



Af Peter Silbye og Charlotte Voglhofer

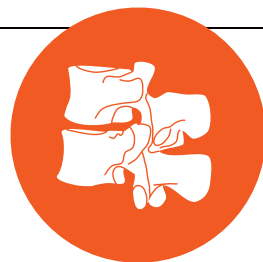
Kontakt

Peter_silbye@dadlnet.dk

Biografi

Peter Silbye, speciallæge i almen medicin, tidligere praktiserende læge i Køge, diplomlæge i muskuloskeletale medicin samt mangeårig underviser på DSMM's bevægeapparatets-kurser.

Charlotte Voglhofer er praktiserende læge, Køge Torv, og diplomlæge i manuel medicin.



Rygsmarter set fra almen praksis

– behandlingen

RESUME: I de to forudgående artikler i den aktuelle artikelserie om rygsmarter i almen praksis er gennemgået de overordnede aspekter omkring rygsmarter og en objektiv screeningsundersøgelse med henblik på at finde den del af kroppen, som er hovedansvarlig for problemet. I denne artikel gennemgås behandlingen af de fundne problemer. Det vigtigste er fortsat den grundige undersøgelse og den efterfølgende samtale med patienten, men manuel terapi er en behandlingsmulighed.

MÅNEDSSKRIFT
for almen praksis

Sygehistorie:

Linda: 44-årig kvindelig kontorassistent henvender sig med tiltagende kraftige lænderygsmarter med udstråling til venstre hofteregion og ydersiden af låret. Hun har gennem nogle år haft periodevise diffuse lændesmerter, men ikke så voldsomt som dette. Forværringen kom, da hun skulle løfte skraldespanden fra skabet under køkkenbordet. Hun går lidt hvileløst rundt i venteværelset og vil helst ikke sidde ned.

Objektiv undersøgelse:

Hun virker forpint, bevæger sig forsigtigt og med fikseret ryg. Står med kyfoseret lænd og vægtoverføring mod højre. Den aktive bevægelighed er betydeligt indskrænket. Ekstension er slet ikke mulig og venstre sidebøjning og rotation svært nedsat. Øvrige bevægeretninger er mere frie.

Passivt strakt benløft udløser smerter i balle og lår ved 60 grader på venstre side. Neurologisk undersøgelse i øvrigt normal.

Dette er 3. artikel i serien om rygsmarter set fra almen praksis – alle med udgangspunkt i ovennævnte sygehistorie. I den første (1) gennemgik vi de overordnede forhold omkring rygsmarter og inddelingen i røde flag,

Uspecifikke rygsmarter er overordentligt hyppigt forekommende i almen praksis. Her præsenteres håndtering af problemstillingen ved brug af manuel terapi. Artiklen er nummer 3 af 4 i en serie om rygsmarter i almen praksis.

Appetizer



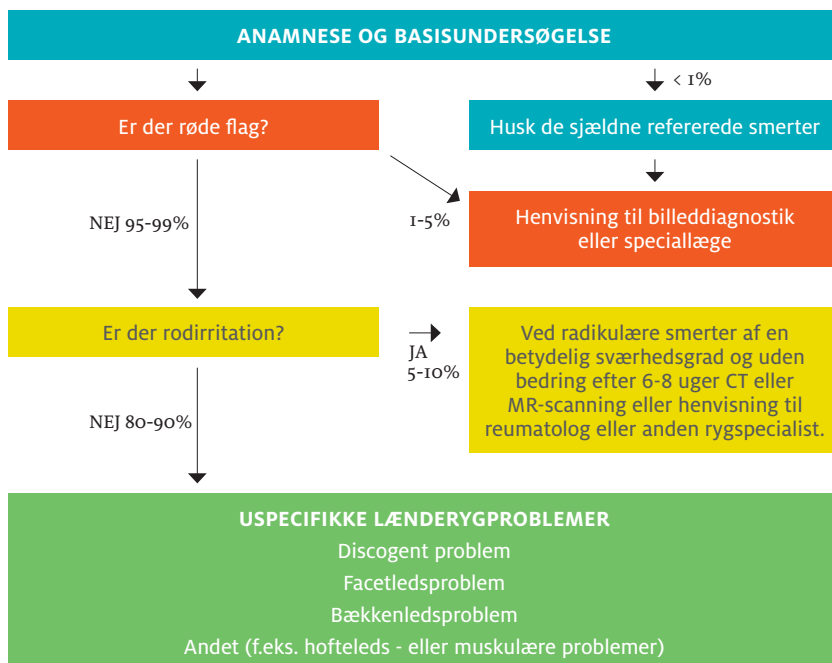
Foto 1 /
 Rotationstest og
 behandling med
 Muskulenergiteknik
 (MET)

