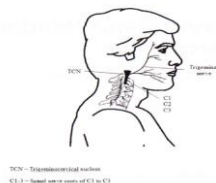


Beskrivelse af et undersøgelses- og behandlingsforløb til en patient med cervical dysfunktion og intermitterende hovedpine.



Case Rapport

Fagforum for Muskeloskeletal Fysioterapi

Morten Østergaard, Fysioterapeut

Øksnebjergvej 53

5230 Odense M

DF Medlemsnummer: 15260

Antal tegn: 54861

05. marts 2010

Faglig & Metodisk vejleder

Inge Ris, Specialist i muskuloskeletal Fysioterapi, DipMT, Master i Rehab.

Bente Annie Sørine Andersen, Senior Lecturer, PT M Sc, Specialist in Sportsphysiotherapy, Clinical Research Physiotherapist Professionshøjskolen Metropol & Gentofte Hospital.

Denne opgave foreligger ukommenteret
og er udelukkende udtryk for forfatterens egne synspunkter.

Indholdsfortegnelse

Forside	1
Indholdsfortegnelse	2
1. Resume	4
2. Baggrund	5
Epidemiologi	5
Ætiologi	7
Evidens	10
Klassifikationsmodel	10
3. Formål	10
4. Materiale og metoder	11
Udvælgelse af patient	11
Kriterier for tilvalg og fravalg	11
Metode	11
Resultatmål for forløbet	12
Anamnese	13
Klinisk ræsonnering efter anamnese	15
Hypoteser	18
± SIN	18
Plan for undersøgelse	19
Undersøgelse	20
Klinisk ræsonnering efter undersøgelse	25
Behandling	31
Klinisk ræsonnering efter behandling	35

5. Resultat	44
6. Diskussion	50
7. Referencer	54
Bilag 1-4	59

1. Resume

Baggrund

Hovedpine er den mest almindelige smerteklage til praktiserende læger i Danmark, og udgifterne til førtidspension, medicin og lægebehandling er meget betydelige.

Litteraturen beskriver articulære og biomekaniske forhold som betydende faktorer i udviklingen af hovedpine og nakkesmerter. Manuel terapi synes at have en rolle i forhold til smertelindring af disse patienter, da der er evidens for brugen af passiv mobilisering og øvelsesterapi til patienter med cervicale dysfunktioner og hovedpine.

Formål

At beskrive og diskutere et undersøgelses- og behandlingsforløb til en pt. med cervical dysfunktion og intermitterende hovedpine.

Materiale og metode

Patienten var en 60-årig kvinde med hovedpine og nakkesmerter. Patienten blev undersøgt og behandlet ud fra MF-konceptet og blev klassificeret i forhold til hovedpinetype. Behandlingen omfattede specifikke mobiliseringsteknikker med fokus på C0-3 samt instruktion i hjemmeøvelser, med det formål at øge stabiliteten og mobiliteten i cervicalcolumna.

Resultat

Der blev i alt udført 8 behandlinger. Patienten havde inden behandlingsstart smerter i nakken samt hovedpine. Hyppigheden og intensiteten af nakkesmerterne og hovedpinen var aftaget betragteligt efter 8. behandling.

Diskussion

Antallet af personer med hovedpine er stadig højt, og yderligere studier fordres med det formål at øge vores kompetencer indenfor klassificering og behandling af patienter med HP og nakkerelaterede smerter.

Centrale nøgleord: Hovedpine, nakkesmerter, mobilisering, fysioterapi.

Keywords: Headache, Neck Pain, Mobilisation, Physiotherapy

2. Baggrund

Epidemiologi

Hovedpine(HP) er ifølge Jensen et al. den mest almindelige smerteklage, som præsenteres for praktiserende læger i Danmark (DK). På grund af sin hyppighed er HP generelt årsag til betydelige samfundsomkostninger. HP er blandt andet årsagen til 20 % af det samlede sygefravær i DK, ligesom udgifterne til førtidspension, medicin og lægebehandling er meget betydelige, således figurerer HP på en 3. plads for de mest omkostningstunge sygdomme på WHO's sygdomsliste i verden (1). Man anslår, at HP koster samfundet 3 milliarder kroner årligt. Beløbet dækker både undersøgelser, behandling, medicin, sygedage og pension (2).

spændingshovedpine

De fleste af os har i løbet af livet oplevet det at have HP samt på egen krop mærket det ubehag der følger med det at have HP. HP varierer meget i forhold til smerteintensitet, frekvens og funktionsnedsættelse – fra sjældne episoder med mindre ubehag til daglige, invaliderende HP. Langt den mest hyppige HP-form er spændingshovedpine (SHP), med en 1-års prævalens på 40-80 % (3). Fernández-de-las-Penas et al. angiver 1-års prævalensen at være 38,3 % ved episodisk SHP (ESHP) og 2,2 % ved kronisk SHP (CSHP) (4). Næsten 80 % af hele befolkningen vil på et eller andet tidspunkt opleve SHP (5).

Omkostningerne er høje blandt dem der er udsat for SHP, set i forhold til tab af arbejdsevne og nedsat livskvalitet, hvor 10 % fortæller om tab af arbejdsdage og næsten halvdelen fortæller om nedsat effektivitet på arbejde, hjemme eller i skolen (3). Selv om personer med HP sædvanligvis bliver behandlet af det traditionelle sundhedsvæsen, ses en stigende tendens til at de søger non-medicinsk eller alternativ terapi for at få lindret deres symptomer (3).

SHP opleves oftere af kvinder end mænd med en kvinde:mand ratio på 5:4, i et dansk follow-up studie angives mand:kvinde ratioen at være 1:2,6 (5,6). Pga. den høje 1-års prævalens på 86 % ved kvinder og 63 % ved mænd – og det brede spektrum af funktionsnedsættelse, har SHP en større socioøkonomisk påvirkning end nogen anden HP-type. På trods af det er der kun 15 % af dem med SHP som søger medicinsk behandling, og 60 % af dem som fortæller om kraftige HP bruger kun håndkøbsmedicin. En terapeutisk tilgang som inkorporerer såvel farmakologisk som

non-farmakologisk intervention viser en succesrate på over 90 % ved patienter (Pt'er) med SHP (5).

Risikofaktorer for udvikling af SHP er en ung alder, at være kvinde, dårlig selvopfattelse af eget helbred, manglende evne til at slappe af efter arbejde samt kun at sove få timer hver nat (6).

Nakkesmerter

Nakkesmerter er et hyppigt problem, som set i forhold til frekvensen af smertetilstande kun er overgået af low back pain (LBP) i den almene befolkning og i muskuloskeletal praksis. Målinger af prævalensen af kroniske nakkesmerter er forskellige. I den svenske befolkning havde 18,5 % af kvinderne og 13,2 % af mændene nakkesmerter i over 6 måneder. Når der blev målt i forhold til vedvarende kronicitet var tallene dog henholdsvis 10 % og 7 %. Et studie rapporterede kroniske nakkesmerter ved 13,5 % af kvinderne og ved 9,5 % af mændene. Et norsk studie rapporterer en samlet hyppighed af nakkesmerter i over 6 måneder på 13,8 %, imidlertid er tallet på 20 % ved personer over 43 år. Det viser sig, at ca. 15 % af kvinderne og 10 % af mændene til enhver tid har kroniske nakkesmerter. Kroniske nakkesmerter medfører en høj grad af sygelighed og påvirker erhvervsmæssige og fritidsmæssige aktiviteter samt livskvaliteten (7).

Ofte udviser personer med nakkesmerter en række komplekse forandringer i den cervicale neuromuskulære funktion. Disse inkluderer forandringer i de dybe cervicale muskler som er vitale for den cervicale segmentære stabilitet, ændrede motoriske strategier, som kan resultere i potentiel overbelastning af de cervicale strukturer, insufficiens i den præprogrammerede aktivering af cervicale muskler, øget træthed, nedsat styrke og udholdenhed og morfologiske og histologiske forandringer i den cervicale muskulatur (8).

Cervicogen hovedpine

Martelletti og Suijlekom har gennemgået flere studier for at belyse prævalensen af cervicogen hovedpine (CHP). Nilsson fandt ved hjælp af et spørgeskema en prævalens i den almene befolkning på 2,5 %. Monteiro fandt i et populationsstudie en prævalens på 1 %. D'Amico et al. fandt en prævalens på 0,7 % blandt 440 HP patienter, mens Pfaffenrath og Kaube ved et hospitalbaseret studie fandt en prævalens på 13,8 % blandt 5520 HP patienter. Prævalensen varierer dermed fra 0,7 – 13,8 %. Biondi angiver dog en prævalens på op til 20 % ved Pt'er med kronisk HP (9). Op til 70 % af personer med hyppig intermitterende (int.) CHP har ledsagende nakkesmerter (10).

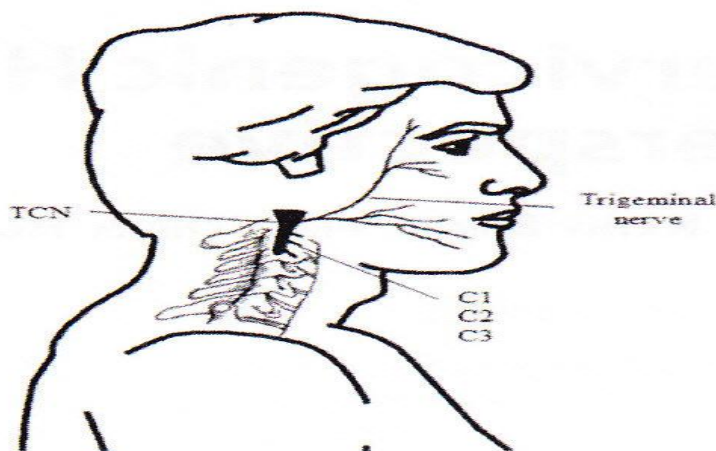
Trods en lang historie med udvikling og publikation af mange kliniske studier omkring CHP forbliver konceptet med CHP kontroversielt. Mens The International Association for the Study of Pain classification inddrager CHP som en særskilt HP syndrom, så accepterer the 1988 international Headache Society (IHS) ikke CHP som en specifik diagnosticeret HP kategori. Yderligere er adskillige forslag til opdatering af kriterierne for CHP i den nyeste IHS klassifikation af HP, som er blevet publiceret i 2004, endnu ikke fuldstændig accepteret (9). IHS har dog for længst anerkendt nakkedysfunktioner som direkte eller indirekte årsag til ofte forekommende HP, hvilket understøttes af adskillige anatomiske og eksperimentelle studier. (11).

Ætiologi

CHP, SHP og migræne betragtes generelt som 3 adskilte tilstande. Alligevel støtter litteraturen den opfattelse at de har adskillige fælles tilgrundliggende årsagsmekanismer, inklusive cervical dysfunktion.

Dysfunktion af cervicale strukturer som for eksempel facetled, discus, ligamenter eller muskler medfører refereret smerte (P), hvor de øvre cervicale segmenter (C0-3) refererer P til hovedet (8). CHP forårsaget af en sådan stimulation er mulig på grund af de fælles neurologiske baner som deles af den trigeminale nucleus og nerverne fra C1-C3 (3). Derfor kan refereret P fra dysfunktioner i cervicalcolumna (Cx) resultere i HP (3, 10, 12, 13, 14).

Den trigeminocervicale nucleus er et område i rygmargens øvre cervicale del, hvor sensoriske nervefibre i den descenderende bane af n. trigeminus konvergerer med sensoriske øvre cervicale nerverødder. Denne konvergens mellem øvre cervicale og trigeminale nociceptive stier muliggør som beskrevet ovenfor refererede smertesignaler fra nakken til de trigeminale sensoriske receptorområder i ansigtet og hovedet (10, 12, 14). Som konsekvens heraf er nakkesmerter og hypersensitivitet, som er elementer i CHP, ofte ledsaget af migræne og SHP (15).



TCN – Trigemino-cervical nucleus

C1-3 – Spinal nerve roots of C1 to C3

Billede 1: Diagrammet viser den anatomiske basis for konvergens af sensoriske input fra de øverste 3 cervicale nerverødder med n. trigeminus i den trigeminocervicale nucleus (15).

Patologiske forhold eller skade som påvirker det atlantooccipitale led og dermed den dorsale gren af C1 vil referere P til regio occipitalis. Traume eller patologiske forandringer ved det atlantoaxiale led eller facettleddene mellem C2-3 vil typisk medføre P i regio occipitalis, parietalis, temporalis, frontalis og periorbitalis. Den dorsale gren af C3 innerverer facettleddene mellem C2-3, og P herfra refereres til regio occipitalis, men refereres også til de frontotemporale og periorbitale regioner. Skade eller dysfunktion i denne region er hyppig årsag til CHP (12).

Ettehoven og Lucas beskriver at årsagen til SHP er ukendt, men at den sandsynligvis er multifaktoriel (5). Fernández-de-las-Penas har tidligere beskrevet, at en gruppe patienter med kronisk SHP havde en øget grad af forward head posture (FHP) og mindre nakkemobilitet end kontrolgruppen (4). På den anden side fandt Zwart ingen signifikant forskel i nakkemobilitet mellem Pt'er med SHP og personer i den raske kontrolgruppe (4). Der er dog tidligere fundet begrænset nakkemobilitet ved nogle HP-former, eksempelvis CHP (4).

Marcus et al. beretter, at Pt'er med SHP har flere posturale uregelmæssigheder inklusiv FHP end raske personer (4).

Det tyder desuden på, at Pt'er med ESHP har signifikant forekomst af aktive triggerpunkter (TP) i den suboccipitale muskulatur (16).

En anden mulig tilgrundliggende komponent for HP er en eller flere forskellige former og grader af andre muskuloskeletale symptomer. Hagen et al. fandt en signifikant

positiv sammenhæng mellem HP og muskuloskeletale symptomer på tværs af køn, aldersgrupper og HP-former ved personer over 20 år. Der var tale om muskuloskeletale symptomer over 10 forskellige regioner fordelt over hele kroppen. Personer med udbredte symptomer har større prævalens af HP, mens personer med nakkesmerter mest led af HP sammenlignet med personer der havde lokale lidelser andre steder i kroppen (17).

Jull et al. afslørede en forekomst af cervical muskuloskeletal dysfunktion (CMD) ved ældre med HP sammenlignet med kontrolgruppen, og CMD synes at være en fælles særpræg ved HP for Pt'er mellem 60-75 år. (18).

Det skal nævnes, at det kan være svært at differentialdiagnosticere mellem CHP, de varierende udformninger af migræne uden aura og SHP på grund af betydelige symptomatiske overlap mellem disse HP-typer (8).

Evidens

Der er enkelte høj kvalitetsstudier, der i sammenhæng med klinisk erfaring peger på, at der er belæg for manuel terapeutisk behandling for CHP. Andre studier har til gengæld vist overraskende effekt af manuel terapi på SHP og migræne. Andersen mener, ifølge Mulligan, at det derfor tyder på, at manuel terapi har en rolle i behandlingen af HP (11).

Der er lavet flere forskellige studier med det formål at undersøge virkningen af øvelsesterapi til HP-patienter. Wright et al. fandt ifølge Friction et al., at holdningskorrigerende øvelser med formildende instruktioner forbedrede hoved- og nakkesmerter signifikant i forhold til placebo-lignende palliative instruktioner (19), og Ylinen et al. fandt en betragtelig reduktion i gennemsnitlige nakkesmerter og funktionsnedsættelse efter deltagelse i et styrke- og udholdenhedsprogram for nakken over 12 måneder (20). Dette kan måske have delvis grobund i, at Pt'er med kronisk SHP også har ændringer af den motoriske kontrol fra de dybe nakkeflexorer (21).

