

Rotator Cuff syndrom

Definition

Et klinisk defineret syndrom karakteriseret ved regionale smerter lokaliseret til skulderrundingen i kombination med klinisk tegn til formodet rotator cuff patologi. Smerterne forværres typisk ved aktive bevægelser/belastning og kan medføre funktionsforringelse. Andre betegnelser for samme sygdomsbillede: rotator cuff tendinitis, subakromial smertesyndrom, impingementsyndrom¹

Diagnostiske kriterier

Der findes ikke entydige diagnostiske kriterier. Almindeligvis kræves karakteristisk smerteudbredelse i kombination med smerteprovokation ved kliniske manøvre rettet mod rotator cuff patologi samt udelukkelse af andre skulderlidelser (periarthrose, funktionel instabilitet) og refererede smerter fra nakken. Værdien af billeddiagnostiske undersøgelser anses for uafklaret²

Incidens/prævalens

Konsultation for "shoulder disorders" i almen sektor, Holland 2001 varierer fra ca. 9/1000 personår blandt yngre voksne til 19/1000 blandt middelaldrene og ældre³. I en tidligere undersøgelse i almen praksis fandtes 29% af patienter med skuldersymptomer at opfylde kriterier for sygdommen⁴.

I 2003 blev der udført 4219 (ca. 1/1000 personår) elektive skulderoperationer på danske hospitaler^{5;6}

Arbejdsrelateret ætiologi

Især kombinationer af kraftkrav, repetitive skulderbevægelser og statiske belastninger over skulderleddet anses for risikofaktorer⁷. Den epidemiologiske evidens er baseret på tværsnitsundersøgelser, hvor man i kontrolgrupper finder prævalenser fra knap 1-9% og i eksponerede grupper, typisk industriansatte (fiskeindustri, slagterier, pakkere, syersker) eller håndværkere (svejsere, malere) på mellem 4 og 31%, med væsentlig forøgede risikoestimer i de fleste studier. Enkelte studier har fundet eksponerings-respons sammenhænge til armelevation, kraftkrav og antal års eksponering⁸⁻¹⁰

Anden ætiologi

Sport (tennis, svømning, håndbold). Tidligere skuldertraumer.

Individuel sårbarhed

Ud fra teoretiske overvejelser om patofysiologiske mekanismer mistanke til, at anatomiske forhold med betydning for rotator cuffens pladsforhold herunder osteofytter, akromions form og forringet dynamisk stabilitet kan være disponerende¹¹.

Udredning og rådgivning

Eksponerings art og omfang

Arbejdsfunktioner beskrives med hensyn til opgaver, vægt på håndterede byrder og cyklustider og de fysiske skuldereksponeringer kraftkrav, armstilling- og bevægelser søges karakteriseret ved både intensitet, daglige udstrækning og samlet varighed (år).

Skulderrelevante sportsaktiviteter.

Helbred

Baseret på Brox1:

Anamnestisk søges smerterne karakteriseret med hensyn til lokalisation, debut (typisk snigende og gradvist tiltagende), smerteintensitet og varighed, provokerende faktorer, funktionspåvirkning på arbejde og i fritid. Tidligere udredninger og behandlinger beskrives og dokumenteres. Patientens opfattelse af tilstanden og forventninger søges klarlagt. Vær opmærksom på udelukkelse af anden underliggende sygdom, almensymptomer og tidligere traumer.

Klinisk observeres smerteadfærd, om armen beskyttes, og om der er problemer ved af og påklædning.

Specifikt ses efter hævelser og efter supra- og infraspinatusatrofi. Den aktive bevægelighed undersøges, og hvis påvirket undersøges den glenohumerale bevægelighed med fikseret scapula.

Et eller flere positive impingementtegn (f.eks. Neers' eller Hawkins' tegn) i kombination med smerter/svækkelse ved isometrisk udadrotation og abduktion er afgørende for diagnosen. Smertelindring ved gentaget provokation efter subakromial blokade øger den diagnostiske sandsynlighed men udføres ikke aktuelt på AMK.

Ved periarthrosis humeroscapularis skal man finde betydelig (>50%) reduceret glenohumeral abduktion såvel som udadrotation sammenholdt med modsidige skulder.

Ved funktional instabilitet vil smerterne ofte registreres ved bestemte bevægelser (kast og kraftudøvelse med armen abduceret og udadroteret) og kan klinisk reproduceres og evt. fremkalde afværgereaktion ved abduktion/udadrotations bevægelser (apprehension/relocation test).

Diagnosekoder

M 75.1

Prognose

50% af patienter med skulderproblemer i almen praksis har fortsat problemer efter 6 måneder og 40% efter 12 måneder. Der er et meget spinkelt grundlag for at udtale sig om prognostiske faktorer. Alder mellem 45-54 år og høj initial smerteniveau er muligvis klinisk betydende for prognosen (mindst fordoblet risiko for fortsat sygdom ved follow up). Kliniske, arbejds- og psykosociale forholds betydning har ikke haft betydning i de få undersøgelser hvor de indgik, men vurderes alt i alt som uafklarede¹².