rodtryk og de uspecifikke rygsmærter, som udgør ca. 90 % af rygsmærterne. De uspecifikke rygsmærter kunne skyldes en somatisk dysfunktion, tidligere kaldet facetledssyndrom eller blot "hold i ryggen", diskusudløste smærter uden at det skyldes et rodtryk, eller muskulære forandringer (boks 1) (3). I artikel nummer 2 (2) blev screeningundersøgelsen beskrevet – hvordan man "skyder" sig ind på, hvilket område af kroppen vi skal undersøge nøjere for at finde årsagen til problemet, vel vidende at vi ser på patienten gennem den bio-psyko-sociale model og ikke via apparatfejlsmodellen.

Ved screeningen fandt vi, at Linda havde en dysfunktion med funktionsnedsættelse lumbalt og på den thoracolumbale overgang, hvorimod vi ikke fandt forandringer i bækkenet, men triggerpunkter i piriformis, der kan give lændesmerter og smærter ned i baglåret.

Vores opgave er nu at kikke nærmere på lænden inkl. de omkringliggende muskler for at forsøge at finde hovedproblemet til Lindas gener. Vi vil dog minde om, at hovedparten af de uspecifikke smærter går over af sig selv inden for 3 måneder (4), og det vigtigste i behandlingen er en ordentlig, professionel undersøgelse og den efterfølgende snak med patienten. For at patienten skal have tillid til vores undersøgelse og tro på, at det ikke er noget alvorligt, er den grundige undersøgelse vigtig.

Figur 1 /
 Flowchart - tilrettet
 "vor tid" (2)



Figur 1 /

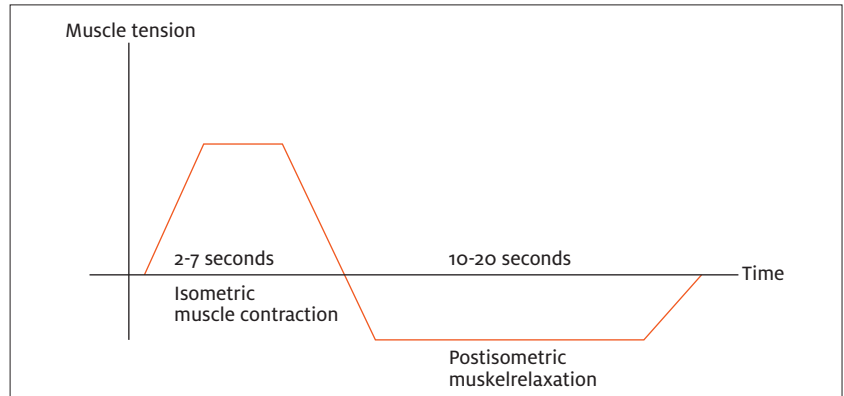


Foto 2 /
Test i sideflektion og
behandling med
Muskelenergiteknik
(MET)



Foto 3 /
Springing test:
Med tommelfingrene
på processus trans-
versi vurderes i
forhold til frontalpla-
net om der findes en
evt. asymmetri – kan
man komme "lige
dybt" ved palpationen
og er springingen ens
på de 2 sider?

Vi har allerede lavet en rotationstest i screeningen og opdaget, at rotationen er nedsat mod venstre. Dette skyldes stram paravertebral muskulatur på den højre side. Uden at kende det nøjagtige sted for den stramme, hypertone muskulatur – det dysfunktionelle segment – kan man allerede her indlede den manuelle behandling med såkaldt isometrisk relaxationsbehandling, også kaldet muskelenergiteknik (foto 1). Behandleren roterer patienten forsigtigt så langt ud til den dysfunktionelle side som muligt – til barrieren. Beder hende i denne stilling presse forsigtigt modsat i 3-5 sekunder mod behandlerens modhold – altså en isometrisk kontraktion af den højresidige muskulatur. Spændingen i denne vil så stige, og når patienten slapper af, falder spændingen, men til et niveau, der ligger under udgangspunktet (fig. 1). Spændingen i muskulaturen er nu mindre end før, og patienten kan nu føres længere ud mod en ny barriere, og proceduren gentages, til der er symmetri i rotationen. Når bevægeligheden er normal, vil bevægemønstret også blive normalt, og smerterne vil svinde.

