



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

– screeningen

RESUME: I forrige artikel gennemgik forfatterne på grundlag af en sygehistorie de overordnede aspekter omkring rygsmarter set i forhold til almen praksis. I denne artikel gennemgås det væsentligste i en objektiv screeningsundersøgelse, og i en følgende artikel beskrives, hvad det skal medføre af behandling. For at komme en mulig diagnose nærmere er det vigtigt, at man i sin undersøgelse går systematisk til værks. Drejer det sig om et akut tilfælde, vil man naturligt fokusere på det smertefulde sted med det samme. Har behandlingen imidlertid ikke den ønskede effekt allerede efter få behandlinger, eller drejer det sig om et mere langvarigt rygproblem, må man tænke anderledes og starte med en screeningsundersøgelse for at finde den del af kroppen, som er hovedansvarlig for problemet.

MÅNEDSSKRIFT
for almen praksis

Linda er 44 år og henvender sig til sin praktiserende læge med forværring i kendte lænderygsmarter. I denne 2. artikel i serien om lænderygsmarter er vi nået til den objektive undersøgelse af Linda. Få gode råd til systematikken, så du hurtigt og præcist kan få et overblik over mulige dysfunktioner eller andre smerteudløsende årsager.

Appetizer

I forrige artikel gennemgik vi på grundlag af ovennævnte sygehistorie de overordnede aspekter omkring rygsmarter set i forhold til almen praksis. Både de røde flag og symptomerne på rodtryk blev beskrevet. Det samme blev de uspecifikke rygsmarter, som udgør ca. 90 % af rygsmarterne. Disse kunne skyldes en somatisk dysfunktion, tidligere kaldet facetledssyndrom, eller blot "hold i ryggen". Discusudløste smerter, uden at det skyldes et rodtryk, er også indeholdt i denne gruppe, ligesom muskulære problemer og hofteartrose er det.

For at komme en mulig diagnose nærmere er det vigtigt, at man i sin undersøgelse går systematisk til værks. Drejer det sig om et akut tilfælde, vil man naturligt fokusere på det smertefulde sted med det samme, som i Lindas tilfælde, hvor vi mistænker et akut lændehold.

Sygehistorie Linda, en 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:

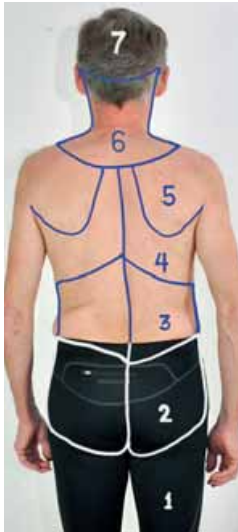
Hun virker forpint, bevæger sig forsigtigt og med fikseret ryg. Står med kyfoseret lænd og vægtoverføring mod højre. Den aktive bevægelighed er betydeligt indskrænket. Ekstension er slet ikke mulig, og venstre sidebøjning og rotation svært nedsat. Øvrige bevægeretninger er mere frie.

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

Har vores behandling imidlertid ikke den ønskede effekt allerede efter få behandlinger, eller drejer det sig om et mere langvarigt rygproblem, må man tænke anderledes og starte med en screeningsundersøgelse for at finde den del af kroppen, som er hovedansvarlig for problemet. Et eksempel kunne være hovedpinepatienten, der bliver ved med at komme igen trods vores eller fysioterapeutens behandlinger rettet mod nakken. Ved screeningen vil vi måske opdage, at patienten er platfodet, og først når dette problem løses, slipper hovedpinen.

Screeningen anvendes til hurtigt og præcist at få et overblik over mulige dysfunktioner eller andre smerteudløsende årsager. Man forsøger at finde den del af kroppen, som er den "hovedansvarlige skurk". Hvis tilstanden vedvarer, kan der opstå problemer andre steder, som måske med tiden kan blive mere smertegivende og kan være dét, der får patienten til at søge læge. Hvis man fx pga. et hold i lænden står i en fikseret foroverbøjet, roteret og sidebøjet stilling mod højre (som i Lindas tilfælde), vil kroppen automatisk forsøge at kompensere dette ved højere i columna at lave en modsat rettet bevægelse for at få personen rettet op i en så normal position som muligt. Kroppen prøver at beskytte det dysfunktionerende sted ved kompensatorisk at øge spændingen i vævet andre steder. Disse steder kan herefter blive dysfunktionerende og smertegivende. Dette kan så fortsætte i en uheldig spiral – lag på lag.

