

# Utfallsmål og behandling av frossen skulder med steroidinjeksjoner i allmennpraksis

*Satya P. Sharma, førsteamanuensis, Institutt for Global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen.*

*Hovedveileder: Anders Bærheim, professor emeritus. Forskningsenhet for allmennmedisin, Institutt for Global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen.*

*Biveileder: Alice Kvåle, professor, Fakultet for helse og sosialvitenskap, Høgskulen på Vestlandet.*

*Biveileder: Rolf Moe-Nilssen, professor emeritus, Forskningsenhet for fysioterapi, Institutt for Global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen.*

Dette doktorgrads-sammendraget trykkes med tillatelse fra forfatteren. Det har tidligere vært publisert i *Fysioterapeuten* 2/2020.

Skulderkapsulitt, også kalt frossen skulder, er en smertefull tilstand som forårsaker redusert bevegelse i flere plan og påvirker skulderfunksjon. Tilstanden har en prevalens på 2-5 % i befolkningen, mens andelen er mellom 11-30 % for diabetikere. Kvinner i alderen 50-60 år rammes oftere enn menn, og den andre skulderen kan bli rammet hos 20% innen ett til to år. Frossen skulder kan være en utfordring diagnostisk, spesielt i tidlig fase. Det er også utfordrende å behandle tilstanden konservativt i smertefasen. Tilstanden deles i hovedsak i to grupper; primær/idiopatisk frossen skulder og sekundær frossen skulder. Korrekt måling av passive bevegelser er viktig i diagnostikk, da frossen skulder i hovedsak er en klinisk diagnose, og mange fysioterapeuter må følge opp andres pasienter.

Det er behov for evidensbaserte pragmatiske løsninger for behandling av frossen skulder i allmennpraksis. Intraartikulær steroidinjeksjon etter landemerker med bakre tilgang er en pragmatisk konservativ behandlingsmetode for frossen skulder i allmennpraksis. En bør ta i betraktning at komorbiditet, dvs. samtidig eksisterende andre sykdommer eller tilstander, kan påvirke utfallet av behandling.

Formålet med studien var å undersøke (1) intertester-reliabilitet, dvs. pålitelighet av målinger mellom to testere, for måling av passive bevegelsesutslag (PROM, Passive Range of Motion) bila-

teralt med plurimeter hos pasienter med frossen skulder over en åtte ukers periode, (2) å undersøke om en serie med fire steroid-injeksjoner med eller uten distensjon eller dilatasjon påvirker forløp av frossen skulder sammenlignet med vanlig brukt konservativ behandling uten steroid og (3) om subjektive helseplager og nevrotisme (personlighetstrekk som kjennetegnes ved å være usikker på seg selv, grubling, tendens til å bli lett bekymret og sårbar over kritikk av seg selv) kan forutsi utfall av behandling målt med Shoulder Pain and Disability Index (SPADI) og endring i SPADI.

I en prospektiv reliabilitetsstudie målte vi PROM på skulder hos 50 pasienter med frossen skulder fire ganger i løpet av åtte uker. I den randomiserte kontrollerte studien, med 106 deltagere, sammenlignet vi intervensjon med steroidinjeksjoner med og uten distensjon, i alt fire injeksjoner, mot vanlig konservativ behandling (kontrollgruppen), dvs. ikke-steroid antiinflammatoriske midler, fysioterapi og annen behandling. SPADI var primært utkommemål, numerisk smerteskala (NPRS- Numerical Pain Rating Scale) sekundært utkommemål og PROM tertiært utkommemål. I den siste studien undersøkte vi om subjektive helseplager og nevrotisme kan forutsi utfall av gitt behandling.

I reliabilitetsstudien var samsvar ved måling av PROM i affisert skulder mellom to testere ved testtidspunktene enten veldig god eller utmerket. Fra veldig pålitelig til utmerkede verdier ble registrert for intraklasse korrelasjonskoeffisient (ICC 2.1), som måler reliabilitet av måledata som er samlet for en gruppe, og målefeilen var den samme i testperioden.