Et Cochrane review viser stærk evidens for, at manuelle teknikker kombineret med øvelser er særligt effektivt til nakkebesvær, hvilket også bekræftes i et nyere Cochrane review (22). Yderligere har Schoensee et al. ifølge Garvice et al. beskrevet, at mobilisering i form af accessoriske og fysiologiske bevægelser i de øvre cervicale segmenter reducerede intensiteten, frekvensen og varigheden af HP ved 10 patienter. Derfor er der evidens til at støtte brugen af passiv mobilisering eller manipulation i behandlingen af cervicale dysfunktioner ledsaget af HP (23).

Klassifikationsmodel

Der er i flere videnskabelige artikler skrevet om differentiering og klassifikation af de enkelte HP-former. På trods af de indbyrdes overlap er der udformet en klassifikationsmodel for CHP, SHP og migræne uden aura. I bilag 4 bliver der redegjort for de forskellige typer af HP.

Kriterierne for CHP er taget fra the Cervicogenic Headache International Study Group for Cervicogenic Headache, mens kriterierne for SHP og migræne er taget fra IHS.

I forhold til CHP skal det nævnes, at CHP er en unilateral (U) HP uden sideskift. I de opdaterede diagnostiske kriterier for CHP er der dog blødt lidt op for den opfattelse at CHP kun kan være U, og i klinisk praksis kan Pt'er med bilateral HP også diagnosticeres med CHP (24).

Udover HP-typerne beskrevet i klassifikationsmodellen skal nævnes Cluster HP, medicininduceret HP, kronisk paroxysmal hemicrania (23), Hortons HP og posttraumatisk HP (2).

Caserapporten beskrives en patient (Pt.) som klassificeres ud fra klassifikationsmodellen, og Pt. undersøges og behandles ud fra Muskuloskeletal Fysioterapi konceptet (MF-konceptet). MF er ifølge International Federation of Orthopaedic Manual/Manipulative Therapists (IFOMT) et specialiseret område af fysioterapien til håndtering af neuro-muskulo-skeletale tilstande, baseret på klinisk ræsonnering og brugen af specifikke fremgangsmåder for behandling som inkluderer manuelle teknikker og behandlingsmæssige øvelser. Orthopaedic Manual Therapy omfatter også, og er drevet af, den tilgængelige videnskabelige og kliniske evidens og den biopsykosociale ramme for hver enkelt Pt. (25).

I det følgende beskrives detaljeret formål med caserapporten samt et undersøgelses og behandlingsforløb til en Pt. med HP.

3. Formål

Formålet med denne case rapport er at beskrive og diskutere et undersøgelses- og behandlingsforløb til en Pt. med cervical dysfunktion og int. HP. Undersøgelses- og behandlingsforløbet tager udgangspunkt i teoretiske overvejelser med fokus på HP, dens årsagssammenhænge og symptombilleder relateret til de muskuloskeletale komponenter set ud fra et muskuloskeletalt, fysioterapeutisk perspektiv.

4. Materiale og metoder

Udvælgelse af patient

Pt. blev valgt i november 2009 på en klinik for fysioterapi.

Der blev sat 1 time af til den fysioterapeutiske undersøgelse (P/E) og 45 minutter til behandling (Rx) 1-8. Der gik 7 dage mellem hver konsultation, dog 11 dage mellem Rx5 Og Rx6.

Pt. har givet skriftligt samtykke, og er informeret om at hun til enhver tid kan trække sig ud af forløbet.

Kriterier for tilvalg og fravalg

Tabel 1: Skematisk oversigt over kriterier for tilvalg og fravalg.

Kriterier for tilvalg	Kriterier for fravalg
Kendt HP indenfor minimum 12 måneder med eller uden nakkesmerter	Whiplash Akut traume til nakke Diagnosticeret migræne Klyngehovedpine Medicininduceret HP HP relateret til metaboliske eller vaskulære lidelser Kronisk paroxysmal hemicrania Diagnosticeret prolaps i Cx Malignitet

Metode

Caserapporten er udfærdiget prospektivt og beskriver et undersøgelses- og behandlingsforløb til en Pt. med cervical dysfunktion og int. HP ud fra MF-konceptet. Specifikke teknikker og behandlingsmæssige øvelser, der er en del af MF konceptet, beskrives i afsnittet ”hjemmeøvelser”, behandlingsafsnittet samt undervejs i den kliniske ræsonneringsproces.

Pt. blev efter anamnese og P/E klassificeret i forhold til \pm SIN-begrebet, som er et afgørende parameter for det efterfølgende behandlingsregime. Efter anamnese og P/E er

der opstillet hypoteser på grundlag af klinisk ræsonnering ud fra hypotesekategoriene af Mark Jones (26).

Artikler er hovedsageligt fundet via søgedatabasen ”pubmed.com” (27). Desuden er anvendt relevant faglitteratur samt arbejdskompendiet fra MF-uddannelsen.

Resultatmål for forløbet

Som resultatmål for forløbet anvendes målemetoderne Numerisk Rang Skala (NRS), Neck Disability Index (NDI) og Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ).

Disse vurderes og evalueres i forhold til ICF-klassifikationen i kropsniveau, aktivitetsniveau og deltagelsesniveau. Her følger en beskrivelse af de valgte målemetoder og deres validitet og reliabilitet.

Kropsniveau

For vurdering af pt´s P-niveau anvendes NRS. Målemetoden er en 11-punkts skala fra 0-10, hvor 0 beskriver at Pt. er P-fri, og 10 beskriver den for Pt. værst tænkelige P. Flere undersøgelser beskriver NRS som valid, reliabel og med god sensitivitet overfor forandringer over kort tid (28, 29, 30, 31).

Aktivitetsniveau

Til vurdering af ændringer i patientens (Pt´s) aktivitetsniveau anvendes NDI. Spørgeskemaet vurderer graden af nakkebesvær og ændring af nakkebesvær. NDI er i flere studier fundet valid og reliabel i forhold til måling af graden og ændring af nakkebesvær samt måling af kronisk, non-traumatisk nakkesmerte (32, 33, 34). Der er lavet en dansk oversættelse, som er benyttet i denne caserapport. Oversættelsen er ikke valideret (35).

Deltagelsesniveau

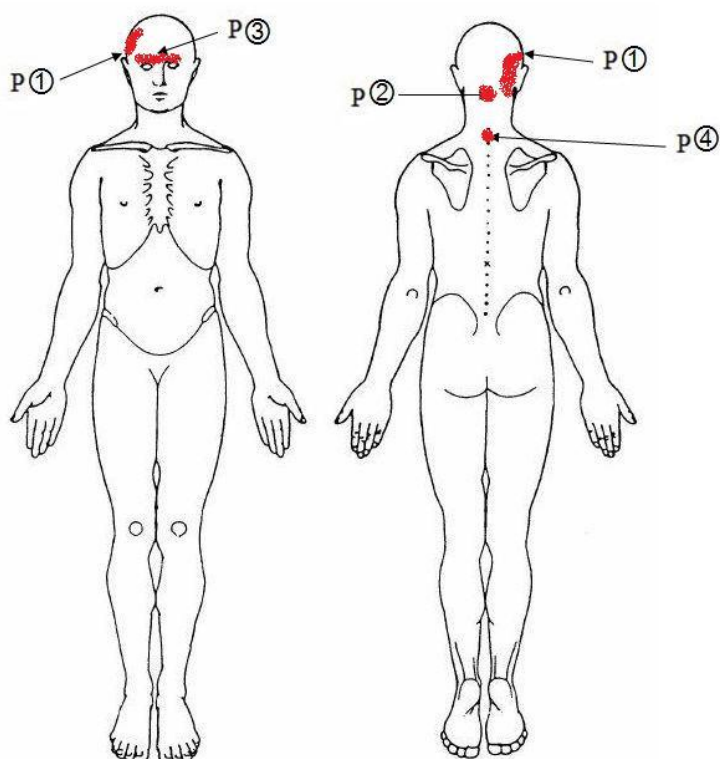
Vurdering af ændringer i deltagelsesniveau foretages på grundlag af enkelte spørgsmål i NDI. Undertegnede er ikke bekendt med undersøgelser der belyser validiteten når der tages enkelte spørgsmål ud.

Derudover anvendes FABQ, som er udviklet til at registrere Pt´s tanker om og oplevelse af P i relation til arbejde og fysisk aktivitet. Målgruppen er oprindeligt Pt´er med lænderygproblemer (36). FABQ er dog også fundet valid og reliabel til Pt´er med nakkesmerter (37, 38).

Anamnese

Det drejer sig om en 60-årig kvinde (i fremtiden benævnt BC), som henvender sig til fysioterapi pga. nakkesmerter og HP. Kvinden er rengøringsdame.

Symptomområderne er indtegnet på nedenstående personkort.



Tabel 2: P-område, P-intensitet, P-beskrivelse, hyppighed af P og indbyrdes sammenhæng.

P-område	P-intensitet	P-beskrivelse	Hyppighed af P	Indbyrdes sammenhæng
P1	0-6/10	Intermitterende (Int.), præcis, dyb, føles som jag	2-5 gange om ugen, kan vare fra 5 minutter til 3 timer	Er ofte ledsaget af P2 og P3
P2	0-6/10	Int., præcis, dyb, nakken føles stiv, der kan være stivhed uden P	2-5 gange om ugen	Ofte sammenhæng mellem P2 og P3
P3	0-6/10	Int., diffus, dyb	2-5 gange om	Ofte

			ugen, varer normalt ca. 1 time. pr. gang.	sammenhæng mellem P2 og P3
P4	0-6/10	Int., præcis, dyb	1-3 gange om ugen.	Kan optræde alene

BC oplyser at P1 er den klart værste P.

Symptomadfærd

Symptomerne kan til tider udløses af stress, og et øget stressniveau kan forværre P1, P2 og P3. Symptomerne kommer i sjældne tilfælde indenfor få minutter, langt hyppigere går der dog et par timer. BC føler sig periodevis stresset på arbejdet og kan have svært ved at stoppe med arbejdet i det øjeblik hun får symptomer. Det samme er gældende når hun arbejder i eget hjem. Hun føler, at hun med tiden blevet bedre til at sige fra.

Der er ikke et generelt mønster i forhold til hvornår symptomerne indtræder, da de også kan komme i hvile.

Yderligere forværende faktorer i forhold til P1, P2, P3 og P4 er aktiviteter med hovedet foroverbøjet i mere end 10 minutter, eksempelvis hvis hun læser en bog eller laver mad. Her mærkes P2 først, hvorefter P1, P3 og P4 i nogle tilfælde provokeres yderligere. P2 og P4 provokeres når BC skal bøje nakken bagover og kigge op.

Hvis symptomerne opstår tager BC ofte 2 panodil, hvorefter P enten lindres eller fjernes. Andre gange forsvinder HP af sig selv uden brug af panodil eller ophør af aktivitet. Hun tager panodil minimum 3 gange om ugen. På den måde kan hun til nøds passe sit arbejde og slippe for sygedage.

BC sover fint om natten. Det varierer hvordan hun har det om morgenen når hun står op, men til tider kan hun vågne med HP. Hun sover med en pude med dun, og selvom hun tidligere har prøvet at sove med en ergonomisk korrekt hovedpude er det ikke hendes ønske at skifte hovedpude.

BC er ikke plaget af dysartria (talebesvær), dysfagi (synkebesvær), dropattacks, dobbeltsyn eller kvalme.

BC mener ikke at være plaget af kæbeledssmerter eller bevægeindskrænkninger i forhold til munden og kæbeledet, ej heller svimmelhed eller hukommelsesbesvær.

BC har i samråd med egen læge og hendes mand besluttet at gå til fysioterapi.

Historie

Symptomerne startede første gang i 1984 med nakkesmerter og Int. HP uden kendt årsag lokaliseret over øjnene i let grad. Indenfor de sidste 2-3 år er P tiltaget i intensitet og hyppighed og er on/off ledsaget af jag i højre (hø.) regio temporalis trækkende over hø. side af hovedet ned mod regio suboccipitales (P1).

BC var i 2004 under fysioterapeutisk intervention for P1 og P2, men hun erindrer ikke om det hjalp. HP har dog aldrig været væk.

BC fik i 2004 foretaget røntgenundersøgelse (rtg.) af Cx. Hun husker ikke svaret på undersøgelsen.

Forventninger til behandling

BC har indenfor de sidste 2-3 år mærket en gradvis forværring af symptomerne, og hun er ked af gradvist at føle sig mere indskrænket i dagligdagen. Hun håber via fysioterapi at blive P-lindret, så hun kan opretholde sin arbejdsfunktion uden HP og/eller nakkesmerter. Hun forventer ikke at blive fuldstændig P-fri.

Specielle spørgsmål

BC har et generelt godt helbred, normal appetit og stabil vægt. Hun har ikke feber. Hun erindrer ikke at hendes børn eller andre familiemedlemmer har eller har haft problemer med HP. Hun får ingen medicin og har ikke fået foretaget rtg.

BC har ikke været udsat for traumer eller operationer og lider ikke af svimmelhed, paræstesier, gangforstyrrelser, klump i halsen, pins and needles (P&N) i tungen, susen for ørerne, ringen for ørerne, smerter fra ørerne eller øresusen.

Her følger den kliniske ræsonnering efter anamnesen, herunder en vurdering af røde flag¹. Sammenhængen mellem røde flag og hovedpine er belyst i flere artikler (39,40,41,42).

Klinisk ræsonnering efter anamnese

BC virker til at være kommet ind i en ond cirkel. Hun er disponeret for HP og nakkesmerter, men trods det fortsætter hun de daglige belastninger på samme niveau som tidligere. Ofte tager hun ikke hensyn til P, men tager P-stillende medicin i form af panodil. Dette er eskaleret indenfor de sidste 3 år og er nærmest blevet en vane.

¹ Kontraindikationer/særlige hensyn

Symptomerne skyldes muligvis en dårlig hovedpude uden tilpas ergonomisk støtte og en deraf uhensigtsmæssig hovedposition om natten. Dette kan med tiden have medført ændrede muskulære og articulære forhold i Cx.

Ud fra en hierarkisk liste over røde flag udviklet af Greenhalgh og Selfe ses, at der er 2 røde flag i forhold til at BC er over 51 år, og der er et rødt flag i forhold til at BC har HP (43).

CSAG (1994) har ligeledes udarbejdet en liste over røde flag, og ud fra den ses et rødt flag ved at BC er over 55 år (43).

Mulige røde flag er højcervical ligamentær instabilitet eller hypertension. Yderligere overvejes hvorvidt anden alvorlig patologi kan være årsag til BC's symptomer i form af en hjernetumor, en intracranial aneurisme eller intracranial hypotension. Umiddelbart mistænker jeg ikke disse malignitetsformer, da jeg tænker at symptombilledet så sandsynligvis ville have været anderledes i form af konstant P/konstant HP samt vægttab. Jeg mistænker ikke subaracnoidal hæmoragi, da der ikke er en øjeblikkelig begyndende HP med voldsomme smerter som er karakteristisk herfor (44). Meningitis er ikke sandsynligt da BC ikke har feber eller symptomer som er startet indenfor de sidste 24 timer (44). Desuden er det en vigtig faktor at det ikke er en pludseligt opstået HP, men en HP som har været der siden 1984. Derfor finder jeg på nuværende tidspunkt ikke indikation for at sende pt. til videre udredning for alvorlig patologi. Jeg er opmærksom på muligheden for alvorlig patologi, specielt hvis den forestående fysioterapeutiske intervention ikke ændrer symptombilledet.

