under samtidig scapulär stabilisering.

Resultat: 72 patienter (74%) genomförde behandlingen och av dessa avböjde 90 % operation. 70 % av dem som genomförde behandlingen blev bra (angav förnöjd eller mycket förnöjd) och ville rekommendera behandlingen till andra; 2 st svarade ”vet ej”. Hur länge symtomen varat hade ingen betydelse. Även de med symtom mer än 3 år blev hjälpta. De som hade sämst utgångsläge fick bäst funktionsförbättring. I genomsnitt gavs 11 behandlingar under knappt 2 månaders tid (genomsnitt). Dominant eller icke-dominant arm hade ingen betydelse; ej heller kön, ålder eller arbetstyngd.

Diskussion: Vi föreslår att funktionell träning enligt föreskriven modell ska vara förstahandsval för alla patienter med denna diagnos. Tillståndet är starkt relaterat till ålder och progredierar raskt efter 50-årsåldern. Det specifika inslaget i behandlingen med motorisk inlärning av rätt rörelsemönster har betydelse för resultatet. I många studier av impingement-patienter bortser man från det faktum som Kelly et al (3) beskrev helt nyligen. De fann statistisk signifikanta skillnader i det neuromuskulära aktiveringsmönstret runt skuldran hos patienter med respektive utan symtom med rupturer i rotatorkuffen. De påpekade att ”some patients with rotator cuff pathology adequately compensate for this while others do not, and this phenomenon is poorly understood in the orthopedic community”. Rimligtvis borde det vara de patienter med ett stört rörelsemönster som är svårast att rehabilitera, om man inte förstår problematiken. Det gäller också att komma ihåg, att kollagen vävnad inte ska belastas för läkning, utan rätt stimuli är töj och drag och att träning i det avlastade läget är ett utmärkt sätt att arbeta med båda dessa aspekter. Dessutom kan den muskulära imbalance i längd också utjämnas genom aktivering i viloläget, där muskulaturen spontant återtar sin optimala och ursprungliga längd (4). Då man uppnått rätt neuromuskulärt aktiveringsmönster börjar arbetet för att automatisera det. Efterhand kan svårighetsgrad och belastning ökas tills funktionen anses tillfredsställande och effekten kvarstående.

REFERENSER

1. Brox JI, Staff PH, Ljunggren AE, Brevik JI. Arthroscopic surgery compared with supervised exercises in patients with rotator cuff disease (stage II impingement syndrome). *Br Med J* 1993; 307: 899-903.
2. Böhmer A., Staff P.H., Brox J.I.: Supervised exercises in relation to rotator cuff diseases (impingement syndrome stages II and III): A treatment regimen and its rationale. *Physiotherapy Theory and Practice* 1998;14: 93-105.
3. Kelly, B.T., Williams R.J., Cordasco, F.A., Backus, S.I., Otis, J.C., Weiland, D.E., Altchek, D.W., Craig, E.V., Wickiewicz, T.L., Warren R.F.: Differential patterns of muscle activation in patients with symptomatic and asymptomatic rotator cuff tears. *J of Shoulder and Elbow Surgery*, 2005;14:165-171.
4. Comerford, M.J. and Mottram, S.L.: Movement and stability dysfunction – contemporary developments. A review article. *Manual Therapy*, 2001;6(1):15-26.