Man kan også være mere præcis og finde det dysfunktionelle segment og indsætte sin behandling mod dette. Dette kan gøres ved en dynamisk sidefleksionsstestning, hvor man tester hvert bevægeselement for sig (foto 2), og når man under sidefleksionsstestningen møder en modstand, går man direkte fra test til behandling ved på samme måde som før at bede patienten lave en modsatrettet sidebøjning efter samme princip.

Er der tvivl om fundet ved sidefleksionsstesten, kan man ved en springing test palpere i bugliggende leje på processus transversus og bedømme, om hvirvlen står roteret i frontalplanet i forhold til den nedenfor liggende hvirvel, og samtidig vil den være øm ved palpationen (foto 3). Dette vil ligesom hudrulletesten (foto 4) afsløre den somatiske dysfunktion.



Foto 4 /

Hudfoldetest: Ved at løfte en hudfold op startende lumbalt og bevægende sig cranielt registreres evt. smertestimulus og rødme i området pga sympaticuspåvirkning. Et sådant vil skyldes påvirkning af den cutane gren fra nerveroden. Man foretager hudfoldetesten på hver side for sig.

Triggerpunkt



Foto 5 /

Counterstrain ved et lumbalt triggerpunkt: Patienten "foldes" om punktet ved at extendere hendes ben og måske adducere det lidt. Selve punktet monitoreres med en finger for at føle, om spændingen aftager.

Behandlingen er nu afhængig af indholdet af behandlerens "værktøjskasse". Det vigtigste er fortsat den efterfølgende snak med patienten om fundet. En passende manuel behandling vil vi i Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin foretrække. Det kunne være som ovenfor beskrevet, hvor man har fundet dysfunktionen ved den siddende sidefleksionstestning eller fundet den i liggende position. Hvis man finder den i den liggende position, sætter man patienten op og stiller sig på modsatte side end den, hvirvlen stod roteret til, idet den hypertone muskel findes på denne side. Man beder igen patienten lave en lille modsatrettet bevægelse, mens behandleren holder imod. Denne behandling kaldes som tidligere beskrevet muskelenergit teknik. Andre ville vælge en liggende manipulation, eller man kan vælge at mindske tonus i den hypertone muskel ved at mindske det afferente signal til CNS. Dette gøres ved en såkaldt indirekte manuel terapi (Counterstrain), hvor man forsøger at "folde" kroppen omkring dysfunktionen (foto 5) og holde positionen erfaringsmæssigt i 90 sekunder, mens patienten er helt passiv og afslappet. Hypertonien vil herefter langsom mindskes, og patienten kan "rettes ud" igen. Dette svarer lidt til at bruge "control + alt + delete" på computeren – en slags neurofysiologisk kortslutning. Disse behandlingstekniker undervises der i på Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicins kurser (boks 2).

Selvfølgelig vil passende smertestillende behandling med paracetamol også være en mulighed, især i de mere akutte tilfælde. Evidensen er mere tvivlsom i de kroniske tilfælde (5).

Boks 2 /

Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin (DSMM) er et videnskabeligt speciallægeselskab, som lægger megen vægt på undervisning af kolleger i manuel diagnostik og terapi af muskuloskeletale lidelser. Selskabet indgår i internationalt samarbejde af videnskabelig karakter og omkring undervisning.

Hjemmeside: www.dsmm.org

Vi må ikke glemme vores samarbejdspartnere, fysioterapeuter og kiropraktorer. En grundig undersøgelse vil også være værdifuld i forhold til henvisningen til disse. For at patienten skal få sygesikringstilskud til behandlingen hos fysioterapeuten, kræver det en henvisning. Dette er ikke tilfældet hos kiropraktoren. Alligevel anbefaler vi også af hensyn til samarbejdet en henvisning til kiropraktoren, og vi vil derfor også forvente en epikrise retur.

