



Kipeä olkapää



Annika Jahn

OMT fysioterapeutti, työfysioterapeutti

Valmistunut fysioterapeutiksi 2005, OMT fysioterapeutiksi 2011

Tehnyt kliinistä potilasvastaanottoa koko työuran ajan yksityisellä puolella pääosin työikäisten potilaiden kanssa

OMT fysioterapia eli Ortopedinen Manuaalinen Terapia on fysioterapian erikoisala, joka keskittyy henkilön fyysisen toimintakyvyn arviointiin, hermo-, lihas- ja nivelrakenteiden tutkimiseen ja terapiaan sekä toimintahäiriöiden ennaltaehkäisyyn.

Toiminnallinen anatomia

Olkanivel on pallonivel

Lapaluun pitää pystyä tarvittaessa `ankkuroitumaan` rintakehälle

Ihmiskehon liikkuvin nivel

Asennon ja ryhdin merkitys, olkapään acromionin alainen kipu, etuolkapään kipu



Toiminnallinen anatomia

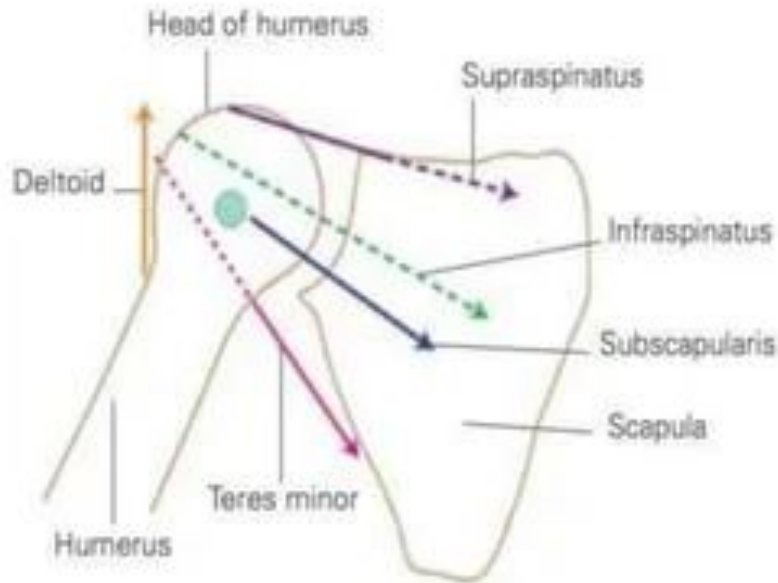


Figure:- The action of line of the four segment of ROTATOR CUFF.

Instantaneous helical axis estimation of glenohumeral kinematics: The impact of rotator cuff pathology

Rebekah L Lawrence, Matthew C Ruder, Roger Zauel, Michael J Bey

-Oireilevilla henkilöillä pallonivel toimii terveistä poikkeavalla tavalla

Haastattelu ja anamneesi

Anna potilaan kertoa omaa tarinaa

Kuuntele ja kirjaa

Esitä jatkokysymyksiä tarinaan liittyen

Mitä tehnyt, **missä** liikkeissä tuntuu,

kuinka kauan vaivannut, **miten** rasittanut, **miksi** kipeytynyt?

Onko kipu liikkeessä tulevaa tai jatkuvaa, särkevää, jomottavaa?

Yösärky ja sen luonne? 24H

Onko kyseessä olkapäävaiva? Distaaliset oireet?

Karkea hypoteesi ja mitä kliinisiä tutkimuksia ja testejä lähdetään tekemään?



Kiertäjäkalvosinoireen luonne

Paikallinen kipu, joka saattaa säteillä olkavarren puoleen väliin

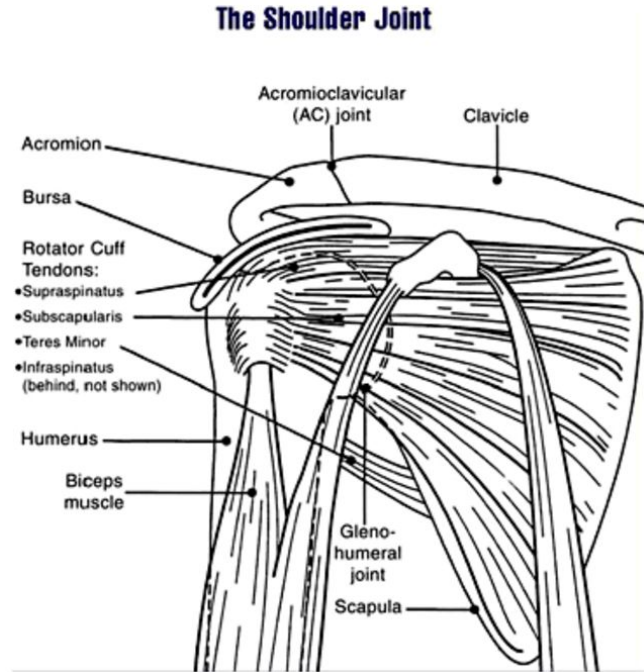
Yhtäkkisissä liikkeissä tulevaa, kurkotuksissa, kättä hihaan laittaessa yms.