På kort sikt (fire og åtte uker) ble det påvist statistisk signifikant forskjell ( $p < 0.01$ ) for endring i SPADI, for NPRS og PROM når steroidinjeksjoner uten eller med distensjon ble sammenlignet med vanlig konservativ behandling (kontrollgruppen). Det var ingen forskjell mellom de tre gruppene på lang sikt (12 måneder) for SPADI ( $p > 0.05$ ). Re-

*Fire intraartikulære steroidinjeksjoner i serie med eller uten distensjon var bedre enn vanlig konservativ behandling over en periode på åtte uker. Ingen forskjell ble observert etter 12 måneder, noe som tyder på naturlig tilheling.*



sultatet viste stor effektstørrelse (ES) på kort sikt mellom injeksjonsgruppene og gruppen som fikk vanlig konservativ behandling (kontrollgruppen). Denne effektstørrelsen mellom injeksjonsgruppene og kontrollgruppen var lav (ES 0,3 og 0,4) på lang sikt (12 måneder). Det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom injeksjonsgruppene hverken på kort sikt (fire og åtte uker) eller på lang sikt (12 måneder). Alle ble like bra til slutt.

Det ble funnet lite komorbiditet hos de 105 pasientene i denne studien, målt med spørreskjema vedrørende Subjektive helseplager (SHC-Subjektive Health Complaints). Signifikant prediktiv verdi ( $p < 0.001$ ) ble demonstrert kun ved pseudonevrologi (som inkluderer tilstander som hjertebank, hetetokter, søvnproblemer, tretthet, svimmelhet, angst og depresjon) subskalaen i SHC for utfall ved åtte uker. Deltakerne viste lite forekomst av nevrotisme.

Det ble påvist svært god intertester reliabilitet mellom de to testerne ved måling av PROM hos pasienter med frossen skulder, og målemetoden kan brukes med pålitelighet som utfallsmål av PROM. Fire intraartikulære steroidinjeksjoner i serie med eller uten distensjon var bedre enn vanlig konservativ behandling over en periode på åtte uker. Ingen forskjell ble observert etter 12 måneder, noe som tyder på naturlig tilheling. Komorbiditet målt med subskalaen pseudonevrologi i spørreskjemaet SHC predikerte behandlingsutfall målt med SPADI ved åtte uker, men ikke i forhold til endring i SPADI fra

utgangspunktet til åtte uker. Komorbiditet kan påvirke symptomer, men ikke hvor fort de ble bedre.

Vi brukte fire injeksjoner i studien. Det var vanlig å gi fire til seks injeksjoner på den tiden da studien startet. Det er viktig å huske at frossen skulder er først og fremst en klinisk diagnose, og pasienter med frossen skulder er mest smertepreget i inflammasjonsfasen i form av smerter og søvnforstyrrelser, som kan vare opp til første ti måneder. Derfor er det viktig å hjelpe disse pasientene med smertelindring, vanligvis med en til tre injeksjoner. ■

#### Artikler

1. Sharma SP, Baerheim A, Kvale A. Passive range of motion in patients with adhesive shoulder capsulitis, an intertester reliability study over eight weeks. *BMC Musculoskelet Disord.* 2015;16:37.
2. Sharma SP, Baerheim A, Moe-Nilssen R, Kvale A. Adhesive capsulitis of the shoulder, treatment with corticosteroid, corticosteroid with distension or treatment-as-usual; a randomised controlled trial in primary care. *BMC Musculoskelet Disord.* 2016;17(1):232.
3. Sharma SP, Moe-Nilssen R, Kvale A, Baerheim A. Predicting outcome in frozen shoulder (shoulder capsulitis) in presence of comorbidity as measured with subjective health complaints and neuroticism. *BMC Musculoskelet Disord.* 2017;18(380):7.