Ved screeningen inddeles kroppen i 7 dele (figur 1), og man har for-



Figur 1 /

skellige test til at vurdere eventuelle dysfunktioner i de pågældende regioner. Findes disse, fokuseres nøjere på det pågældende område ved en såkaldt scanning for at påvise det dysfunktionerende væv og komme med et kvalificeret bud på en diagnose – vel vidende at vi ved, at det ofte er vanskeligt at stille en eksakt diagnose blandt de uspecifikke rygsmerter.

Det er vigtigt, at undersøgelsen gennemføres således, at den efterfølgende manuelle behandling bliver en naturlig konsekvens af screeningen, og man kan gå direkte fra screening til behandling. Samtidig bør der også være så få lejringskift af patienten som muligt. Derfor foretages screeningen først stående, dernæst siddende og til sidst liggende (boks 1). På DSMM's kurser (2) lærer man at udføre en screeningsundersøgelse, og er man blot lidt trænet, kan det gøres på ca. 5 minutter.

Boks 1 /

Screeningen foretages

- Stående
- Siddende
- Liggende

Vi vil nu gennemgå det væsentligste i screeningsundersøgelsen og i en følgende artikel beskrive, hvad det så skal medføre af behandling.

Sygehistorien er, som beskrevet i forrige artikel, væsentlig og giver mistanke om, hvorvidt patientens problem kan stamme fra det muskuloskeletale system, og om hvilke strukturer der kunne være "skurkene". For eksempel kan en patient komme med symptomer på sinusitis med smerter omkring den ene kæbehule og ubehag i hals og måske øre. Vi finder ingen infektionstegn – afebril og normal CRP, men screeningen vil afsløre øget spænding højt cervikalt med ømhed ved palpation af nakkerosetten tydende på en høj cervikal dysfunktion – noget, penicillin ikke hjælper på. Høje cervikale problemer giver mange patienter nogle besynderlige symptomer som hovedpine, svimmelhed, atypiske ansigtssymptomer, øjensymptomer såsom akkomodationsproblemer samt øresmerter. De samme symptomer ses hos whiplash-ramte.

Lad os tage udgangspunkt i Linda. Hun har haft diffuse lændesmerter i flere år, og hun har nu fået en akut forværring ved et mindre løft med en funktionsbegrænsning til følge, idet hun står foroverbøjet, roteret og sidebøjet mod højre og ikke kan rette sig op.

Selve screeningen starter allerede, når Linda kaldes ind fra venteværelset. Vi lægger mærke til, hvordan hun sidder på stolen, og hvordan

Tabel 1 / Screeningsoversigt:

| Gående | Ganganalyse | | Normal, haltende, slæbende? Fodisættet |
|--------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Stående | Inspektion | Frontal plan | Skolioser Symmetrier/asymmetrier: Fødder, baldehøjde, cristahøjde, flankevinkler, ang. inf. scapulae, spina scapulae, skulderhøjde |
| | | Saggital plan | Lodlinjen, lordoser, kyfoser |
| | Bevægetest | Fleksion, ekstension Sidebøjning, rotation | Asymmetri? Schobers test |
| | | Squattest | |
| Siddende | Abduktionstest (kan også gøres siddende) | | Asymmetri? |
| | Bevægetest | Fleksion, ekstension Sidebøjning, rotation | Asymmetri? |
| | Col. cervikal | Palpere scalerne Palpere suboccipitalt Bevægelser i col. cervicalis | Spændingsforskel? Asymmetri? |
| Rygliggende | Thorax | Vurdere respirationen | Ens på begge sider? |
| | Rodtryk/haser | Strakt benløft | Rodtryk? Hasestramning? |
| | Hofter | Vurdere indadrotationen | Hård ledstop = hård endfeel? |
| | Piriformis | Vurdere adduktion og indadrotation | Stramning i forhold til modsatte side? |

hun rejser sig. Gangen vurderes. Er den naturlig, slæbende eller måske haltende? Hvordan fornemmes fodisættet? Alt sammen er brikker i et puslespil, der til sidst skal give os en diagnose, årsag til problemet og et svar på, hvordan hun skal behandles.