Tylppää, jomottavaa

Saattaa olla myös leposärkyä ärsytystilan ollessa korkea

Ryhti ja maamerkkien palpointi

- ryhdin havainnointi, lihasatrofiat
- oikoryhtinen vai kyfoottinen ryhti, skolioosi
- olkapäiden sisäkiertoisuus
- hartiarenkaan symmetria, maamerkit
- humeruksen perusasento ($\frac{1}{3}$)
- scapulan asento, th1-th7 välillä, siirrotus
- ac-nivel, coracoideus
- jänteiden, sulcusten palpointi



Olkapään liikkuvuus

Aktiiviset liikelaajuudet: Fleksio, ekstensio, abduktio, sisärotaatio, ulkorotaatio

Liikkeen analysointia: scapulohumeraalinen rytmi, c/th alueen myötäliike, claviculan liike edestä, liikkeen analysointi, kompensatioliikkeet, liikekontrolli, kipukaari 60-120 astetta

Passiiviset liikelaajuudet: liikerajoitus, loppujousto, nivelen liukuminen, kipu, abduktio90+ ulko/sisärotaatio

Scapulohumeraalinen rytmi

I humerus abduktio 30 astetta, scapula ei juurikaan liiku

II humerus abduktio 40 astetta, scapula rotaatio 20 astetta

III humerus abduktio 60 astetta, scapula 30 astetta

Humerus rotatoituu ulkorotaatioon 90 astetta, jotta tuberculum majus ei törmää acromioniin

Clavicula rotatoituu ja elevoituu 30-36 astetta

Vastustetut testit

- **vastustettu ulkokierto**, infraspinatus, rhomboideus (siirrotus), supraspinatus provokaatiotesti, voima?
- **vastustettu sisäkierto**, subscapularis, Napoleon, lift off
- **serratus anterior**, lapaluun asento/siirrotus
- **biceps brachii**, Speed, Yergason

Vastustetut testit toimivat myös provokaatiotesteinä, ne voi pohjata haastatteluun ja tehdä myös eri nivelkulmilla

Vertaa toiseen puoleen!



Provokaatiotestit

Hawkings-Kennedy -> subacromiaalinen kipu

Neerin testi, empty can -testi -> subacromiaalinen kipu

Speedin testi -> bicepsin tendinoosi

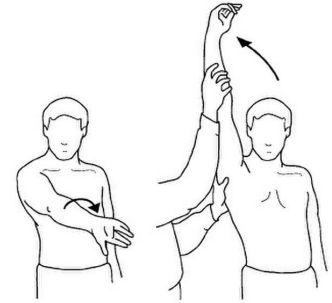
Yergason -> bicepsin tendinoosi, SLAP-vauriot, transverse humeral ligament -repeämät

Crossarm adduktion-> AC-nivel

Apprehension -> luksaatio alttius, epästabilius

Drop arm -> rotator cuff ruptuura

Olkapään kliinisten testien toistettavuus on heikkoa ja osuvuus vaihtelevaa. Mistään yksittäisen testin paremmuudesta ei ole näyttöä.



Manuaalisin tekniikoin tutkimista ja mobilisointia

Takakapselin kireyden tutkiminen ja mobilisointi

Lavan passiivisten liikkeiden tutkiminen ja mobilisointi

Humeruksen joint-play; AP suunta ja kaudaalinen liukuminen

AC-nivelen tutkiminen, sternocostaaliliitokset, sternoclavikulaarinen nivel

Mihin kliiniset testit viittaavat, kliininen päättely avainasemassa

Tendinopatiassa ja osarepeämässä

-aktiivinen liike saattaa olla rajoittunut, kipu tai lihasheikkous saattaa rajoittaa liikettä

-passiivinen liike saattaa olla vapaa/vapaampi, paitsi jos jänteen liukumisen ongelma (jännekalkki)

Huomio! Liikerajoitus ja heikkous aktiivisissa liikkeissä voi olla myös **hermoperäinen ongelma**

-saattaa olla täysin kivuton

-vastustetut testit saattavat olla kivuttomat

-passiivinen liike voi olla silloin vapaa tai neuraalikudoksen liukumisen häiriön estämä (C5-C8 hermojuurioireet)

-ikä yli 60v, kipukaari 90-120 astetta ja vastustettu testi ulkokierto on heikko ja kivulias, drop arm + ->**totaalirepeämä**

Kapsuliitissa

-liike on rajoittunut kaikkiin suuntiin aktiivisissa ja passiivisissa liikkeissä

-huomioi ikä, erotus degeneroitunut olkapää, seuranta

Subacromiaalitila

Tutkimusten mukaan acromionin muodolla ja subacromiaalitilan koolla ei olekaan niin suurta merkitystä.

