

Skuldersmärtan vid neurologisk sjukdom eller skada

Bakgrund

Skuldersmärtan är en av de mest förekommande komplikationerna för patienter efter stroke och förekommer hos 50-80% av alla som drabbas. Problemet medför begränsningar för personen att utföra aktiviteter i det dagliga livet (1, 2). Bland personer som behandlas på en rehabiliteringsklinik och som är svårt skadade är incidensen 24%-64% (3). Skuldersmärtan är efter depression den vanligaste komplikationen efter stroke (4). Komplikationer påverkar rehabiliteringen och förlänger tiden för att återfå aktivitetsförmågor såsom påklädning och förflyttning. Skuldersmärtan behöver uppmärksammas vid behandling och omhändertagande av patienter med stroke (1, 4).

Skuldersmärtan utvecklas oftast mellan två veckor till flera månader efter stroke. Personer med behov av assistans vid förflyttningar löper större risk att utveckla besvären (5). Andra faktorer som har visat sig associerade med utveckling av skuldersmärtan är sublaxation, nedsatt muskelfunktion, spasticitet, nedsatt känsel och nedsatt rörelseomfång (3, 6). Smärtan upplevs initialt som en plötslig, intensiv smärta i ytterlägen flexion, abduktion och utåtrotation. Smärtan upplevs främst i slutet av rörelsebanan, då armen hänger utan stöd eller hålls i vissa lägen men det kan även upplevas som värk vid vila. Ju större problemen är desto mindre del av rörelsebanan kan utföras innan smärtan uppstår. Ofta förvärras problemen under en period för att sedan plana av och långsamt förbättras. I de flesta fall upphör smärtan efter 6 månader, men mer än 20 % av patienterna upplever mer ihärdiga och långvariga besvär (1, 7). Främst ses förbättring hos patienter med lätt eller medelsvår stroke och 20 % blir helt smärtfria (1). Faktorer som vänstersidig hemipares, frekvent återkommande smärta, nedsatt passivt uttag av abduktion fyra månader efter insjuknandet är prediktorer av långvarig skuldersmärtan efter stroke (3). Smärtan medför att det är svårare att upprätthålla passiv rörlighet med risk för utveckling av kontraktur i axelleden (4).

Trots att skuldersmärtan är den vanligaste formen av smärta efter stroke finns det ingen exakt definition av den eller någon konsensus kring dess karaktär eller lokalisering. En orsak är troligen att flera underliggande faktorer bidrar till utvecklandet och underhållande av besvären. Skuldersmärtan efter stroke associeras med nedsatt motorisk funktion och motorisk obalans i övre extremitet vilket kan leda till förändring i axelledens positionering samt till sublaxation. Sublaxation kan medföra översträckning av axelledens kringliggande mjuka vävnad.

Smärtproblemen kan vara orsakade av subacromiala eller capsulära inflammationer, tendinit, rotatorcuffskador, subscapulär hypertoni, muskulär smärta, central smärta eller en kombination av dessa problem. Sensoriska nedsättningar och nedsatt ledrörlighet har också visat sig vara förknippat med skuldersmärtan (3, 6, 8, 9).

Subluxation i axelleden förekommer ofta tillsammans med skuldersmärta men subluxation kan förekomma utan smärta och smärta kan förekomma utan subluxation (6, 8).

Skuldersmärta hämmar rehabiliteringsprocessen och har associerats med sämre resultat och förlängd sjukhusvistelse (8) samt begränsar patienternas dagliga liv efter stroke (1, 2). Förebyggande åtgärder och medvetenhet kring smärtande skuldra som potentiell komplikation möjliggör att problemet uppmärksammas och åtgärder vid behov sätt in i ett tidigt skede (4).

Indikationer för utredning

Patienter med stroke som uppvisar påverkan på muskelfunktion och/eller subluxation i skuldran på den påverkade sidan bör utredas. Smärta bör förebyggas och behandlas. Smärta kan hindra/begränsa träning av motorisk funktion och möjligheter att använda den hemiparetiska armen i vardagliga aktiviteter.

Utredning

För att bedöma behov av åtgärder görs en utredning neurologi enligt ICF.

Se mer information

Folkhälsa och sjukvård i Jönköpings län, vårdstöd, rehabilitering, medicinska områden, nervsystemets sjukdomar, utredning neurologi fysioterapi enl ICF.

Utred underlättande faktorer, nedsättningar och begränsningar av kroppsfunktion i bål, nacke, skuldra, axel, armbåge och handled samt aktivitetsfunktion ur ett helhetsperspektiv.