Besvarelserne i afsnittet om "Specielle spørgsmål" giver ikke indikation af malignitet eller arvelig disposition.

Her følger skema over ræsonnering efter anamnesen, illustreret i forhold til hypotesekategorierne.

Tabel 3: Overvejelser efter anamnesen, set i forhold til hypotesekategoriene.

Røde flag	Gule flag²	Strukturer	Smerte- /symptom- mekanismer
Over 51/55 år. Hovedpine. Højcervical ligamentær instabilitet. Hypertension. Hjernetumor. Intracranial aneurisme. Intracranial hypotension. Subaracnoidal hæmoragi. Meningitis.	Lytter ikke altid til kroppens symptomer, kan have svært ved at stoppe arbejde selvom hun får det værre symptommæssigt.	C0-C7 mm. suboccipitales anteriore cervicale stabilisatorer Global mm. relateret til nakken. Refereret P fra kæbeled Dura Mater	Kognitiv/ Emotionel og evt. stressrelateret Refereret P via trigeminocervicale nucleus. Nociceptiv mekanisk P ved P2 og P4. Central neurogen P på grund af tidsfaktor.

Biomekanisk vedligeholdende faktorer	± SIN	Prognose	Håndtering og behandling
Ændret neuromuskulær kontrol og stabilitet af cervicale muskler. Forkert hovedpude. Evt. Pt's arbejde.	– SIN	Vurderer det er muligt at lindre symptomer samt øge bevæge- ligheden i Cx, vurderer ikke BC vil blive fuldstændig symptomfri.	Hands on, hjemmeøvelser.

² Prædisponerende/vedligeholdende faktorer

Hypoteser

Primær hypotese

Kombineret CHP og SHP.

Sekundære hypoteser på strukturniveau

Nedsat funktionel stabilitet i Cx.

Nedsat neuromotorisk kontrol i Cx.

Irritation/stramhed af dura mater og/eller de smertesensitive strukturer i canalis vertebralis, evt. nedsat mobilitet mellem dura mater og spinalkanalen (45).

Refereret P fra kæbeled.

Pt.*-tegn³: Aktiviteter med hovedet foroverbøjet i mere end 10 minutter, NRS 0-5/10.
Føre nakken bagover og kigge op, NRS 0-6/10.

± SIN

SIN-begrebet er et kerneområde indenfor muskuloskeletal fysioterapi. Det er vigtigt, at vi som fysioterapeuter finder ud af om vi arbejder med en + SIN eller – SIN Pt., da det danner udgangspunkt for den behandling vi udfører.

S beskriver Severity, dvs. P-intensiteten, som får Pt. til at stoppe sin aktivitet.

I beskriver Irritability, dvs. vævsområdets irritabilitet vurderes ud fra en aktivitet eller stilling. Irritability vurderes i forhold til tiden der går inden P provokeres, hvor kraftig den provokerede P bliver samt hvor lang tid P er om at falde til ro.

N beskriver Nature, dvs. en underliggende patologi eller patientens fysiske og/eller psykiske ressourcer, som betinger forsigtighed.

Pt's tilstand kategoriseres som SIN, hvis behandleren ud fra sin erfaring, samt ud fra fund og P-niveau finder, at et vist niveau af bare én af de tre komponenter (S, I eller N) er til stede (46, 47).

Ved en + SIN Pt. vælges den teknik, der gav den største P-fri bevægelse. Der arbejdes hyppigst i grad I eller II, eventuelt grad 4--, hvis den ikke provokerer P. Ved en – SIN Pt. vælges den teknik, der ved din palpationsundersøgelse af det afficerede segment /

³ Defineres som en bevægelse eller stilling som patienten foretager, med provokation af kendte symptomer til følge.

led fremprovokerer Pt's symptomer tydeligst. Der arbejdes så langt ind i modstanden som muligt med respekt for Pt's P (26).

Pt. fortæller om en hyppighed af symptomer på 2-5 gange om ugen med en P-angivelse på NRS på maksimalt 6/10. P er Int., og hun sover godt om natten. Symptomerne falder til ro indenfor 5 minutter til 3 timer, og jeg vurderer ikke der er et klart og tydeligt "irritabilitetsmønster". Derfor klassificeres BC som – SIN, også ud fra den betragtning, at hun er symptomfri inden P/E (se senere).

Blunck et al. beskriver ESHP som værende HP mere end 1 dag og under 15 dage med pr. måned, mens Pt. ved CSHP har HP 15 dage eller mere pr. måned (2). Ud fra de kriterier vurderer jeg Pt. til at være kronisk, da hun har HP og nakkesmerter op til 5 gange om ugen.

Plan for undersøgelse

Med udgangspunkt i hypotesen om at BC vurderes som – SIN vælger jeg at foretage P/E med det formål at indsamle så mange undersøgelsesfund som muligt. Jeg har en hypotese om at BC har en kombineret HP-form i form af CHP og SHP, og jeg ønsker at undersøge articulære og muskulære strukturer af betydning for ætiologien og symptomatologien. Jeg undersøger for dysfunktioner i Cx ved aktive bevægelser kombineret med overpres (OP) og ved passive accessoriske intervertebrale bevægelser (PAIVM) og passive fysiologiske intervertebrale bevægelser (PPIVM). På baggrund af hypotesen om irritation/stramhed af dura mater og/eller de P-sensitive strukturer i canalis vertebralis eller nedsat mobilitet mellem dura mater og spinalkanalen anvendes SLUMP (43). Derudover undersøges nakkens funktionelle stabilitet og neuromotoriske kontrol. Der foretages en palpatorisk undersøgelse af muskler og led i og omkring Cx. og en kæbeledsundersøgelse.

Jeg er opmærksom på hvordan BC reagerer på P/E. Hvis der undervejs er indikation for irritabilitet vil jeg bruge få undersøgelsesteknikker.

Undersøgelse

Udgangspunkt for BC: ingen HP, men stramhed svarende til P2.

Tabel 4: Skema over dele af P/E og undersøgelsessvar:

Undersøgelse	Svar på undersøgelse
Inspektion stående	Kyfolordoseret holdning, FHP, eleveret skulderåg bilateralt. Skulderled (G/H) anteverterede bilateralt.
Inspektion og holdningskorrektion i siddende	Kyfolordoseret holdning med øget thoracal (Tx) kyfose og FHP. BC bliver bedt om at rette op i Cx og truncus, hvilket ikke ændrer P2. Retraction Cx ændrer ikke P2.
Sikkerhedstests Cx a. vertebralis ligamentum (ligg.) transversum ligg. Alaria Passiv nakke fleksion	intet abnormt (i.a.) (26, ifølge s. 4.01C af MT's arbejdskompendium) i.a. (26 4.01B) i.a. (26 4.01B) i.a. (26 2.01F)
Neurodynamisk undersøgelse SLUMP	i.a.



Billede 2: Udførelse af SLUMP.

Beskrivelse

Pt: sidder helt tilbage på lejet, (knæhaser mod lejet), knæene skal være samlet. Hænder på ryggen. Tp. står på siden af lejet. Pt. synker sammen, afhængig af reaktion giver Tp. overpres på Tx + Lx. Pt. holdes i en stilling uden symptomer. Pt. anmodes om at flektre Cx, afhængig af reaktion gives OP. Cx F holdes i en stilling uden symptomer. Pt. strækker knæet (fod neutral), reaktion registreres. Pt. bøjer knæet igen. Pt. strækker nu knæet med DF. Reaktion registreres. n. tibialis og n. suralis.

Testen kan rettes mod n. suralis C DF/inv eller mod n. tibialis C DF/ev. Pt. ekstenderer Cx. Letter eller forværres symptomerne og kan knæret strækkes mere end før?

Pt. flekterer Cx igen og symptomændringerne registres.

Aktiv bevægelighed Cx suppleret med OP

I nedenstående tabel beskrives den aktive bevægelighed Cx, der suppleres med OP. Undersøgelsen udføres med BC siddende:

Tabel 5: Beskrivelse af testbevægelser suppleret med P-angivelse. De vigtigste undersøgelsesfund er fremhævet.

Testbevægelse	Øget/normal/nedsat bevægelighed	NRS
Retraktion	Nedsat	0/10
Aktiv Flexion (F)	Nedsat Let rot. af hoved og nakke til højre	0/10 BC mærker stramhed ved P2
F med OP øvre Cx	Normal	P2 4/10
F med OP nedre Cx	Normal	P4 4/10
Aktiv Ekstension (E)	Bevægelighed ca. 60 grader	P2 4/10, end range pain (ERP)
E med OP øvre Cx	Nedsat	P2 6/10
E med OP lav Cx	Nedsat	P4 6/10
Aktiv lateralfleksion til højre (LFTH)	Nedsat, der mærkes stramhed ved trapezius 1 i ve. side	0/10
LFTH med OP	Stramhed ved trapezius 1 i	0/10

	ve. side øges	
Aktiv lateralfleksion til venstre (LFTV)	Nedsat, der mærkes stramhed ved trapezius 1 i hø. side	0/10
LFTV med OP	Stramhed ved trapezius 1 i hø. side øges	0/10
Aktiv rotation (rot.) til højre (th.)	Bevægelighed ca. 50 grader	0/10
Aktiv rot. th. med OP	Nedsat	P2 5/10, P trækker ned langs trapezius1
Aktiv rot. til venstre (tv.)	Bevægelighed ca. 65 grader	0-10
Aktiv rot. tv. med OP	Nedsat	P2 5/10, P trækker ned langs trapezius 1

Ved passiv bevægelse mod maksimal F af Cx inden OP mærkes stramhed svarende til mm. semispinalis capitis og mm. splenius capitis.

PAIVM

I nedenstående tabel beskrives undersøgelse ved PAIVM.

Tabel 6: PAIVM, de vigtigste undersøgelsesfund er fremhævet.

Teknik	R1	R2	Grad	NRS
U PA tv. C1	Tidlig	Tidlig	4	2/10 lokalt
U PA th. C1	Tidlig	Tidlig	4	5/10 lokalt
Central PA C2	Tidlig	Tidlig	4	2/10 lokalt
U PA th. C2	Tidlig	Tidlig	4	4/10 lokalt
U PA tv. C2	Tidlig	Tidlig	4	2/10 lokalt
U PA th. C3	Tidlig	Tidlig	4	6/10 lokalt
Central PA C3	Tidlig	Tidlig	4+	6/10 lokalt
U PA th. C4-6 og central PA C4-6	Tidlig	Tidlig	4, 4+ og 4++	0/10, lokal stivhed
PA C7 & Th1	Tidlig	Tidlig	Grad 4	4/10 lokalt
U PA th. C7 & Th1	Tidlig	Tidlig	Grad 4	3/10 lokalt

U PA th. Th2-7 & central PA Th2-7	Tidlig	Tidlig	Grad 4, 4+ og 4++	0/10, lokal stivhed
AP th. C1	Tidlig	Tidlig	Grad 4	2/10 lokalt
AP th. C2	Tidlig	Tidlig	Grad 4	3/10 lokalt
AP th. C3	Tidlig	Tidlig	Grad 4	5/10 lokalt

U = Unilateral

PA = Posterior til anterior

AP = Anterior til posterior

Ved U PA th. og AP th. er C3 det segment med mest stivhed, dvs. der hvor R1 og R2 kommer tidligst.

Der er mest stivhed i Tx ved Th2-4.

PPIVM

Cradlehold: teknikken laves i hele Cx til endfeel i rot. , lateralfleksion (LF) og sideglid (SG), hvor primærkomponenten er rot. Teknikken laves i grad 4, og der vurderes i forhold til stivhed og P.

Der er ERP lokal ved rot. th. på C3, NRS 6/10. der er generel stivhed Cx, værst ved C3.

Palpation

Latente TP svarende til musculus (mm.) scalenii, mm. levator scapulae og mm. sternocleidomastoideus (SCM) bilateralt og aktive TP svarende til mm. suboccipitales og mm. trapezius 1, værst i hø. side. Der palperes kontrakt muskulatur svarende til de nævnte muskler og stramhed af muskelvæv i nakkens posteriore muskulatur svarende til musculus (mm.) semispinalis capitis og mm. splenius capitis.

Kæbeledsundersøgelse

Led undersøgelse: i.a., ingen ømhed af mm.

Anteriore cervicale stabilisatorer

BC kan holde hovedet ca. 2-3 sekunder inden hovedrysten.



Billede 3: Rygliggende test af muskelstyrke og udholdenhed af de anteriore cervicale stabilisatorer.

Beskrivelse

Rygliggende bedes Pt. om at løfte hovedet ca. 1 cm. fra underlaget med næsen pegende lige op. Det vurderes hvor længe Pt. kan holde hovedet uden at begynde at ryste, og dette tages som et udtryk for udholdenheden og styrken af de anteriore stabilisatorer.

Test af mm. suboccipitales

Der mærkes stramhed i sidste del af bevægelsen.



Billede 4: Test af stramhed i mm. suboccipitales.

Beskrivelse

Formålet med teknikken er at undersøge og vurdere muskellængde- og stramhed af mm. suboccipitales.

Pt. rygliggende. Terapeut stående ved hovedgærdet med pt's hoved i hø. hånd og ve. hånd på pt's hage.

Metode: Tp. flekterer pt's hoved med hø. hånd samtidig med at ve. hånd holder hagen inde. Ved at holde hagen inde søges at isolere bevægelsen højcervicalt. Tp. mærker efter stramhed i bevægebanen.

Klinisk ræsonnering efter undersøgelse

I forhold til røde flag vurderes ikke at være indikation for højcervical ligamentær instabilitet, da testene for højcervical ligamentær instabilitet viste i.a. Der er ikke indikation for meningitis, da testen passiv nakke fleksion viste i.a. De tidligere beskrevne røde flag i form af en hjernetumor, en intracranial aneurisme, intracranial hypotension eller subaracnoidal hæmorage er på nuværende tidspunkt ikke min primærhypotese, og på nuværende tidspunkt vurderes det ikke som sandsynlig årsag til BC's symptomer.

Ud fra den tidligere beskrevne hierarkiske liste over røde flag udviklet af Greenhalgh og Selfe vurderes at være et rødt flag i forhold til at BC i Cx har delvis articular restriction af bevægeligheden.

På nuværende tidspunkt finder jeg det ikke aktuelt at sende BC til videre udredning for røde flag. I stedet vurderer jeg det aktuelt at starte et fysioterapeutisk interventionsforløb, for derigennem at se hvordan BC's tilstand udvikler sig. Jeg vil dog senere hen revurdere i forhold til røde flag, hvis den forestående fysioterapeutiske intervention ikke ændrer på symptombilledet.

Primærhypotesen i form af en kombination af CHP og spændingshovedpine er blevet styrket, hvilket begrundes med nedsat accessorisk bevægelighed specielt ved C0-C3 specielt ved C3, øget stivhed i mm. suboccipitale samt i mm. beskrevet i palpationsundersøgelsen.

Der er generel nedsat mobilitet i Cx i alle retninger og derfor indikation for mobilisering. Fokus skal være på mobilisering af C3, da det er det mest P-provokerende og bevægeindskrænkede segment i Cx. Der er behov for holdningskorrigerende og stabiliserende øvelser for nakken og udspænding af især mm. suboccipitales og trapezius 1. Stramheden i trapezius 1 er vurderet ud fra den palpatoriske undersøgelse, som afslørede stram mm. svarende til trapezius 1. Initielt vil blive fokuseret på PAIVM omkring C3 og C1 i prioriteret rækkefølge, da min hypotese er at P1, P2 og muligvis P3 har grobund fra et af de 2 segmenter. Jeg vil senere i forløbet vurdere i hvor høj grad

PPIVM skal indgå som en del af Rx. Ved enkelte behandlinger suppleres med udspænding af mm. trapezius 1 og SCM.