I konsultationsrummet starter vi med en vurdering af holdningen i alle planer ved inspektion i stående stilling både forfra, bagfra og fra siden. Vi leder efter eventuelle asymmetrier af parrede dele af kroppen (boks 2) foruden eventuelle skolioser – og fra siden ændringer i kyfoser og lordoser. Vi taler om lodlinjen, der typisk vil gå fra meatus acusticus externus ned over acromion og trocanter for at ende lige foran laterale malleol. I Lindas tilfælde vil vi afsløre kropsholdningen mod højre, men har tilstanden stået på nogen tid, vil hun kompensere og forsøge at rette sig op. Alligevel vil der være flere asymmetrier at påvise.

Denne inspektion kan ofte med fordel foretages med patienten fuldt påklædt, da vi alle ved, hvordan vi retter os op, når vi skal stå i position i undertøj. Resten af screeningen bør dog foregå passende respektfuldt afklædt – oftest til undertøjet.

Boks 2 /

Inspektion med henblik på symmetri/asymmetri:

- Ankelled – varus/valgus
- Knæledsfuren
- Baldehøjde
- Cristahøjde
- Flankefurer
- Ang. inf. scapulae
- Crista scapulae
- Skulderhøjde

Herefter følger stående bevægetest – både aktiv og passiv. Først aktiv flex/ext, sidebøjning og rotation. Et mere nøjagtigt mål for fleksionen end finger-gulv-afstand er den såkaldte Schobers test til at afsløre en nedsat lumbal fleksion (boks 3), som det ses ved fx Mb Bechterew. Ved fleksionen afsløres også en skoliose. De passive bevægelsestest, hvor rotationen er vigtigst, påviser stramninger i vævet. Det være sig blot muskulære hyper-tonier, dysfunktioner eller forandringer i de store led både i columna og i ekstremiteterne. Man vurderer, hvor langt man passivt kan rotere mod venstre sammenlignet med rotationen mod højre (figur 2), og samtidig spørges patienten, hvor stramningen føles. Med erfaringen fornemmer undersøgeren selv, hvor stramningen sidder.

Hos Linda ville vi finde nedsat aktiv såvel som passiv ekstension, sidebøjning og rotation mod venstre, og bevægelserne kan også være smertefulde.

Boks 3 /

Schobers test

Overgangen mellem 5. lændevirvel og sacrum palperes. Der markeres 5 cm herunder og 10 cm over. Patienten bøjer sig maksimalt forover med strakte ben. Afstanden mellem de 2 markeringer skal være øget med mere end 5 cm – dvs. til en afstand på mere end 20 cm i alt.

En squattest (figur 3) vil afsløre problemer i underekstremiteterne. Man beder patienten gå på hug, men uden at løfte hælene. Samtidig holdes patienten i begge hænder for at give støtte og for at afsløre evt. sideforskelle. Har hun et problem i fx højre side, vil hun afhjælpe dette ved at trække mere i højre hånd end venstre, når hun skal op. Linda havde ingen problemer hermed – dvs. bækken og underekstremiteter



Figur 2 /
Passiv bevægelsestest.



Figur 3 /
Squattest.



Figur 4 /
Abduktionstest.

kan udelukkes som hovedansvarlig for problematikken. Vi har dog mere nøjagtige screeningstest for bækkenet, som bliver for omfattende at medtage her.

Ved abduktionstesten afsløres eventuelle dysfunktioner i overekstremiteten fra sternoclavikulærledet til fingre. Man beder patienten om at føre begge arme strakt op over ørerne og lade dem mødes i midtlinjen, håndryg mod håndryg (figur 4). Bevægelsen skal foregå helt symmetrisk på begge sider, og armene må ikke føres ind foran kroppen, som det ses ved stramning af pectoralis minor. Impingement i skulderledet vil også afsløres her. Linda havde ingen problemer med dette.

Dernæst sætter vi patienten ned på lejet med behandleren stående bagved. Igen laves aktive og passive bevægelser. Fleksionen afslører også her eventuelle skolioser, og ved aktiv sidebøjning ses efter en ”blød C-kurve” i columna uden skarpe knæk som udtryk for dysfunktioner, ligesom forskel i den passive rotation i siddende stilling afslører en lumbal eller thorakal dysfunktion. I Lindas tilfælde vil vi igen finde ned-sat og smertefuld rotation samt sidebøjning med venstre.