KVÅ-kod PG000

Kroppsfunktion

- Hållning samt symmetri i bäcken, bål och skuldra
- Subluxation – observation och palpation
- ROM - Rörelseomfång, aktivt och passivt
- Sensibilitet – Fugl-Meyer 0-2
- Muskelstyrka - 0-5 skala
- Isolerade rörelser
- Hypotonus
- Spasticitet - Mod. Ashworth skala 0-5
- Palpationssmärta
- Upplevd smärta – VAS

Aktivitet och delaktighet

- Patient-specifik funktionell skala PSFS (0-10)
- M MAS

Indikationer för behandlingsåtgärder

När utredningen visar smärta och/eller instabilitet i skulderleden bör åtgärder initieras.

Behandlingsåtgärder

Åtgärder ska i första hand vara preventiva för att förhindra smärta, funktions- och aktivitetsproblem. Preventiva åtgärder har stor betydelse för att minska risken att utveckla skuldersmärta. Ett interprofessionellt omhändertagande behövs (2, 9, 10). Var uppmärksam på bålens och skuldrans position vid förflyttningar och personlig vård. Undvik passiva drag eller trauma i axeln. Skydda och understöd skuldran. När skuldersmärta föreligger används åtgärderna som vid prevention tillsammans med åtgärder för att minska smärtan.

Preventiva och behandlande åtgärder

Åtgärder för att minska sublaxation samt uppnå stabilitet

- Eftersträva symmetrisk hållning i sittande, stående och gående (11).
KVÅ-kod QM005
- Viloposition för bål och skuldra i alla positioner (6, 8, 9). Eftersträva ledernas neutralpositioner och smärtfria lägen.
Se mer information
Folkhälsa och sjukvård i Jönköpings län, vårdstöd, rehabilitering, program och riktlinjer, vilopositioner.
Om axelleden positioneras utåtroterad kan kontraktur i axelleden förebyggas (11, 12). Använd t ex rullstolsbord, positionskudde eller armstöd vid sittande i rullstol (8).
KVÅ-kod QM004
- Subluxationsortos för att minska sublaxation och förbättra skuldrans position (6, 8). Ortos används framför allt vid förflyttningar och gång eller vid vilosmärta. När muskeltonus förbättras och vilosmärtan minskar bör ortosen användas mindre för att stimulera muskelfunktion, stimulera användning av påverkad arm/hand i aktiviteter samt för att undvika inskränkt utåtroteration (8, 11).
KVÅ-kod QT004-006
- Tejpning (strapping) kan användas för att förhindra skuldersmärta framför allt de första 3-5 dagarna (6). Kan även användas tillsammans med ortos.
KVÅ-kod QT004
- Utbildning av personal och anhöriga (2, 8).
KVÅ-kod QV001

Åtgärder för att stimulera och bibehålla rörlighet

- Bibehåll passiv rörlighet i mjukdelar med aktivt, passivt rörelseuttag och töjning i axelns alla rörelseriktningar samt mobilisering av scapula. Tänk särskilt på att stabilisera och rotera scapula och caput humeri vid flexion och abduktion vid rörelseuttag över 90° (8, 11) Tänk särskilt på töjning av m. subscapularis (4). Reducera vid behov spasticitet före rörelseuttag (8).
KVÅ-kod QG001
- Aktivera och stimulera till att använda armen i aktiviteter. Träna muskelfunktion i skuldra, arm, bålrotationer samt bålbalans (6, 11). Stimulera muskelfunktion genom t ex neuromuskulär facilitering (PNF, Brunnström, Bobath), aktiv rörelseträning, styrketräning och elektrisk stimulering. Funktionell Elektrisk Stimulering FES med t ex NMES kan

användas både för att förebygga och för att behandla sublaxation och smärta (8). Vanligaste musklerna är supraspinatus och deltoideus posterior eftersom de har betydelse för skuldrans hållningsposition. FES har visat sig kunna reducera sublaxation under den första månaden efter stroke (6). Avlastad träning t ex med armarna på bord alternativt i varm bassäng (2). KVÅ-kod QM014 och QG003