BC forventes ikke at blive symptomfri. BC har haft HP i 25 år, og sammenholdt med alder, arbejdsliv og holdning vurderes det sandsynligt med degenerative forandringer i Cx. Derfor er målsætningen at minimere Pt's P.

Ved PAIVM angives den kraftigste P-intensitet at være NRS 6/10 ved PA C3 grad 4+ samt ved cradlehold på C3 med rot. som primærkomponent. Der er ikke tegn på irritabilitet. Jeg vurderer BC's fysiske og psykiske ressourcer til at være acceptable. Derfor klassificeres BC som - SIN Pt.

Jeg vælger følgende Tp.-stjernetegn (Tp. *-tegn)⁴:

Tp. *-tegn: Aktiv rot. Cx th. og tv., vurdering af bevægeudslag og P-niveau ved P2 og P4 ved hjælp af NRS.

Aktiv E Cx, vurdering af bevægeudslag og P-niveau ved P2 og P4 ved hjælp af NRS.

Aktiv retraktion Cx, benyttes kun ved Rx8.

Undervejs spørges til eventuel provokation af P1 og P3.

Primærhypotesen er en dysfunktion i øvre Cx med nedsat bevægelighed omkring C0-C3, hvilket bidrager til P1, P2 og muligvis P3 ud fra teorien om smerteudbredelse beskrevet i afsnittet "ætiologi". Målet er at lindre BC's symptomer ved at øge bevægeligheden i øvre Cx. Test/retest anvendes i bevægelserne rot. Cx og E Cx udført aktivt af BC, da de bevægelser viste den største grad af bevægeindskrænkning i P/E. E provokerede samtidig P2.

Herunder følger tabel over hypotesekategorier efter anamnese og P/E.

⁴ Et terapeutstjernetegn er en af terapeuten udvalgt specifik funktion der tydeliggør patientens problem, enten i form af begrænsning af funktion eller angivet ubehag eller smerte under udførelse af funktionen.

Tabel 7: Analyse ud fra hypotese kategorier

Røde flag	Gule flag	Strukturer	Smerte- /symptommekanismer
Over 51/55 år. Hovedpine. Delvis artikulær bevægerestriktion. Hypertension. Hjernetumor. Intracranial aneurisme. Intracranial hypotension. Subaracnoidal hæmoragi.	Lytter ikke altid til kroppens symptomer, kan have svært ved at stoppe arbejde selvom hun får det værre symptomæssigt.	C0-C3 mm. suboccipitales anteriore cervicale stabilisatorer Trapezius 1	Kognitiv/ Emotionel og evt. stressrelateret Refereret P via trigeminocervicale nucleus. Nociceptiv mekanisk P ved P2 og P4. Central neurogen P på grund af tidsfaktor.

Biomekanisk vedligeholdende faktorer	± SIN	Prognose	Håndtering og behandling
Kyfolordoseret holdning med ændret neuromuskulær kontrol og stabilitet af cervicale muskler. Forkert hovedpude. Evt. pt's arbejde.	- SIN	Vurderer det er muligt at lindre symptomer samt øge bevægeudslag i Cx, vurderer ikke hun vil blive fuldstændig symptomfri.	Hands on, hjemmeøvelser.

Hjemmeøvelser

BC får udleveret følgende hjemmeøvelser:

Rygliggende træning af de anteriore stabilisatorer. Øvelsen laves som beskrevet i P/E af de anteriore stabilisatorer Cx. BC skal lave 10 gentagelser 3 gange i løbet af dagen.

Hovedet holdes oppe maksimalt 15 sekunder pr gang. Ved hovedrysten sænkes hovedet.

Udspænding af bløddele i nakken, herunder mm. suboccipitales, mm. splenius capitis og mm. semispinalis capitis. Laves 30 sekunder 3 gange efter hinanden 3 gange om dagen (48).

Udspænding af trapezius 1 og SCM. Laves 30 sekunder 3 gange efter hinanden bilateralt 3 gange om dagen.



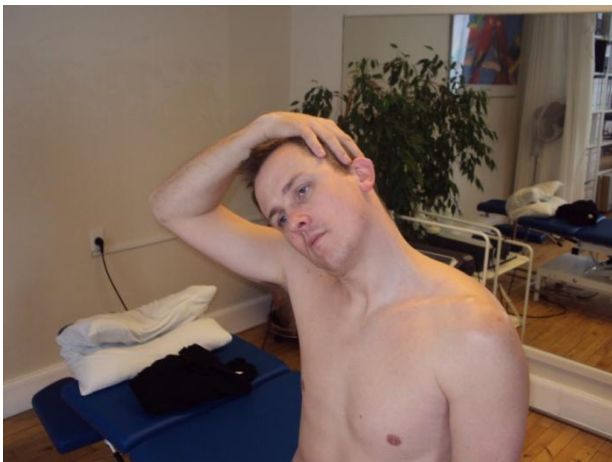
5: Hjemmeøvelse for de anteriore cervicale stabilisatorer.



Billede 6: Udspænding af bløddede i nakken, herunder mm. suboccipitales.

Beskrivelse

Pt. siddende afslappet. Pt. foretager F Cx så at hagen er så tæt på sternum som muligt. Pt. tager hænderne bag nakken og laver et overpres i fleksion (48). Positionen holdes i ca. 30 sekunder.



Billede 7: Udspænding af trapezius 1 og SCM.

Beskrivelse

Pt. siddende. Pt. tager fat i sædet med hø. hånd. Hovedet bøjes lidt forover, sidebøjes mod ve. og roteres mod hø. Hoved og nakke støttes med ve. hånd. Kroppen lænes mod ve. og lidt forover. Hagen føres derefter til brystet for yderligere at strække hø. SCM (47, s. 146).

Udspændingen holdes i 30 sekunder 3 gange efter hinanden, der holdes pause mellem hver udspænding i ca. 30 sekunder.

Personer med nakkesmerter har underliggende neuromuskulære problemer som kræver øjeblikkelig opmærksomhed, og det neuromuskulære trænes ikke ved simpel high-load⁵ styrke- og udholdenhedstræning. Der er evidens for, at personer med HP og nakkesmerter har forsinket koordination mellem de superficielle og profunde nakkemusklér, øget træthed af nakkemuskulaturen under vedvarende low load⁶ aktivitet og nedsat kinæstetisk sans. Der er evidensbaseret indikation for at det er muligt at reducere nakkesmerter og de dertil knyttede symptomer ved hjælp af specifikke skånsomme øvelser (49).

Inden det følgende afsnit ”Behandling” gengives her Tp.*-tegn med beskrivelse af Bevægeudslag og P-angivelse. Tp.*-tegnene vil blive brugt undervejs som test/retest efter de specifikke mobiliseringsteknikker.

Tabel 8: Tp. *-tegn ved P//E.

Aktiv bevægelse	Bevægelighed	NRS
E Cx.	Bevægelighed (bev.) 60 grader	P2: ERP 4/10 P4: ERP 4/10
Rot. th.	50 grader	NRS 0/10
Rot. tv.	65 grader	NRS 0/10

⁵ > 25 % af MVC (Maximum Voluntary Contraction) = > 25 % af maksimal styrke

⁶ < 25 % af MVC (Maximum Voluntary Contraction) = < 25 % af maksimal styrke

Behandling

Herunder er skematisk beskrevet Rx1-Rx8.

Tabel 9: Skematisk oversigt af Rx1-Rx8.

Rx	Teknik	Grad og oscillationer.	NRS ved teknik	Bevægelighed i retest	NRS ved retest
1	U PA th. C3	Grad 4, 2x60 oscillationer (osc.)	P2 6/10, P1 reproduceres	ISQ	ISQ
	U PA th. C3	Grad 4, 1x60 osc.	P2 6/10	ISQ	ISQ
	Cradlehold C3, primærkomponent rot. th.	Grad 4, 1x30 osc.	0/10	ISQ	ISQ
	Cradlehold C3, primærkomponent rot. th.	Grad 4++, 1x30 osc.	P2 1/10	ISQ	ISQ
	U PA th. C1	Grad 4, 3x60 osc.	P2 5/10	ISQ	ISQ
2	U PA th. C3	Grad 4, 3x60 osc.	P2 2/10	ISQ	ISQ
	U PA th. C1	Grad 4, 3x60 osc.	P2 5/10	ISQ	ISQ
3	U PA th. C3	Grad 4++, 3x60 osc.	P2 6/10	ISQ	ISQ
	Transversel modrotation C7/Th1	Grad 4, 1x30 osc.	P4 3/10	ISQ	ISQ

	Transversel modrotation C7/Th1	Grad 4+, 1x30 osc.	P4 4/10	ISQ	ISQ
	Transversel modrotation C7/Th1	Grad4++, 1x30 osc.	P4, 4/10	ISQ	ISQ
	Udspænding trapezius 1 og SCM	3x30 sekunder	0/10	ISQ	ISQ, føler dog mindre stramhed P2 og i nakken generelt
4	AP th. C3	Grad 4-, 3x60 osc.	P2 5/10, P1 reproduceres	ISQ	ISQ
	Transversel modrotation C7/Th1	Grad 4, 3x60 osc.	P4 4/10	ISQ	ISQ
	Udspænding trapezius 1 og SCM	3x30 sekunder	0/10	ISQ	ISQ, føler dog mindre stramhed P2 og i nakken generelt
5	AP th. C3	Grad 4-, 1x60 osc.	P2 5/10, P1 reproduceres	In status Quo (ISQ)	ISQ
	AP th. C3	Grad 4-, 2x60 osc.	P2 5/10	Rot. th.: ISQ Rot. tv.: ISQ E 65 gr.	Rot. th.: ISQ Rot. tv.: ISQ E: 2/10

	Udspænding trapezius 1 og SCM	3x30 sekunder	0/10	ISQ, føler mindre stramhed P2	ISQ, føler dog mindre stramhed P2 og i nakken generelt
6	AP th. C3	Grad 4-, 1x60 osc.	P2 3/10, reproducerer P1	Rot. th.: 55 gr. Rot. tv.: ISQ E: 65 gr.	Rot. th.: ISQ Rot tv.: ISQ E: 2/10
	AP th. C3	Grad 4, 2x60 osc.	P2 2/10	Rot. th.: 60 gr. Rot. tv.: 70 gr. E: ISQ	Rot. th.: ISQ Rot. tv.: ISQ E: 2/10
	Transversel modrotation C7/Th1	Grad 4+, 3x60 osc.	P4 3/10	ISQ	ISQ
	Udspænding trapezius 1 og SCM	3x30 sekunder	0/10	ISQ	ISQ, føler dog mindre stramhed P2 og i nakken generelt
7	AP th. C3	Grad 4-, 2x30 osc.	P2 3/10	ISQ	ISQ
	Traktionsmobili- sering Cx rygliggende	Grad 4-, 2x20 osc.	0/10	Rot. th.: 65 gr. Rot. tv.: 75 gr.	ISQ

	Udspænding trapezius 1 og SCM	3x30 sekunder	0/10	ISQ, føler dog mindre stramhed P2	ISQ, føler dog mindre stramhed P2 og i nakken generelt
8	Retraktionsmobilise- ring Cx rygliggende	Grad 4+, 1x30 osc.	P2 1/10 P4 1/10	ISQ	ISQ
	Retraktionsmobilise- ring rygliggende	Grad 4++, 2x30 osc.	P2 2/10 P4 2/10	ISQ	ISQ
	Cradlehold C2, primærkomponent rot. th.	Grad 4+, 1x30 osc.	P2 1/10	ISQ	ISQ
	Cradlehold C3, primærkomponent rot. th.	Grad 4+, 3x30 osc.	P2 2/10	Rot. th.: 70 gr. Rot. tv.: ISQ E: ISQ	ISQ
	AP th. C3	Grad 4, 1x30 osc.	P2 4/10	ISQ	ISQ
	AP th. C3	Grad 4, 1x30 osc.	P2 2/10	ISQ	ISQ
	AP th. C3	Grad 4+, 1x30 osc.	P2 4/10	ISQ	ISQ
	Udspænding trapezius 1 og SCM	3x30 sekunder	0/10	ISQ	ISQ

U = Unilateral

AP = Anterior til posterior

PA = Posterior til anterior

ISQ = in status quo = uændret

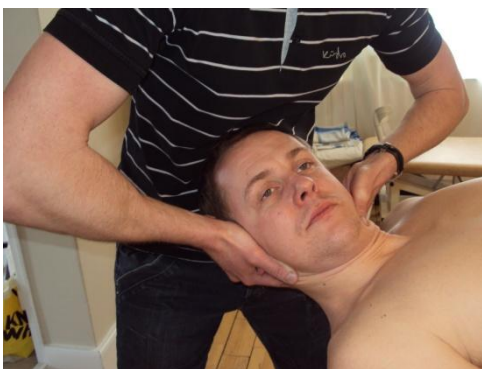
Ved telefonisk kontakt 1 måned efter Rx8 fortæller BC at hun indenfor de sidste 14 dage kun en gang har oplevet at have P i form af P3, men at den forsvandt efter ca. 10 minutter. NRS var 1-2/10. Hun har nemmere ved at føre hovedet bagover uden af få P svarende til P2 og P4. Samtidig kan hovedet være foroverbøjet i over 30 minutter uden P, hvilket ikke tidligere var muligt mere end maksimalt 10 minutter. Derfor har hun nemmere ved at vaske op eller læse en bog.

Klinisk ræsonnering efter behandling

Følgende beskrives den kliniske ræsonneringsproces, status for BC samt forklaringer til valg af teknikker.

Rx1

Der foretages PAIVM i form af U PA th. C3, da det er den mobiliseringsteknik der provokerer symptomer mest signifikant samt reproducerer P1. Ved efterfølgende cradlehold på C3 th. grad 4++ føler BC kun et meget let provokation i form af lokal P, NRS 1/10, hvilket står i kontrast til den P/E, hvor BC angav NRS 6/10 i grad 4. Efterfølgende mobiliseres U PA th. C1, dog uden efterfølgende ændring i Tp.*-tegn. BC er glad for at have fået udleveret hjemmeøvelser, da hun føler hun nu selv kan gøre noget for at få det bedre. Hun føler øvelserne er til at gå til. Hun er indforstået med, at en egenindsats er nødvendig hvis hendes symptomer skal bedres.



Billede 8: Cradlehold

Beskrivelse

Pt. rygliggende. Tt. står ved hovedgærdet og holder Pt's hoved mellem sine hænder, så processus articulares i Cx kan palperes med 2. eller 3. finger på begge hænder.

Metode: Pt. træder et skridt tv., og roterer Pt's hoved mod høj., indtil der føles en barriere i det segment, som palperes. De to hænder er "spejlbillede" af hinanden, som når man holder på et bilrat. Rotationskomponenten kan reduceres og en anden komponent, som f.eks. lateral shift introduceres. Derved opbygges barrieren tidligere i rotationen. Flere bevægekomponenter kan introduceres for at øge specificiteten.

Obs: Selve mobiliseringen kan kun foregå hvis der er lidt "free play" tilbage i segmentet, det vil sige at ingen af komponenterne skal føres helt ud til end of range. Rotationskomponenten er den "primære" det vil sige at selve mobiliseringen udføres i rotation.

Rx2

HP reproduceres ved hjemmeøvelsen for de anteriore stabilisatorer Cx.