Enhver behandling bør følges op af superviserede hjemmeøvelser. Som ovenfor nævnt skal vi endelig gøre brug af fysioterapeuter og kiropraktorer, men 2-3 relevante øvelser vil være yderst gavnligt at give patienten med fra konsultationen og samtidig råd om at forblive så aktiv som muligt (5). Mange patienter efterspørger noget, de selv kan gøre for at få det bedre. Øvelserne bør være så enkle som muligt og kunne udføres også på arbejdspladsen.

Et par relevante hjemmeøvelser kunne være følgende ekstensionsøvelser. Det dysfunktionelle segment har været roteret enten mod højre eller venstre, og oftest vil det også være flekteret i lænden. Derfor vil det

Svaje- og mobiliseringsøvelse for lænderyggen

Træningsøvelse for lænderygsøjlen

Hænderne og føddernes placering er afhængig af, hvilket niveau man ønsker at behandle.

- Er området, man ønsker at behandle, beliggende lavt i lænden, anbringes hænderne i højde med hoftekammen med begge tommelfingre over de store rygmuskler. Fødderne skal være udadrejede i "Chaplinstilling".
- Maven skal trækkes maksimalt frem.
- Fra denne stilling skal begge tommelfingre udføre et kort puf ind i ryggen, så svajet øges.
- Øvelsen gentages 5-10 gange og mange gange dagligt.
- Er området, man ønsker at behandle, beliggende i midten af lænden, anbringes tommelfingrene ca. 5 cm højere oppe end hoftekammen. Fødderne skal nu være placeret parallelt.
- Herefter gentages øvelsen som ovenfor beskrevet.
- Er området, man ønsker at behandle, beliggende højt i lænden, skal tommelfingrene placeres ca. 10 cm højere oppe end hoftekammen, lige under ribbenskanten. Fødderne skal nu være indadrejede.
- Herefter gentages øvelsen som ovenfor beskrevet.



Foto 6a, b /

”Lateral shift” med svajeøvelse

Øvelse for hold i lænderyggen

Har man et hold i lænden, hvor man står let foroverbøjet, roteret og sidebøjet fx til højre og har svært ved at rette sig op, er denne øvelse meget nyttig.

- Man stiller sig med højre side mod væggen, en fodlængde fra væggen. Man bøjer højre albue 90 grader. Og læner sig i denne position helt ind til væggen med højre side af overkroppen.
- Venstre hånd sættes langs venstre hoftekam og trykker den højre hoftekam ind mod væggen under den højre underarm.
- Fra denne position tilføjes et lændesvaj ved at trække maven frem.
- Man øger effekten af øvelsen ved at trække vejret ind og holde det i 7-10 sek. Efter udånding øges svajet, og højre hofte presses yderligere ind mod væggen.
- Proceduren gentages i denne stilling 3 gange, før man går tilbage til udgangspositionen.
- Hele øvelsen gentages mange gange dagligt, til kroppen er rettet op.



Foto 7a, b / Skub ind på hoftekammen Og sidebøj over modsatte arm

være en god idé at lave øvelser med ekstension (foto 6) og måske sidebøjning til den hæmmede side ved at sidebøje mod en væg over sin egen underarm (foto 7).

Denne beskrivelse af test og behandling er ved lidt træning muligt at nå på en normal konsultation i almen praksis, og det er til stor tilfredsstillelse både for patient og læge. Patienten føler sig taget alvorligt på en professionel måde og tror på vores budskab, og lægen finder stor tilfredsstillelse i at kunne hjælpe ved simple manuelle behandlingsgreb.

Sluttelig havde Linda også muskulære forandringer med smertefulde triggerpunkter i piriformis – måske sekundært til de lumbale dysfunktioner. I en sidste 4. artikel vil vi omtale de muskulære og hofterelaterede årsager til lændesmerter. ●

Økonomiske interessekonflikter: *ingen angivet*

Litteratur

1. Månedsskrift for almen praksis, nr. 5, 2018.
2. Månedsskrift for almen praksis, nr. 6, 2018.
3. DSAM's kliniske vejledning: Diagnostik og behandling af lændesmerter i almen praksis, 2006.
4. Sundhedsstyrelsen, Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmarter, 2017.
5. Sundhedsstyrelsen, National klinisk retningslinje (NKR) for behandling af nyopståede lænderygsmarter, 2016 og for kroniske lænderygsmarter, 2016.