No relationship between the acromiohumeral distance and pain in adults with subacromial pain syndrome: a systematic review and meta-analysis

Soo Whan Park 1, Yuan Tai Chen 1, Lindsay Thompson 1, Andreas Kjoenoe 1, Birgit Juul-Kristensen 2, Vinicius Cavalheri 1, Leanda McKenna 1

Auttaako leikkaus vai konservatiivinen hoito? Toipumisessa ei ole eroa.

Leikkaushoito ei tarjoa mitään mikä olisi tuloksellisempaa kuin placebo.

Leikkauksella enemmän mahdollisia haittavaikutuksia.

Enää ei juurikaan käytetä sanaa “subacromiaalinen pinne” tai “impingement”
->passivoivia termejä

Kiertajakalvosoire, ahdasolka , impingement, acromionin alainen kipu

- tyypillisin oire on kipu, joka tuntuu levossa, rasituksessa tai molemmissa
- saattaa olla yösärkyä, erityisesti ei pysty nukkumaan kipeän olkapään päällä
- kipu rasituksessa, erityisesti yli vaakatason liikkeissä
- rasituksen vähentäminen alkuvaiheessa tarpeellista, toistoliikkeiden ja olkavarren kohoasennossa työskentelyä suositeltavaa välttää, toistuvia nostoja ja loitonnuksia suositeltavaa välttää esim. saliharjoittelu
- akuutissa vaiheessa kivun hoito tärkeää
- vaiva hoidetaan aktiivisella kuntoutuksella, joka on riittävän pitkä, vähintään 3kk
- harjoitteiden tulee olla yksilöllisiä ja progressiivisia

- **rakenteelliset syyt:** nivelsiteiden ja pehmytkudosten degeneraatio
- **toiminnalliset syyt:** olka- ja lapaluuta liikuttavien lihasten heikkeneminen, ryhdin ja liikkeen huonontuneesta hallinnasta johtuen -> olkanivelen koukistuksen ja loitonnuksen aikana olkaluun pään siirtyminen ylös ja eteen
- pitkäaikainen toiminnallinen häiriö heikentää jänteitä ja voi hoitamattomana johtaa niiden repeämiseen
- hoito on konservatiivinen
- olkapään harjoitteluterapia on vaikuttavuudeltaan samanveroinen kuin leikkaus 2-12 kuukauden seurannassa
- manuaalisen terapian yhdistäminen harjoitteluun vähentää kipua
- bursiitit, rappeumaperäiset repeämät ja kalkkikertymät
- bursiitissa oirekuva rajumpi, yhtäkkinen voimakas yösräky

Jäätynyt olkapää, adhesiivinen kapsuliitti

- **Aktiivisissa ja passiivisissa** testeissä kaikkiin suuntiin rajoittunut liikerata, etenkin ulkorotaatio
- Jäätyneen olkapään hoito on pääasiassa itsehoitoa. Kipuvaiheessa käytetään tulehduskipulääkkeitä ja harjoitellaan liikkeitä kivun sallimissa rajoissa. Liikkeet ovat pääasiassa olkavarren kevyitä liikkuvuusharjoituksia.
- Paranemiseen annetaan aikaa, potilas tekee omaharjoittelua voinnin mukaan, potilaalle tiedon antaminen vaivan pitkäkestoisuudesta tärkeää
- AJOITUS!! Paranemisympäristössä 15-24kk on aktiivisesta fysioterapiasta hyötyä, ja parhaimmillaan olkanivelen liikerata toipuu kokonaan ennalleen
- jaottelu primaari ja sekundaari (sairauden aiheuttama riskitekijä) jäykkä olka

Heittäjän olkapää, SLAP, LHB

- sisä- ja ulkokiertäjien epätasapaino, olkapään etukapselin ylivenyntyminen/labrumvaurio
- yliolan liikkeitä suorittavilla urheilijoilla
- konservatiivinen hoito riittävän pitkäkestoinen ja intensiivinen harjoittelu fysioterapeutin ohjauksessa
- vaatii taukoa heittämisestä