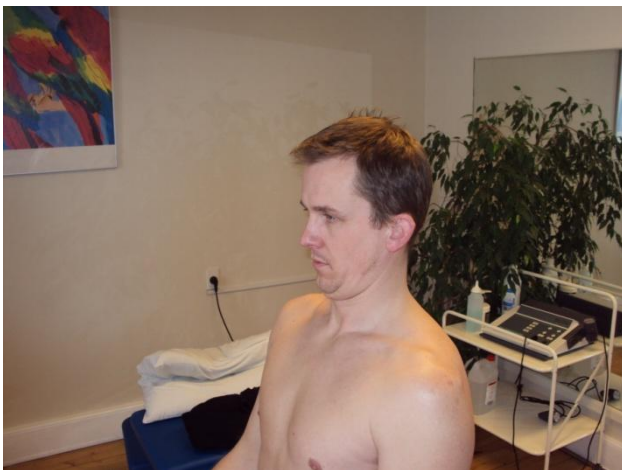
Øvelsessammensætningen ændres med det formål at provokere HP mindre. Der er ændret og suppleret med følgende:

Rygliggende træning af de anteriore stabilisatorer Cx, der laves 5 gentagelser 3 gange efter hinanden.

Siddende retraction Cx en gang om dagen. Der laves 20 gentagelser 3 gange efter hinanden, kort pause for hver gang BC har taget 20 gentagelser.

Når HP ikke længere provokeres under udførelse skal antallet af repetitioner gradvist øges.

Formålet med at supplere med hjemmeøvelsen retraction er at øge bevægeligheden, som var nedsat ved P/E.



Billede 9: Hjemmeøvelse siddende retraction.

Beskrivelse

Sid eller stå og kig ligeud. Træk hagen ind, og lav ”langnakke” (lav dobbelthager) (50).

Rx3

HP provokeres ikke længere når BC laver hjemmeøvelser, og hun laver øvelserne dagligt.

Initielt undersøges P og stivhed ved U PA th. C1-3 for at få mig et overblik over den segmentære bevægelighed. Der er øget stivhed ved alle segmenter og ingen ændring i den segmentære bevægelighed siden sidst.

Undersøgelsesteknik og P-provokation ved undersøgelse er beskrevet i tabel 10.

Tabel 10: P-provokation ved U PA th. C1-3.

Teknik	Grad og osc.	Bevægelighed og stivhed ved teknik
U PA th. C1	grad 4++	2/10 lokal P//ISQ
U PA th. C2	grad 4++	4/10 lokal P//ISQ
U PA th. C3	grad 4++	4/10, lokal P// P2 NRS 2/10

I forhold til Rx2 ses en ændring af P-angivelsen. NRS var ved Rx2 5/10 ved U PA th. C1 grad 4. I dag er NRS 2/10 ved samme mobiliseringsteknik i grad 4++. Der angives nu mindre P ved U PA th. C3, på trods af at der mobiliseres i en grad 4++. Jeg håber at der til næste gang vil ske yderligere lindring i P-niveau, da jeg nu kan arbejde mere ind i P og stivheden i øvre Cx.

Transversel modrotation omkring C7/Th1 foretages med det formål at lindre P4.



Billede 10: Udspænding mm. trapezius 1 og mm. SCM

Beskrivelse

Pt. rygliggende. Tp. tager fat under pt's hoved med høj. hånd. Hovedet bøjes lidt forover, sidebøjes mod høj. og roteres mod ven. Tp. presser med ven. hånd pt's ven. G/H i caudal retning.



Billede 11: Transversel modrotation C7/Th1

Beskrivelse

Pt. fremliggende med ansigtet lige ned. Tp. fatter med ven. tommelfinger på proc. spin. af C7 og høj. tommelfinger på proc. spin. af T1. Der udføres en oscillerende transvers bevægelse enten af begge proc. spin. eller af den ene, mens den anden fikseres.

Rx4

Ca. 36 timer efter Rx3 fik BC voldsom P svarende til P1, P2 og P3, NRS 6-8/10. Fra søndag morgen har BC kun haft meget let P svarende til P1 og P2, NRS 0-3/10, og ingen symptomer ved P3. P4 nu 0-3/10.

BC har nu Int. P svarende til regio suboccipitale i ve. side, NRS 0-3/10. Hun mener at årsagen er nye arbejdsredskaber som er lettere end de gamle, da hun skal presse hårdere ned i gulvet med gulvmoppen når hun vasker gulv. Der er sammenhæng mellem symptomdebut og tidspunktet hun er startet med de nye arbejdsredskaber. Vi snakker om vigtigheden i at registrere symptomudvikling og om nødvendigt ændre arbejdsrutiner.

Der foretages evaluering i forhold til P1, P2, P3 og P4. BC angiver følgende:

- P1: Når BC har P1 er P-intensiteten værre end tidligere. Hun kan ikke angive ændringen ved NRS.
- P2: P er aftaget, der er mindre trykken. Det føles ikke som om noget sidder i klemme.
- P3: P er aftaget og er stort set væk.
- P4: P er aftaget, og fornemmelsen af at noget sidder i klemme er mindre.

Jeg har flere overvejelser i tankerne. BC har præcist forsøgt at vurdere graden af P ved hjælp af NRS. I nogle tilfælde er der dog store variationer i angivelserne af P. Det kan være et udtryk for, at BC har nedsat kropsfornemmelse og derfor har svært ved præcist at angive P-niveau. Alternativt møder jeg ikke Pt. med en kommunikation som hun kan forstå. Samtidig overvejer jeg hvad årsagen er til den forværring af symptomer som skete 36 timer efter sidste behandling. Jeg vurderer det ikke sandsynligt at der er sket forværring i forhold til de røde flag nævnt under hypotesekategorierne efter den fysioterapeutiske undersøgelse, da jeg i så fald ikke ville forvente at symptomerne aftog igen efter 36 timer. Pludselig opstået hypertension kan dog ikke udelukkes at være symptomgivende årsag.

Jeg fokuserer dog på en af 3 muligheder: enten er det et HP-anfald som hun kender det normalt, og som ikke er forårsaget af behandlingstiltag. En anden mulighed er overanstrengelse på arbejdspladsen. En 3. mulighed er, at der behandlingsmæssigt er benyttet en eller flere forkerte mobiliseringssteknikker, og at mobiliseringsteknik, mobiliseringsretning og mobiliseringsgrad derfor skal ændres.

Svaret kan meget vel være en kombination af ovenstående. Status er, at P1 er forværret, og der er ingen ændring sket i forhold til Tp.*-tegn. Derfor beslutter jeg at undersøge P-intensitet, P-udbredelse samt stivhed ved AP th. C1-C3. Biomekanisk kunne AP være en god behandlingsteknik, da BC har en øget lordose Cx. Der undersøges U th., da P1 er hø. sidig.

Undersøgelsen er beskrevet i tabel 11:

Tabel 11: P-provokation og segmentær stivhed ved U AP th. C1-3.

Teknik	Grad	NRS og stivhed ved teknik
U AP th. C1	grad 4-	1/10 lokalt, øget stivhed
U AP th. C2	grad 4-	3/10, lokalt, øget stivhed
U AP th. C3	grad 4-	6/10, P refereres langs P1, øget stivhed

Jeg beder BC om at udfylde FABQ, som er et screeningsredskab for gule flag. Formålet med spørgeskemaet er at identificere andre faktorer af betydning for bibeholdelsen af symptomer. Hermed tænkes såvel under behandlingsforløbet samt indenfor de sidste 25 år.

Jeg foretager transversel modrotation ved C7/Th1, da jeg har en hypotese om mulig påvirkning fra sympaticus. Hoved og hals innerveres ifølge Grant fra Th1-2 (26 s. 1,07D).

Rx5

BC føler der er sket stor fremgang siden Rx4. Hun fortæller følgende i forhold til P1, P2, P3 og P4:

- P1: Det går bedre, P er mindre og har kun været der en gang i den forgangne uge, NRS 0-2/10.
- P2: P har været der 3 gange i den forgangne uge, NRS 0-1/10.
- P3: P har været der 1 gang i den forgangne uge. Der er nu kun en lille snert af P, NRS 0-1/10.
- P4: P er aftagende, NRS 0-2/10.

Mine hypoteser i forhold til årsagen til symptombedring er ændringen i valg af mobiliseringsteknikker fra PA til AP. BC synes at respondere bedre ved AP set i forhold til P-lindring. En anden hypotese er anvendelsen af transversel modrotation ved C7-Th1 og en deraf aftagende sympaticuspåvirkning. Hoved og hals innerveres ifølge Grant som tidligere beskrevet af sympaticus fra Th1-2 (26 s. 1,07D).

For første gang ses bedring i Tp *-tegn, hvor E nu er 65 grader.

Rx6

HP er aftaget meget, og hun har ikke taget panodil siden Rx5. Det er første gang i mange år hun har gået så længe uden brug af panodil.

BC fortæller om bedring i forhold til Pt. *-tegn, da hun får mindre P når hovedet bøjes forover, NRS 0-2/10. Der går længere tid inden P indtræder. P i Cx er også mindre ved E, NRS 0-3/10.

Der er ændring ved Tp. *-tegn, hvor rot. th. nu er 60 grader og rot. tv. 70 grader.

Ændringen i Pt. *-tegn og Tp. *-tegn bekræfter mig i at de anvendte mobiliseringsteknikker er de rigtige.

Rx7

BC har haft 4 morgener med P3. Aftenerne forinden havde hun på eget initiativ øget antal gentagelser i øvelsen for de anteriore cervicale stabilisatorer, i håb om at HP ville forsvinde en gang for alle. BC oplyses om vigtigheden af at vi i kontrolleret tempo arbejder imod det ønskede mål.

BC føler vi er kommet over halvvejs set i forhold til at blive fri for P i dagligdagen. HP kommer ikke så ofte som tidligere, og intensiteten af HP er aftaget. Den største ændring er sket ved P1.

Aktiv E Cx er øget med ca. 5 grader, aktiv rot. th. Cx er øget med ca. 10 grader, og aktiv rot. tv. Cx er øget med ca. 5 grader sammenlignet med den 1. behandling. At der endnu ikke er fuld bevægelighed tager jeg som et udtryk for, at der i nakkeregionen muligvis er en let eller middel grad af degenerative forandringer med eventuel osteofytdannelse og/eller spondylose.

Jeg undersøger med teknikkerne cradlehold th. og AP illustreret i tabel 12.

Tabel 12: Undersøgelse og undersøgelsessvar.

Undersøgelse	Undersøgelsessvar
Cradlehold	Stramhed i øvre Cx, specielt omkring C2-C3, ERP lokalt
AP	Kraftigste P-provokation og største stivhedsgrad ved C3 th., i lettere grad ved C2 th. Ved AP C3 th. refereres P1 ved mobilisering i grad 4

Det er ikke er P ved AP C1 th. og tv.

Der suppleres med rygliggende traktionsmobilisering i Cx. Da BC har haft 4 morgener med symptomer ønsker jeg at anvende en mindre P-fuld mobiliseringsteknik sammenlignet med AP. Dette selv om P i den forgangne uge har været i let grad.



Billede 12: Traktionsmobilisering Cx

Beskrivelse

Pt. rygliggende. Tp. står ved hovedgærdet med pt's hoved i højre hånd og med venstre hånd under pt's hage. Tp. står i gangstående, og Tp's mave har kontakt med pt's hoved.

Metode: Ved hjælp af vægtoverføringer mod bageste ben laves en traktion i Cx.

Rx8

BC har haft det rigtig godt siden Rx7, og det er den periode hun har haft det bedst siden vi startede fysioterapi. Intensitet og hyppighed af P er aftaget. BC har lavet mindre gentagelser med øvelsen for de anteriore cervicale stabilisatorer, og hun føler det er medvirkende årsag til bedringerne.

NRS ved Pt. -tegn: Aktiviteter med hovedet foroverbøjet i mere end 10 minutter,
NRS 0-2/10.

Føre nakken bagover og kigge op, NRS 0-2/10.

Hovedproblemet er nu P2 og P4 med en større hyppighed og P-intensitet sammenlignet med P1 og P3, som nu næsten er forsvundet. Dette er BC lykkelig over, da det gør det nemmere at overskue hverdagen.

BC føler at vi i forhold til at blive symptomfri ved P2 og P4 er kommet ca. halvvejs. Det føles dog stadig som om at noget sidder i klemme.

I forhold til P1 og P3 mangler kun de sidste 25 %. Symptomerne er sjældne, og intensiteten af P er minimeret betragteligt.

Initielt var hovedproblemet P1, og selvom der undervejs er blevet behandlet i forhold til alle symptomer har fokus først og fremmest været at lindre P1. Jeg vælger nu at ændre fokus, da hovedproblemet nu er P2 og P4. Jeg vil fortsætte med at benytte specifikke

teknikker ved C3, men der suppleres med en generel mobiliseringsteknik med det formål at øge bevægeligheden i Cx.

Inden Rx8 vurderes grad af retraktion Cx. Der er let nedsat bevægelighed men ingen P. Derfor laves rygliggende retraktionsmobilisering, da BC har nedsat bevægelighed i retraktion. Det er muligt at arbejde i grad 4++ uden voldsom P-provokation.



Billede 13: Retraktionsmobilisering Cx.

Beskrivelse

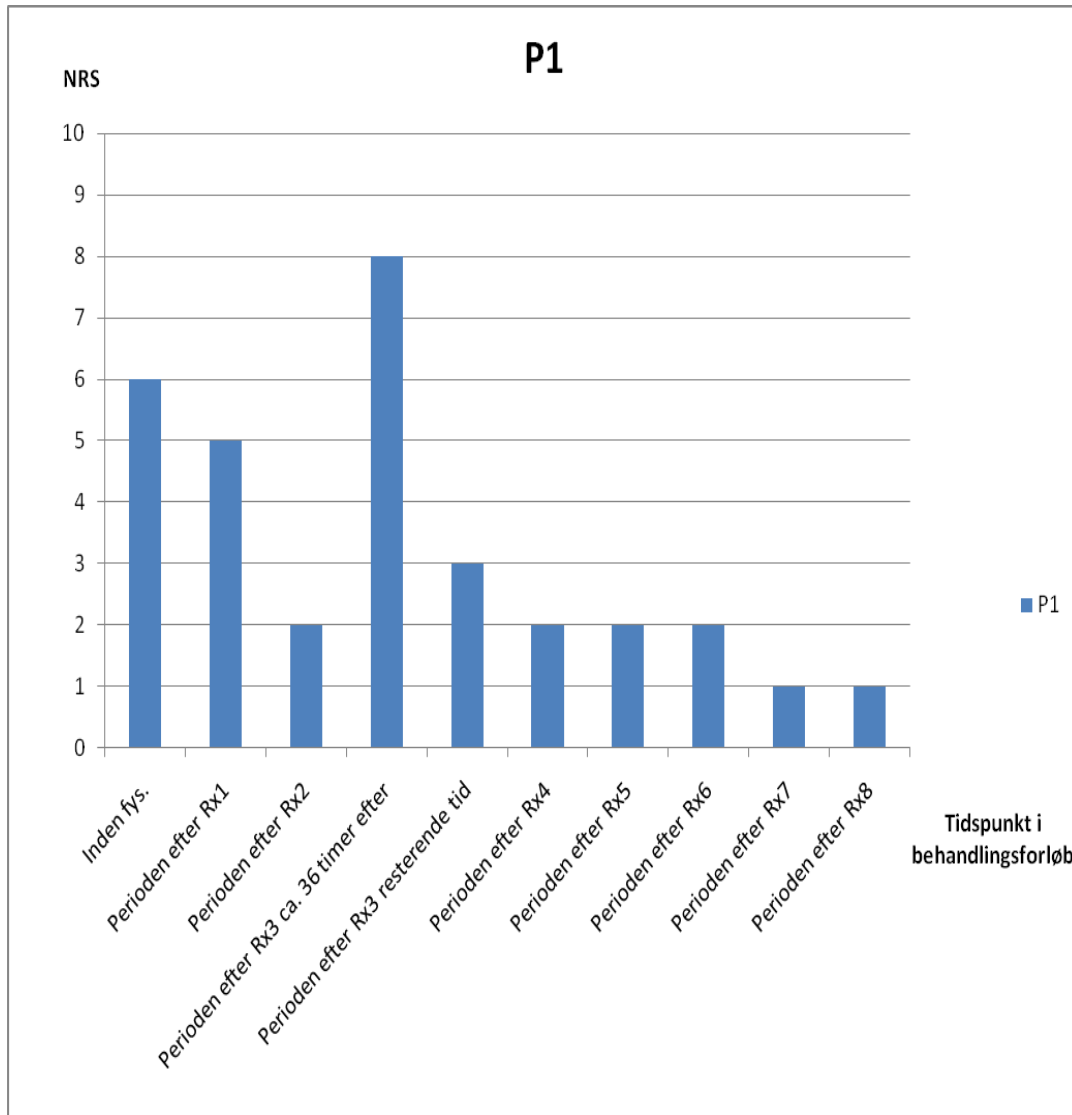
Pt. rygliggende med hovedet og Cx ud over plinten. Tp. fatter med den craniale hånd omkring Pt's hoved, og holder det ind mod sin egen krop. Den caudale hånd lægger an med tommel og pegefinger mod Pt's maxilla.