Der er utilstrækkelig evidens for at kunne be- eller afkræfte gavnlige effekt af almindelig brugte behandlinger (NSAID, subakromial eller oral glucocorticosteroid, forskellige former for fysioterapi, aflastning eller kirurgi)¹³. Impingement bedres generelt ved ikke-operativ behandling. Ved fravær af tegn til akut ruptur anbefales 3-6 måneders fysiurgisk specifik optræning forud for arthroskopi¹⁴. Erhvervsprognosen ved de alvorligste tilfælde er relativ dårlig, med ca. 50% på overførselsindkomst efter 4 – 8 år¹⁵.

Rådgivning

Forholdsvis gode chancer for spontan bedring, som tilsyneladende ikke forringes af arbejdsforhold. Særlige skulderbelastninger bør dog reduceres eller undgås. Der er ikke holdepunkter for at bestemte behandlinger er bedre end andre, hvorfor en primær konservativ tilgang i form af information, undgåelse af unødvendig sygemelding, smertekontrol og vejledning i aktive skulderøvelser over 3-6 mdr. kan anbefales¹. Der bør formentlig som hovedregel udvises en vis tilbageholdenhed med kirurgisk behandling¹⁴.

Administrative forhold

Anerkendelseskriterier

Skader anmeldt før 01.01.2005 kan anerkendes ved længere tids statisk arbejde med hænderne over skulderhøjde og ved flere års kraftbetonet arbejde.

Skader anmeldt fra 2005 kan anerkendes ved repetitivt og kraftkrævende arbejde og statisk arbejde med armene løftet til mindst 60 grader (se ASK: vejledning om erhvervssygdomme).

At-vejledninger

[Ensidigt, belastende arbejde og ensidigt, gentaget arbejde.](#)

At-vejledning D.3.2, august 2002

Referencer

1. Brox JI. Regional musculoskeletal conditions: shoulder pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2003;17:33-56.
2. Dinnes J, Loveman E, McIntyre L, Waugh N. The effectiveness of diagnostic tests for the assessment of shoulder pain due to soft tissue disorders: a systematic review. *Health Technol Assess* 2003;7:1-166.
3. Bot SD, van der Waal JM, Terwee CB et al. Incidence and prevalence of complaints of the neck and upper extremity in general practice. *Ann Rheum Dis* 2005;64:118-123.
4. van der Windt DA, Koes BW, de Jong BA, Bouter LM. Shoulder disorders in general practice: incidence, patient characteristics, and management. *Ann Rheum Dis* 1995;54:959-964.
5. Sundhedsstyrelsen. Opgørelse af ventelisteoperationer, 1. halvår 2003. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen 2004.
6. Sundhedsstyrelsen. Opgørelse af ventelisteoperationer, 2. halvår 2003. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen 2004.
7. Svendsen SW, Frost P. Arbejdsrelaterede skulderlidelser. *Månedsskrift for praktisk lægegerning* 2004;757-767.
8. Frost P, Andersen JH. Shoulder impingement syndrome in relation to shoulder intensive work. *Occup Environ Med* 1999;56:494-498.

9. Frost P, Bonde JP, Mikkelsen S et al. Risk of shoulder tendinitis in relation to shoulder loads in monotonous repetitive work. *Am J Ind Med* 2002;41:11-18.
10. Svendsen SW, Bonde JP, Mathiassen SE, Stengaard-Pedersen K, Frich LH. Work related shoulder disorders: quantitative exposure-response relations with reference to arm posture. *Occup Environ Med* 2004;61:844-853.
11. Gomoll AH, Katz JN, Warner JJ, Millett PJ. Rotator cuff disorders: recognition and management among patients with shoulder pain. *Arthritis Rheum* 2004;50:3751-3761.
12. Kuijpers T, van der Windt DA, van der Heijden GJ, Bouter LM. Systematic review of prognostic cohort studies on shoulder disorders. *Pain* 2004;109:420-431.
13. Eijnisman B, Andreoli CV, Soares BG et al. Interventions for tears of the rotator cuff in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;CD002758.
14. Braman J, Flatow E. Arthroscopic decompression and physiotherapy have similar effectiveness for subacromial impingement. *J Bone Joint Surg Am.* 2005 Nov;87(11):2595.
15. Haahr JP, Andersen JHA. Exercises may be as effidient as subacromial decompression in patients with subacromial stage II impingement: 4-8-years´ follow-up in a prospective, randomized study. *Scand J Rheumatol* 2006;35:224-228.

Forfatter: Poul Frost, Århus, 2007

Referent: Jens Peder Haahr