Yksilöllinen terapeuttinen harjoittelu jännevaivoissa

Karkea progression eteneminen

1. vaihe 0-4vko

- kipu alas, isometriset harjoitteet (4x45s)
- helpot alkuasennot

2. vaihe 4-8vko

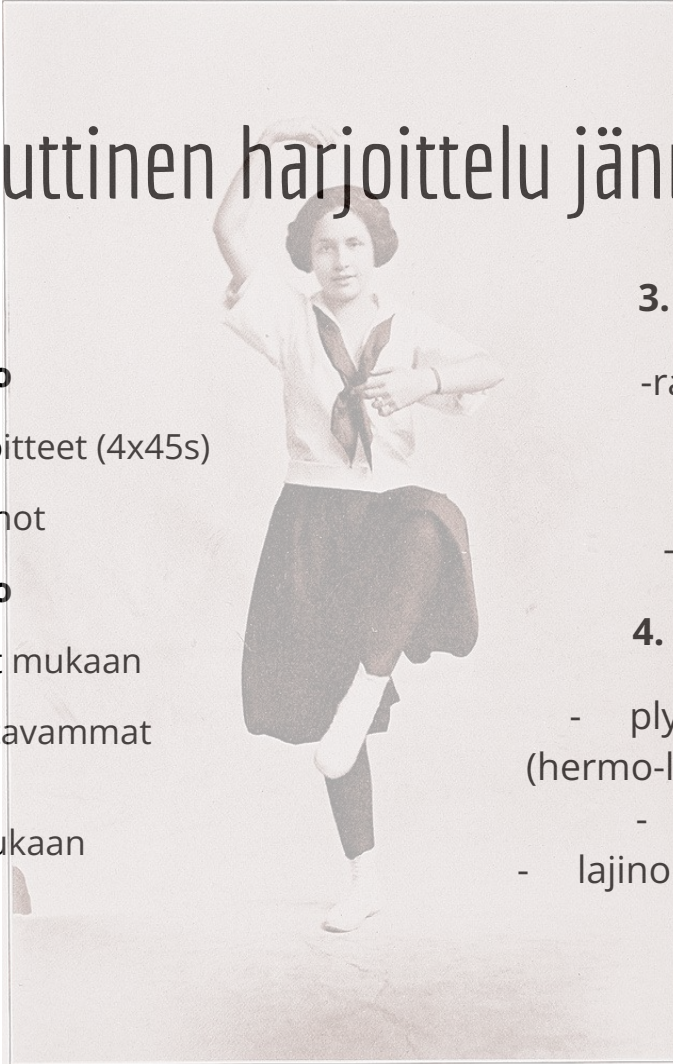
- dynaamiset harjoitteet mukaan
- rauhallinen tahti, haastavammat alkuasennot
- eksentrisen työ mukaan

3. vaihe 8-12 vko

- raskaammat kuormat
- sub max 4x6-12
- koko keho mukaan

4. vaihe 12-16vko

- plyometriset harjoitteet (hermo-lihastoiminnan reaktiokyky)
 - 4-5 x 4-8 toistoa
- lajinomaisuus, nopeat liikkeet



Riittääkö, että kipu on poissa?

- kivun ja tulehduksen (sensitiivisyyden) rauhoittaminen lääkityksellä, kortisoni-injektiolla, levolla? Kuormituskestävyys, liikkuvuus, liikekontrolli paranee vain harjoittelulla
- muutokset rasitukseen, elämäntapoihin, työskentelytapoihin tarpeellisia
- vaivan uusiminen, riittävän pitkä harjoittelu-aika ja seuranta tärkeää
- kivun välttely ´en pysty punnertamaan tai roikkumaan enää, käytän hiirtä vain vasemmalla kädellä, en pysty pelaamaan enää tennistä´, rajoitukset -> kuinka pitkäksi aikaa?

Huomioitavaa, että kiertäjäkalvosinrepeämä on usein oireeton, repeämän koko ei korreloi kivun kanssa sekä jännekalkin koko ja muoto ei korreloi oireiden kanssa

Olkapääkipuinen yleislääkärin vastaanotolla

- usein ensikontakti, potilaan kohtaaminen ja odotukset
- anamneesi, kliininen tutkiminen, kirjaaminen
- alustava erotusdiagnostiikka - hoitolinjaus
- jatkotoimenpiteet
- seuranta

Tavoite: kudoskeskeinen ajattelu -> toiminnallinen ajattelu

Keskustelua jatkotoimenpiteistä?

Kuvantaminen?

Erikoislääkärin konsultaatiot?

Fysioterapia?

Ei jatkotoimenpiteitä, oma ohjeistus riittää?