Metode: Tp. bøjer let ned i knæ, så der sker en parallelforskydning af Pt's hoved i AP retning.

5. Resultat

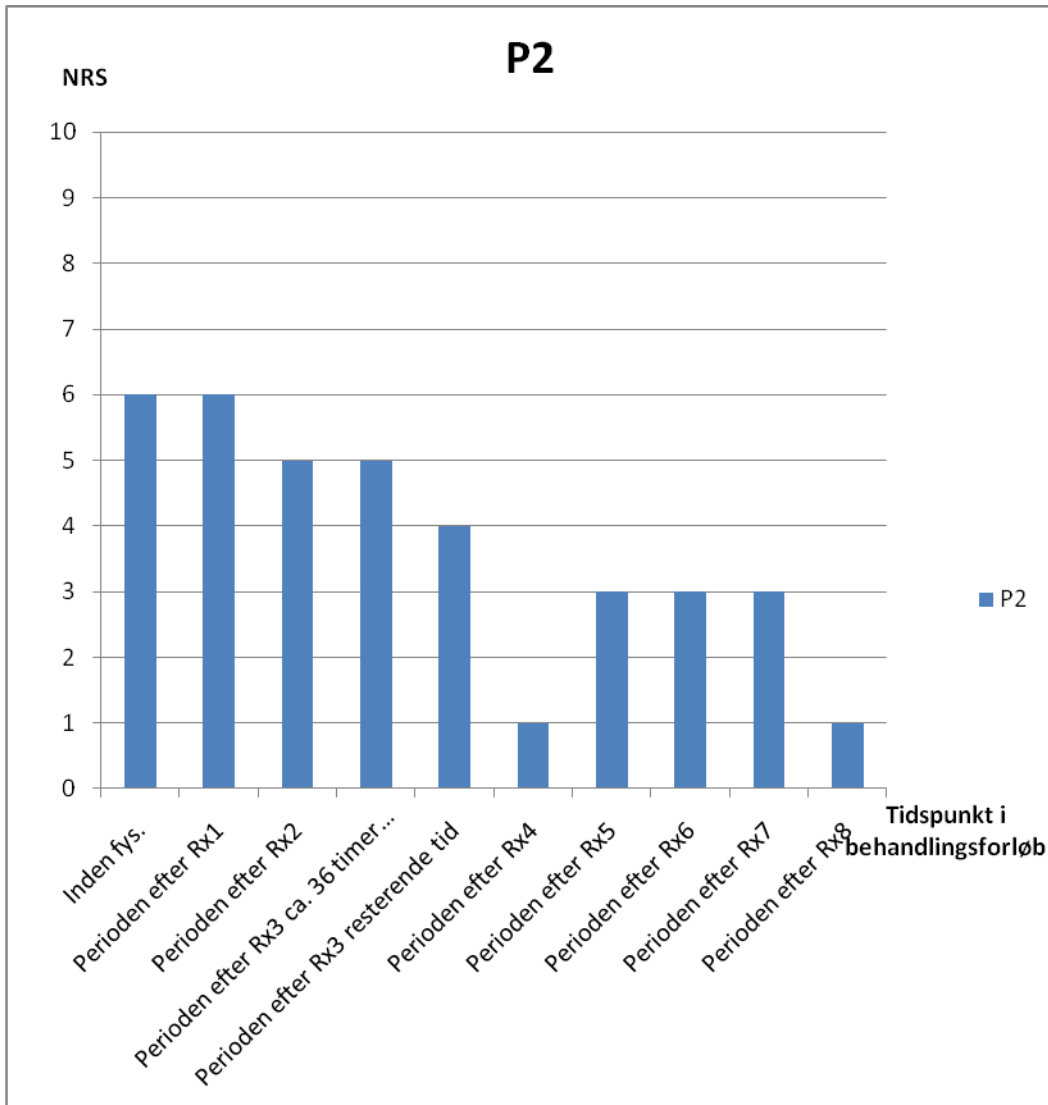
Her følger søjlediagrammer over P-angivelser ved NRS for P1-P4.

Søjlediagram 1: NRS ved P1 angivet som maksimumsværdier.



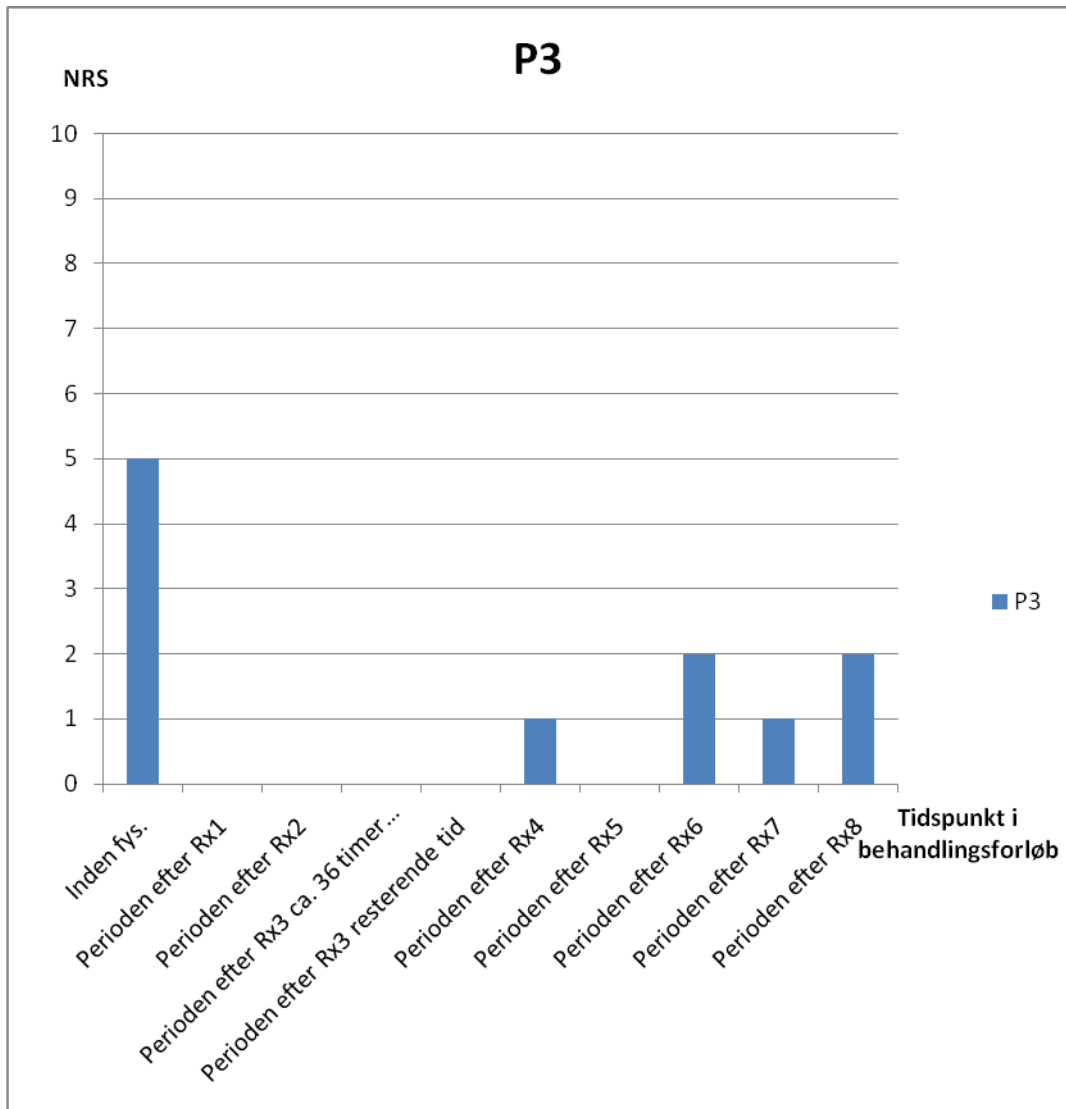
Søjlediagram 2:

NRS ved P2 angivet som maksværdier.



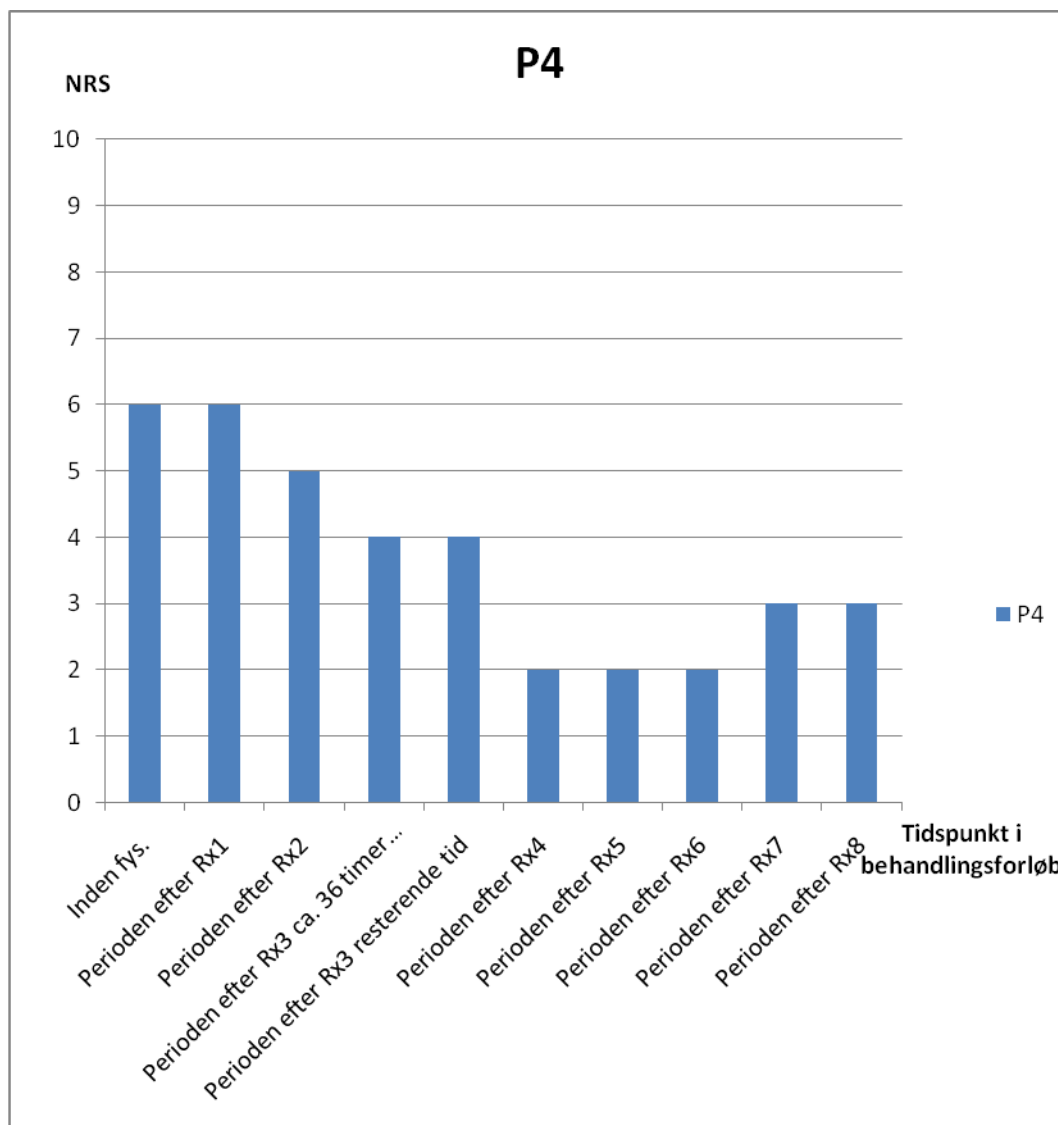
Søjlediagram 3:

NRS ved P3 angivet som maksimumsværdier.



Søjlediagram 4:

NRS ved P4 angivet som maksværdier.



Analyse af NRS:

Der ses et generelt fald i NRS for alle 4 regioner fra perioden inden fysioterapi til perioden efter Rx8. NRS er mindsket med 83 % ved P1 og P2, 60 % ved P3 og 50 % ved P4.

NDI

Herunder følger en skematisk oversigt over besvarelserne i NDI. De angivne tal er noteret inden den respektive P/E eller Rx.

BC har ikke svaret på spørgsmål 8, da hun ikke har kørekort og derfor ikke selv kører bil.

Tallene beskrevet ved Rx9 er afleveret af BC, men der er efterfølgende ikke foretaget behandling, da behandlingsforløbet blev stoppet efter Rx8. Jeg bad alligevel BC om at

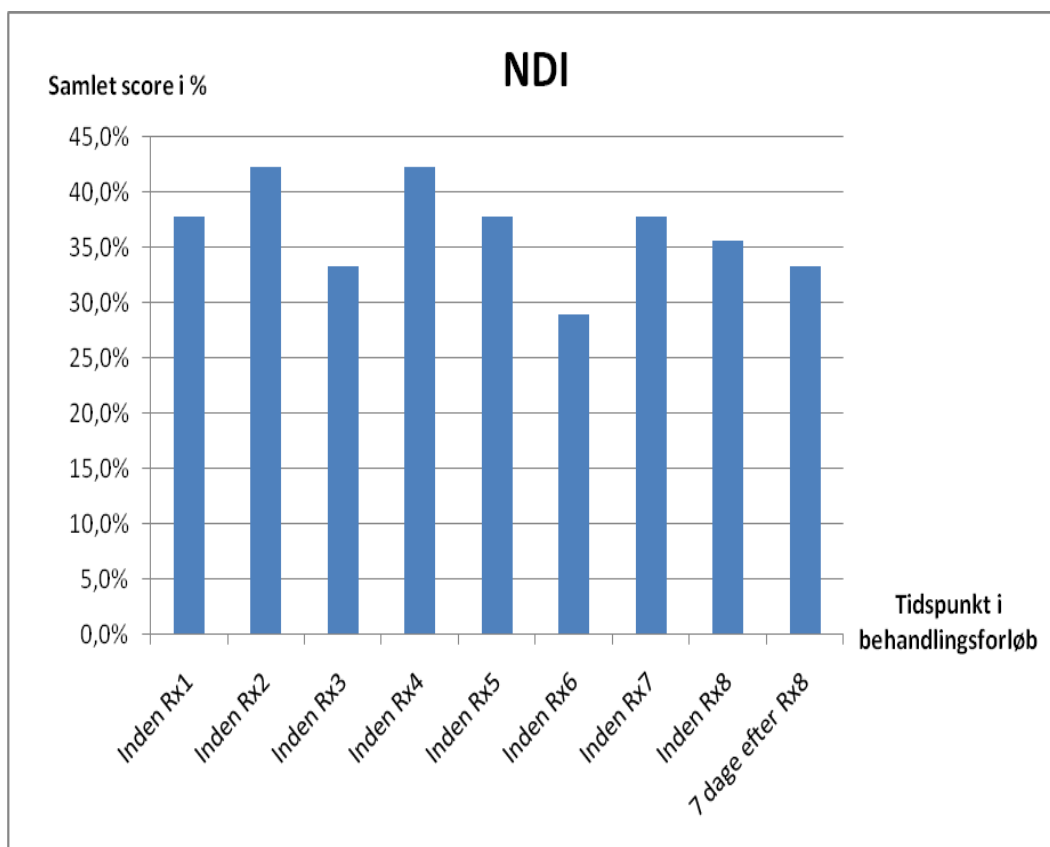
aflevere skemaet, med det formål at være i stand til at analysere på mulige ændringer efter Rx8.