Columna cervicalis undersøges også siddende ved i første omgang blot at føle på spændingen i scalenermuskulaturen på begge sider og registrere eventuelle forskelle. Man kan ikke have cervikale dysfunktioner uden også at have spænding i scalenermuskulaturen på den ene side. Undersøgelsen foretages, ved at man lægger sine hænder blødt på



Figur 5 /
Undersøgelse af columna cervicalis.



Figur 6 /
Undersøgelse for thorakale dysfunktioner.



Figur 7 /
Test for piriformis.

patientens skuldre og skiftevis trykker højre og venstre 2. finger blidt medialt mod især scalenus medius og samtidig registrerer, om den spænding, man støder ind i, er ens (figur 5).

Dernæst føres hånden i et bredt greb højt op i nakken, hvor spændingen af de små suboccipitale muskler registreres. Findes der en forskel, kan det betyde en dysfunktion mellem kraniet og de 2 første cervikale hvirvler.

Bevægelserne i columna cervicalis undersøges herefter igen ved både aktiv og passiv fleksion, ekstension, rotation og sidebøjning. Er de ens, eller er der hæmmede bevægelser? Linda havde heller ingen problemer her.

Så er det tid at bede Linda lægge sig på ryggen. Med et bredt greb med begge hænder på hendes thorax bemærkes, om vejrtrækningen er ens og egal på de 2 sider – eller måske hæmmed på den ene side. Man udfører det typisk fra 3 forskellige positioner (figur 6). En forværring i en astma kan forveksles med en costadysfunktion og vice versa, ligesom denne ofte ses sammen med thorakale dysfunktioner.

Mens patienten stadig er rygliggende, foretages den strakte benløft-test (SBT) både for rodtryk og for mulig stramning af haser. Herefter bøjes benet 90 grader i hofteleddet, og især indadrotationen undersøges mhp. hofteartrose. Et hårdt ledstop (hård endfeel) taler for artrose. Spænding i m. piriformis kan tjekkes i næsten samme stilling ved herefter fortsat i 90 grader hoftefleksion at adducere og udadrottere femur –



Foto 1 /

Foto: Colourbox

skubbe knæet mod modsatte skulder og her lave en passiv udadrotation af femur (skubbe crus mod modsatte skulder) (figur 7). Linda mærker smerter dybt i højre balde ved denne test for piriformis.

Vi vender igen tilbage til Linda:

Ved screeningen har vi fundet tegn til funktionsnedsættelse lumbalt og lavt thorakalt, hvorimod vi ikke finder forandringer i bækkenet, men dog i piriformis, når denne udspændes. Den amerikanske professor Philip Greenmann (3) har fundet, at ca. 50 % af alle lændesmerter skyldes problemer i underekstremiteterne.

Boks 4 /

Screeningen har afsløret følgende:

- En lumbal dysfunktion
- En thorakal dysfunktion
- En stram piriformis

Boks 5 /

- "Pain is a liar"
- Vurder bevægemønstre generelt
- Indkreds områder med ændret funktion mhp. mere detaljeret segmentær undersøgelse efterfølgende

Vi skal huske, at vi ved screeningen undersøger for funktionsændringer og ikke primært for smerter, idet det som tidligere nævnt gælder om at finde "hovedskurken", der ikke nødvendigvis er den mest smertegivende. Screeningen kan også billedmæssigt ses som at skrælle lagene af et løg, inden vi til sidst kommer til midten – det væsentlige (boks 4).

I en følgende artikel vi uddybe, hvordan vi kan komme videre diagnostisk og også give behandlingsforslag. ●

Økonomiske interessekonflikter: *ingen angivet*

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 undervisning. Hjemmeside: www.dsmm.org

Litteratur

1. Remvig L, Johannsen F & Korsgaard J. Lærebog i manuelle teknikker, 2004, s. 31-53. Munksgårds forlag.
2. Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin (DSMM), www.dsmm.org
3. DeStefano L. Greenman's Principles of Manual Medicine, 4. udgave, 2011.