Åtgärder för att minska smärta

- Avlastning med ortos i smärtfritt läge. Används särskilt vid vilovärk och om skuldran smärtar vid gång och förflyttningar (6, 11)
KVÅ-kod QB008
- TENS - lågfrekvent över m. supraspinatus och m. deltoideus (7), högfrekvent kring det smärtande området.
KVÅ-kod QB011
- Akupunktur
KVÅ-kod QB011
- Hot pac/Cool pac (4)
KVÅ-kod QB011
- Aktiv och/eller passiv rörelseträning i bassäng, särskilt vid neurogen smärta (4)
KVÅ-kod QB008
- Avspänning
KVÅ-kod QB008
- Läkemedel mot spasticitet t ex Botulinumtoxin i kombination med individanpassade åtgärder för att minska smärta, förbättra rörlighet och aktivitetsförmåga (7, 9).
- Läkemedel mot smärta kan provas vid vilosmärta om andra metoder inte hjälper (8). Det brukar dock inte vara verksamt vid rörelseutlöst smärta.
- Läkemedel mot inflammation Corticosteroid injektioner (7). Används ytterst försiktigt med tanke på biverkningar med försvagning av rotatorcuffen (8).

Socialstyrelsens prioritering enligt nationella riktlinjer för strokesjukvård 2020 (1-10):**Prioritet 3**

Uppgiftsspecifik träning vid nedsatt motorisk förmåga och nedsatt ADL-förmåga.
Sensorisk stimulering med TENS vid skuldersmärta.
Avlastande hjälpmedel för armen vid skuldersmärta.
Praktisk handledning och träning för närstående.

Prioritet 4

Spegelterapi vid nedsatt motorik i arm och hand.

Prioritet 5

Sensorisk stimulering med TENS

Prioritet 9

Funktionell elektrisk stimulering vid skuldersmärta.

Risker/kontraindikationer

Åtgärderna ska följa gällande rutiner och föreskrifter (t.ex. avvikelserapportering). Fysioterapeut/sjukgymnast ska agera för patientsäker vård tillsammans med övriga teamet. De risker som kan förekomma om åtgärder inte utförs är t.ex. smärta, kontrakturer, felställning av led och nedsatt funktion och aktivitetsförmåga.

Undvik (8)

- Att träna med t ex ”sussy-slynga” (overhead pulleys)
- Att dra i armen vid personlig vård och förflyttningar
- Att lyfta armen med humerus och scapula i instabil position.
- Att ha armen hängande eller ”utom kontroll”
- Att sätta nålar i den afficerade armen

Mätetal och målnivå

Mätmetoder och mål som används bestäms efter patientens individuella behov. Mål och mätetal kan formuleras på respektive klinik.

Referenser

1. Lindgren I, Jonsson AC, Norrving B, Lindgren A. Shoulder pain after stroke: a prospective population-based study. *Stroke*. 2007;38(2):343-8.
2. Lindgren I, Gard G, Brogardh C. Shoulder pain after stroke - experiences, consequences in daily life and effects of interventions: a qualitative study. *Disabil Rehabil*. 2018;40(10):1176-82.
3. Lindgren I, Lexell J, Jonsson AC, Brogardh C. Left-sided hemiparesis, pain frequency, and decreased passive shoulder range of abduction are predictors of long-lasting poststroke shoulder pain. *PM & R : the journal of injury, function, and rehabilitation*. 2012;4(8):561-8.
4. McLean DE. Medical complications experienced by a cohort of stroke survivors during inpatient, tertiary-level stroke rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil*. 2004;85(3):466-9.
5. Sackley C, Brittle N, Patel S, Ellins J, Scott M, Wright C, et al. The prevalence of joint contractures, pressure sores, painful shoulder, other pain, falls, and depression in the year after a severely disabling stroke. *Stroke*. 2008;39(12):3329-34.
6. Paci M, Nannetti L, Rinaldi LA. Glenohumeral subluxation in hemiplegia: An overview. *J Rehabil Res Dev*. 2005;42(4):557-68.
7. Viana R, Pereira S, Mehta S, Miller T, Teasell R. Evidence for therapeutic interventions for hemiplegic shoulder pain during the chronic stage of stroke: a review. *Top Stroke Rehabil*. 2012;19(6):514-22.
8. Turner-Stokes L, Jackson D. Shoulder pain after stroke: a review of the evidence base to inform the development of an integrated care pathway. *Clin Rehabil*. 2002;16(3):276-98.
9. Wilson RD, Chae J. Hemiplegic Shoulder Pain. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2015;26(4):641-55.
10. Coskun Benlidayi I, Basaran S. Hemiplegic shoulder pain: a common clinical consequence of stroke. *Practical neurology*. 2013.

11. Griffin C. Management of the hemiplegic shoulder complex. *Top Stroke Rehabil.* 2014;21(4):316-8.
12. Ada L, Goddard E, McCully J, Stavrinos T, Bampton J. Thirty minutes of positioning reduces the development of shoulder external rotation contracture after stroke: a randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil.* 2005;86(2):230-4.