Tabel 13: Besvarelser ved NDI. Tallene er angivet inden den respektive behandling.

	Rx1	Rx2	Rx3	Rx4	Rx5	Rx6	Rx7	Rx8	Rx9
Smerteintensitet	2	3	2	3	4	1	2	2	2
Personlig pleje	0	1	1	1	1	1	1	1	1
Løfte	1	3	2	2	1	1	2	1	2
Læse	3	3	3	3	4	2	3	3	2
HP	4	3	1	4	1	3	3	3	3
Koncentration	2	2	1	1	1	1	1	1	1
Arbejde	2	1	2	2	2	2	2	2	1
Køre									
Sove	2	1	1	1	1	1	1	1	1
Fritid	1	2	2	2	2	1	2	2	2

Herunder vises søjlediagram over samlet score i % ved NDI.

Søjlediagram 5: Samlet score i % ved NDI.



Scoresystemet ved NDI er det samme som ved Oswestry Disability Index. En score på 10-28 % udgør en mild grad af funktionsnedsættelse; 30-48 % er moderat; 50-68 % er stærk; 72 % eller mere er komplet.

Analyse af NDI

Der ses et samlet fald fra start til slut, hvor scoren er faldet fra 37,8 % – 33,3 %.

Undervejs ses udsving varierende fra 42,2 % – 28,9 %.

Det er værd at bemærke, at scoren inden Rx8 og Rx9 er højere end inden Rx6. Dette er på trods af, at BC tidligere har beskrevet perioden inden Rx8 og Rx9 som det tidspunkt hun havde det bedst.

FABQ

Skemaet er besvaret inden Rx4 hvor BC fortalte om en forværring af symptomer.

Besvarelserne er registreret i nedenstående tabel.

0 = Helt uenig

2-4 = Hverken uenig eller enig

6 = Helt enig

Tabel 14: Besvarelser ved FABQ.

Spørgsmål	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Svar	4	4	Ikke besvaret	3	3	4	4	0	3	3	3	3	3	2	2	3

Analyse af FABQ

Hovedparten af besvarelser er angivet indenfor intervallet ”2-4 = Hverken uenig eller enig”. Kun ved udsagn 8 angives tallet 0, dvs. ved udsagnet ”Jeg har søgt erstatning på grund af mine smerter”.

Jeg vurderer umiddelbart ud fra besvarelserne at der er indikation for gule flag, og det virker ikke som om at BC har forståelse for hvad hendes arbejde gør ved hendes symptomer.

6. Diskussion

I denne caserapport er der sket en lindring af BC’s symptomer. BC har mærket den største forskel ved P1 og P3, hvilket har gjort hendes hverdag mere overskuelig.

Ved NRS ses et generelt fald for alle 4 regioner fra perioden inden fysioterapi til perioden efter Rx8. NRS er mindsket med 83 % ved P1 og P2, 60 % ved P3 og 50 % ved P4.

Ved NDI ses et fald fra 37,8 % – 33,3 %, med udsving undervejs varierende fra 42,2 % – 28,9 %.

FABQ viser umiddelbar indikation for gule flag.

Udgangspunktet for målemetoder var at belyse kropsniveau, aktivitetsniveau og deltagelsesniveau ud fra ICF-klassifikationen, blandt andet ved anvendelse af NRS målt som maksimal P. Ved at supplere med NRS angivet som gennemsnitsværdi havde jeg formentlig fået nogle anderledes P-angivelser (51). Fravalget af NRS angivet som gennemsnitsværdier var ud fra den vurdering, at BC ikke ville være i stand til at håndtere de mange angivelser af P. Derfor var risikoen for ukorrekte svar for stor.

Ved NDI viste søjlediagrammet ”samlede ændringer” varierende score set over hele behandlingsforløbet. Det er interessant, at BC havde haft det bedst efter Rx7 og Rx8, selvom målemetoden viste den laveste score efter Rx5. Spørgsmålet er, om målemetoden har været den rigtige at anvende til Pt. i denne caserapport, eller om NDI

ikke er anvendelig til alle pt'er med P i Cx? Fremtidige studier kunne med fordel undersøge det nærmere.

FABQ viser en indikation for gule flag og vurderes at være et godt screeningsredskab til identificering af gule flag.

Ud fra et fysiologisk og biomekanisk perspektiv kan diskuteres fokus og vægtning af de fund der i P/E var andre steder end i Cx. Her tænkes mest på den øgede stivhed i Tx.

Det må forventes, at en nedsat fysiologisk og accessorisk bevægelighed i Tx såvel biomekanisk som fysiologisk ændrer belastningsforholdene i Cx. Ved anvendelse af mobiliseringsteknikker i Tx, ville det hypotetisk aflaste Cx og eventuelt lindre nakkesmerter og HP. Da der ikke er foretaget P/E af den aktive bevægelighed i Tx, har ovennævnte overvejelser grobund i PAIVM i Tx.

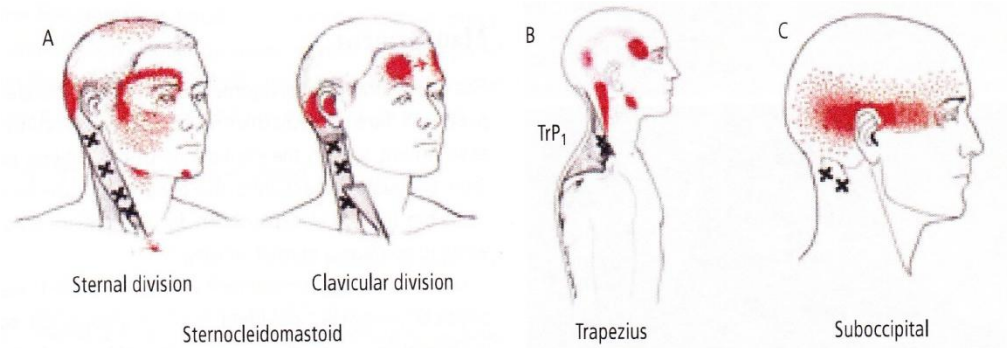
Ved Rx4 ændres behandlingsstrategi fra U PA til U AP, hvorefter BC fik det bedre. At det var ændringen i valg af mobiliseringsteknik der medførte en ændring i BC's P-niveau er sandsynligt men inkonklusivt. Teknikken kunne måske være benyttet tidligere i behandlingsforløbet med god effekt.

Ved Rx7 blev foretaget traktionsmobilisering, hvorefter BC oplevede lindring i forhold til symptomer og P. Spørgsmålet er, om traktionsmobiliseringen var årsag til bedringen? I så fald var der indikation for at fortsætte med teknikken ved Rx8.

Der har i denne caserapport været fokus på intervention af de articulære dysfunktioner i Cx kombineret med selvaktiverende hjemmeøvelser, en behandlingskombination som i tidligere caserapporter er anvendt med succes (52, 53, 54, 55). I forhold til vurdering og diskussion af differentialdiagnoser afslørede den fysioterapeutiske undersøgelse latente TP og øget stivhed svarende til SCM, scalenere, levator scapulae og aktive TP svarende til mm. suboccipitales og Trapezius 1. En øget stivhed af den nævnte muskulatur vurderes at bidrage til et ændret holdningsmønster i Cx, hvilket var kendetegnende for BC i form af FHP. En mulighed kunne have været i højere grad at kombinere mobiliseringsteknikkerne til Cx med MFR og/eller udspænding af nævnte muskulatur, med det formål at mindske musklernes uhensigtsmæssige indvirkning på holdningen og biomekanikken i Cx.

Som det ses i nedenstående figur kan TP svarende til SCM, trap. 1 og mm.

suboccipitales give refereret P til hoved og nakke (56, 57). Øget fokus på behandling af TP kunne eventuelt have medført yderligere P-lindring for BC.



Billede 14: Refererede P-zoner fra TP i mm. SCM, trapezius og suboccipitales.

Af andre differentialdiagnoser skal nævnes degenerative forandringer i Cx C0-C3 i form af spondylose i apofyseled, disci, ligamenter og/eller uncovertebralled. Det er sandsynligt, at primærhypotesen ”kombineret CHP og spændingshovedpine” ikke kan stå alene, men at degenerative forandringer kan referere P til hovedet via den trigeminocervicale nucleus.

Da BC undervejs fik det markant bedre vurderes alvorlig patologi som usandsynlig årsag til BC’s symptomer.

BC besvarede inden Rx4 måleredskabet ”FABQ”, som er et screeningsredskab for gule flag. Et gult flag som er vigtigt at have fokus på er BC’s arbejde, og at BC på trods af mangeårig Int. HP sjældent er blevet hjemme fra arbejde. En mulighed ved fremtidige behandlinger kunne være at øge fokus på graden og hyppigheden af arbejdsrelateret HP og implementere det fokus i behandlingsforløbet.

Caserapporten beskriver et undersøgelses- og behandlingsforløb over en begrænset tidsperiode. Det kunne være interessant at vurdere graden af HP og nakkesmerter efter 3, 6, og 12 mdr.

Der er usikkerhed/BIAS i forhold til vurdering af Tp.*-tegn, da den er foretaget ud fra øjemål uden brug af måleinstrumenter.

Fleksion/rotationstesten er ikke anvendt i identifikationen af C1/C2 dysfunktion. Testen kunne eventuelt have været relevant i forhold til BC, da den har en sensitivitet på > 83 % (10).

Litteraturen beskriver ofte ± SIN begrebet som et sort/hvidt begreb, hvor blot en af de 3 kategorier skal være opfyldt for at Pt. kan klassificeres som + SIN. Undervejs i MF-uddannelsen er det blevet fortalt, at det ikke er så enkelt. En Pt. som angiver NRS 9/10 kan godt være – SIN, og en Pt. med indikation på psykosociale faktorer af mulig betydning for vedligeholdelse af symptomer kan være ganske ressourcestærk og kan derfor blive klassificeret som – SIN. Det samme kan være gældende den anden vej.

Caserapporten beskriver et patientforløb ud fra MF-konceptet. Der findes dog mange andre behandlingsmetoder og koncepter. I caserapporten fra DF nr. 18 2009 beskrives et behandlingsforløb med Mulliganprincippet, hvor Tp. anvender sustained natural apophyseal glides (SNAGs) højcervicalt til en Pt. med HP og migræne. Caserapporten fortæller om mærkbar god effekt af behandling på kort og lang sigt (11).

Der er skrevet flere caserapporter om HP med mulig cervical ætiologi (52,53,54,55,58). Der er behov for yderligere studier og caserapporter, med det formål at øge vores kompetencer indenfor klassificering og behandling af pt'ér med HP og nakkerelaterede P.

På baggrund af min caserapport har jeg gjort mig de erfaringer, at det ikke altid er lige nemt at benytte de optimale målemetoder. Det kan være nødvendigt at gå på kompromis med måden der måles, med det formål at sikre brugbare tilbagemeldinger fra Pt. Dette var tilfældet ved målingen af NRS. Samtidig oplevede jeg som behandler vigtigheden i at ræsonnere undervejs og ændre behandlingsstrategi.

En fremtidig Rx af BC kunne være med fokus på generelle mobiliseringsteknikker med fokus på mobilisering langt ind i modstanden. En øget intensitet af hjemmeøvelserne samt specifik udspænding af mm. suboccipitales kunne med fordel implementeres.

Referencer

1. Jensen TS, Dahl JB, Arendt-Nielsen L. Smerter – baggrund, evidens og behandling. København. FADL's Forlag 2009: 209-218.
2. Blunck HC, Carstensen D, Svarre D, Zeeberg P. Hovedpine i tværfagligt behandlingsregime. *Forskning i Fysioterapi (online)* 2007 Oktober. 5. årg s. 1-10. Webadresse: www.ffy.dk/sw15439.asp.
3. Bronfort G, Assendelft Wj, Evans R, Haas M, Bouter L. Efficacy of spinal manipulation for chronic headache: a systematic review. *J Manipulative Physiol Ther.* 2001 Sep;24(7): 457-66.
4. Fernández-de-las-penas C, Alonso-Blanco C, Cuadrado ML, Pareja JA. Neck mobility and forward head posture are not related to headache parameters in chronic tension-type headache. *Cephalalgia.* 2007 Feb;27(2):158-64.
5. Van Ettehoven H, Lucas C. Efficacy of physiotherapy including a craniocervical training programme for tension-type headache; a randomized clinical trial. *Cephalalgia.* 2006 Aug;26(8):983-91.
6. Lyngberg AC, Rasmussen BK, Jørgensen T, Jensen R. Incidence of primary headache: a Danish epidemiologic follow-up study. *Am J Epidemiol.* 2005 Jun 1;161(11):1066-73.
7. Vernon H, Humphreys K, Hagino C. Chronic mechanical neck pain in adults treated by manual therapy: a systematic review of change scores in randomized clinical trials. *J Manipulative Physiol Ther.* 2007 Mar-Apr;30(3):215-27.
8. Jull G, Sterling M, Falla D, Treleaven J, O'Leary S. Whiplash, headache, and neck pain. Edinburgh, London, New York, Oxford, Philadelphia, St Louis, Sydney, Toronto. Churchill Livingstone Elsevier 2008.
9. Martelletti P, van Suijlekom H. Cervicogenic headache: practical approaches to therapy. *CNS Drugs.* 2004;18(12):793-805.
10. Briffa K, Hopper D. Clinical evaluation of cervicogenic headache: a clinical perspective. *J Man Manip Ther.* 2008;16(2):73-80.

- 11.** Andersen J. Hovedpinen forsvandt efter behandling ud fra Mulligans principper. Fysioterapeuten nr. 18, 04.11.2009. Lokaliseret på:
<http://fysio.dk/Fysioterapeuten/Argange/2009/Hovedpinen-forsvandt-efter-behandling-ud-fra-Mulligans-principper/>.
- 12.** Biondi DM. Cervicogenic Headache: A review of Diagnostic and Treatment Strategies. JAOA. Supplement 2. Vol 105. No 4. April 2005.
- 13.** Bogduk N. The neck and headaches. Neurol Clin. 2004 Feb;22(1):151-71, vii.
- 14.** Biondi DM. Cervicogenic headache: diagnostic evaluation and treatment strategies. Curr Pain Headache Rep. 2001 Aug;5(4):361-8.
- 15.** Jull G, Amiri M, Bullock-Saxton J, Darnell R, Lander C. Cervical musculoskeletal impairment in frequent intermittent headache. Part 1: Subjects with single headaches. Cephalalgia. 2007 Jul;27(7):793-802.
- 16.** Fernández-de-las-penas C, Alonso-Blanco C, Cuadrado ML, A. Pareja J. Myofascial trigger points in the suboccipital muscles in episodic tension-type headache. Manual Therapy 11 (2006) 225-230.
- 17.** Hagen K, Einarsen C, Zwart JA, Svebak S, Bovim G. The co-occurrence of headache and muskuloskeletal symptoms amongst 51 050 adults in Norway. Eur J Neurol. 2002 Sep;9(5):527-33.
- 18.** Uthaikhup S, Sterling M, Jull G. Cervical musculoskeletal impairment is common in elders with headache. Manual Therapy 14 (2009) 636-641.
- 19.** Friction J, Velly A, Ouyang W, Look JO. Does Exercise Therapy Improve Headache? A Systematic Review With Meta-analysis. Current Pain & Headache Reports 2009, 13:413-419.
- 20.** Ylinen J, Takala EP, Nykänen M, Häkkinen A, Mälkiä E, Pohjolainen T et al. Active neck muscle training in the treatment of chronic neck pain in women: a randomized controlled trial. JAMA. 2003 May 21;289(19):2509-16.
- 21.** Fernandez-de-las-Penas C Physical therapy and exercise in headache. Cephalalgia, 2008, 28 (Suppl. 1), 36-38.
- 22.** Gross AR, Hoving JL, Haines TA, Goldsmith Ch, Kay T, Aker P et al. Manipulation and mobilisation for mechanical neck disorders (review). The Cochrane Library 2005. Issue 3 (first publ. 2002, issue 3).

23. Garvice G, Nicholson GG, Gaston J. Cervical headache. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy* 2001;31(4):184-193.
24. Antonaci F, Fredriksen TA, Sjaastad O. Clinical Presentation, Diagnostic Criteria, and Differential Diagnosis. *Current Pain and Headache Reports* 2001, 5:387-392.
25. <http://www.muskuloskeletal.dk/Information/Hvad-er-Muskuloskeletal-Fysioterapi-MF/>
26. MF-kompndium. Arbejdskompndium fra DFFMT i.f.m. kursusforløb. (www.muskuloskeletal.dk).
27. Pubmed.com
28. Coll AM, Ameen JRM, Mead D. Postoperative pain assessment tools in day surgery: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 46(2):124-133.
29. Downie WW, Leatham PA, Rhind VM, Wright V, Branco JA, Anderson JA. Studies with pain rating scales. *Ann Rheum Dis* 1978; 37(4):378-381.
30. Flaherty SA. Pain measurement tools for clinical practice and research. *American Association of Nurse Anesthetists* 1996 Apr;64(2):133-40.
31. Paice, J. A. and Cohen, F. L. Validity of a verbally administered numeric rating scale to measure cancer pain intensity. *Cancer Nurs.* 1997; 20(2):88-93.
32. En MC, Clair DA, Edmondston Sj. Validity of the Neck Disability Index and Neck Pain and Disability Scale for measuring disability associated with chronic, non-traumatic neck pain. *Man Ther* 2009 Aug;14(4):433-8. Epub 2008 Sep 27.
33. Vernon H, Mior S. The Neck Disability Index: A Study of Reliability and Validity. *J Manipulative Physiol Ther* 1991 (Sep); 14(7): 409-415.
34. Vernon h. The Neck Disability Index: STATE-OF-THE-ART, 1991-2008. *J Manipulative Physiol Ther* 2008 (Sep);31:491-502.
35. <http://fysio.dk/fafo/Malersedskaber/Malersedskaber-alfabetisk/Neck-Disability-Index/>
36. <http://fysio.dk/fafo/Malersedskaber/Malersedskaber-alfabetisk/FABQ/>
37. Lee KC, Chiu TT, Lam TH. Psychometric properties of the Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire in patients with neck pain. *Clin Rehabil.* 2006 Oct;20(10):909-20.

- 38.** Cleland JA, Fritz JM, Childs JD. Psychometric properties of the Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire and Tampa Scale of Kinesiophobia in patients with neck pain. *Am J Phys Med Rehabil* 2008 Feb;87(2):109-17.
- 39.** Kernick DP et al: Imaging patients with suspected brain tumour: guidance for primary care. *BR J Gen Pract* 2008 Dec; 58(557):880-5
- 40.** Larkin-Thier SM, Livdans-Forret AB, Harvey PJ. Headache caused by an intracranial aneurysm in a 32-year-old woman. *J Manipulative Physiol Ther.* 2007 Feb;30(2):140-3.
- 41.** Knutson GA. Intracranial hypotension causing headache and neck pain: a case study. *J Manipulative Physiol Ther* 2006 Oct;29(8):682-4.
- 42.** M S, Lamont AC, Alias NA, Win MN. Red flags in patients presenting with headache: clinical indications for neuroimaging. *BR J Radiol.* 2003 Aug;76(908):532-5.
- 43.** Greenhalgh S, Selfe J. Red Flags II – A Guide To Solving Serious Pathology Of The Spine. Edinburgh, London, New York, Oxford, Philadelphia, St Louis, Sydney, Toronto. Churchill Livingstone Elsevier 2010: 51-54.
- 44.** Davey P. *Medicine at a Glance.* Second Edition. Oxford. Blackwell Publishing Ltd; 2006: 106.
- 45.** http://www.rygnet.dk/pro/proterms/def_p-t.htm
- 46.** Petersen GT. Specifik stabilitetstræning af lumbalcolumna. *Nyt om forskning nr. 2* 2002:1-12.
- 47.** Remvig L, Johannsen F, Korsgaard J. *Lærebog i manuelle teknikker.* København. Munksgaard Danmark 2004.
- 48.** McKenzie R.A: *The Cervical And Thoracic Spine - Mechanical Diagnosis And Therapy.* P.O. Box 93m -waikanae, New Zealand. Spinal Publications (N.Z.) Limited 1990: 147 Fig 12:10b.
- 49.** O'Leary S, Falla D, Jull G. Recent advances in therapeutic exercise for the neck: implications for patients with head and neck pain. *Aust Endod J.* 2003 Dec;29(3):138-42.

- 50.** http://kropogfysik.dk/Files/Filer/Pjecer/Hovedpine_og_nakkesmerter.pdf
- 51.** <http://fysio.dk/fafo/Maleredskaber/Maleredskaber-alfabetisk/Numerisk-Rangskala/>
- 52.** Josefsen MB. Case rapport: Undersøgelse, klassifikation og behandling af en patient med langvarig cervicogen hovedpine. 2005. Lokaliseret på:
http://www.muskuloskeletal.dk/Upload/graphics/MT-gruppen/PDFfiler/case-rapport-eks/MBJ_Case-Rapport_maj-2005.pdf
- 53.** Ottosen J. Case rapport: Diagnosticering, undersøgelse og behandling af en person med hovedpine. 2004. Lokaliseret på:
<http://www.muskuloskeletal.dk/Upload/graphics/MT-gruppen/PDFfiler/case-rapport-eks/Jesper%20Ottesen%20Case2004.pdf>
- 54.** Petersen SM. Articular and muscular impairments in cervicogenic headache: a case report. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2003 Jan;33(1):21-30; discussion 30-2.
- 55.** McDonnell KM, Sahrman SA, Dillen LV. A specific Exercise Program and Modification of Postural Alignment for Treatment of Cervicogenic Headache: a Case Report. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy* 2005;35:3-15.
- 56.** Jensen S. Neck related causes of headache. *Aust Fam Physician.* 2005 Aug;34(8):635-9.
- 57.** Fernandez-De-Las-Penas C, Cuadrado ML, Pareja JA. Myofascial trigger points, neck mobility, and forward head posture in episodic tension-type headache. *Headache.* 2007 May;47(5):662-72.
- 58.** Kristensen L. Eksempel på metode til undersøgelse, klassificering og behandling af spændingshovedpine. 2002. Lokaliseret på:
http://www.muskuloskeletal.dk/Upload/graphics/MT-gruppen/PDFfiler/case-rapport-eks/larskristensen_hp_2002.pdf

Bilag 1

Kære

Jeg henvender mig til Dem for at bede Dem om at deltage i denne case rapport. En case rapport er en detaljeret beskrivelse af et behandlingsforløb. Formålet med en case rapport er at beskrive og diskutere et patientforløb, således at andre kolleger og professionen kan få indsigt i patientbehandlingen af individuelle patienter. Herved er der mulighed for at andre fysioterapeuter kan få uddybet deres viden om den fysioterapeutiske behandling og patienternes reaktion på behandlingen.

Case rapport forløbet vil foregå på samme måde som et almindeligt behandlingforløb. De vil evt. i forløbet skulle bruge ca. 15 min yderligere på at besvare spørgsmål/og eller udfylde skemaer – dette ved hver behandlingsgang. De vil på ingen måde få en ringere behandling end vanligt.

Alle informationer vil naturligvis blive behandlet fortroligt og under tavshedpligt. Når case rapporten foreligger i sin endelige form, vil man ikke kunne genkende Dem – De bevarer fuld anonymitet. Jeg har til hensigt at publicere case rapporten i Nyt om Forskning, en fysioterapeutisk forskningsjournal.

Jeg understreger, at deltagelse i dette caserapport forløb er frivillig, og at De på ethvert tidspunkt kan undlade at svare på spørgsmål eller afslutte deres deltagelse i case rapport forløbet. Behandlingen vil da fortsætte som vanligt. Dette gælder også, selvom De har underskrevet vedlagte informerede samtykkeerklæring. Ønsker De ikke at deltage i dette case rapport forløb, vil det på ingen måde få indflydelse på Deres videre behandling.

Giv Dem god tid til at læse beskrivelsen igen inden De endelig beslutter Dem for at underskrive. Hvis De har spørgsmål, er De velkommen til at henvende Dem til mig.

Med venlig hilsen

Hvis du er interesseret i at deltage i case rapport forløbet, vil vi bede dig underskrive vedlagte informerede samtykkeerklæring.

Jeg bekræfter herved, at jeg efter at have modtaget ovenstående information såvel mundtligt som skriftligt indvilger i den beskrevne undersøgelse.

Jeg giver hermed tilladelse til optagelse af foto/video under forudsætning af at disse optagelser i den endelige skriftlige case rapport fremstår som anonyme.

Jeg er informeret om, at deltagelse er helt frivillig, og at jeg når som helst kan trække mit tilsagn om at deltage i case rapport forløbet tilbage, uden at dette vil påvirke min nuværende eller fremtidige behandling.

Dato:

Navn:

Underskrift:

Bilag 2

Tabel 15: Behandlingsgrader ifølge Maitland-konceptet

Grad I og IV´ere	Lille bevægelse
Grad II og III´ere	Stor bevægelse
Grad I	Lille bevægelse i den modstandsfri zone
Grad II	Stor bevægelse i den modstandsfri zone
Grad III--	Stor bevægelse passerer lige akkurat R1
Grad III-	Stor bevægelse 25 % ind i modstandszonen ml. R1 og R2
Grad III	Stor bevægelse 50 % ind i modstandszonen ml. R1 og R2
Grad III+	Stor bevægelse 75 % ind i modstandszonen ml. R1 og R2
Grad III++	Stor bevægelse helt ind i R2
Grad IV--	Lille bevægelse, passerer lige akkurat R1
Grad IV-	Lille bevægelse 25 % ind i modstandszonen ml. R1 og R2
Grad IV	Lille bevægelse 50 % ind i modstandszonen ml. R1 og R2
Grad IV+	Lille bevægelse 75 % ind i modstandszonen ml. R1 og R2
Grad IV++	Lille bevægelse helt ind til R2
Grad V	High velocity thrust = manipulation

Bilag 3

Forkortelser og symboler

HP:	Hovedpine
DK:	Danmark
ESHP:	Episodisk spændingshovedpine
CSHP:	Kronisk spændingshovedpine
SHP:	Spændingshovedpine
Pt'er:	Patienter
LBP:	Low Back Pain = Lændesmerter
CHP:	Cervicogen hovedpine
Cx	Cervicalcolumna
IHS:	The International Headache Society
P:	Pain = Smerte
FHP:	Forward head posture
TP:	Triggerpunkter
CMD:	Cervical musculoskeletal dysfunction
U:	Unilateral
Pt.:	Patient/patienten
P/E:	Fysioterapeutisk undersøgelse
Rx:	Behandling
NRS:	Numerisk Rang Skala
NDI:	Neck Disability Index
FABQ:	Fear Avoidance Beliefs Questionnaire

Pt's:	Patientens
Int.:	Intermitterende
Hø.:	Højre
Rtg:	Røntgen
P&N:	Pins and needles – prikken eller stikken/paræstesier
OP:	Overpres
PAIVM:	Passive accessoriske intervertebrale bevægelse
PPIVM:	Passive fysiologiske intervertebrale bevægelse
G/H:	Glenohumeralled = skulderled
Tx:	Thoracalcolumna
I.a.:	Intet abnormt
Ligg.:	Ligamentum = Ledbånd
F:	Fleksion
E:	Ekstension
LFTH:	Lateralfleksion til højre
LFTV:	Lateralfleksion til venstre
ERP:	End Range Pain
Rot.:	Rotation
Th:	Til højre
Tv:	Til venstre
PA:	Posterior – anterior
AP:	Anterior – posterior
LF:	Lateralfleksion
SG:	Sideglid

Mm:	Muskulus
Bev.:	Bevægelighed
Osc.:	Oscillationer
ISQ:	In Status Quo = Uændret
SNAGs:	Sustained Natural Apophyseal Glides
Tp.:	Terapeut

Bilag 4

Klassifikationsmodel for HP og skemaer for målemetoder

Table 9.1 A summary of the symptomatic features of cervicogenic, migraine without aura, and tension-type headache

Cervicogenic headache	Migraine without aura	Tension-type headache
<p>1. Symptoms and signs of neck involvement <i>ofenbar, klibe sammenhængelige</i> (a) Precipitation of comparable head pain by: – Neck movement or sustained awkward head postures, and/or – External pressure over the upper cervical or occipital region on the symptomatic side (b) Restriction of range of motion in the neck (c) Ipsilateral neck, shoulder, or arm pain</p> <p>2. Positive response to diagnostic anesthetic blocks</p> <p>3. Unilaterality of head pain, without sideshift</p> <p>4. Head pain characteristics (a) Moderate to severe, nonthrobbing and nonlancinating pain, usually starting in the neck (b) Episodes of varying duration (c) Fluctuating continuous pain</p> <p>5. (a) Nausea (b) Phonophobia and photophobia (c) Dizziness (d) Ipsilateral blurred vision (e) Difficulties on swallowing (f) Ipsilateral edema, mostly in the periorcular area</p> <p>Addendum At least seven criteria should be present Most consistent: unilateral, sidelocked headache aggravated by neck posture and movement⁴⁶</p>	<p>1. Headache attacks lasting 4–72 hours (untreated or unsuccessfully treated)</p> <p>2. Headache has at least two of the following characteristics: (a) Unilateral location (b) Pulsating quality (c) Moderate or severe intensity (d) Aggravation by or causing avoidance of routine physical activity (e.g., walking, climbing stairs)</p> <p>3. During headache at least one of the following: (a) Nausea and/or vomiting (b) Photophobia and phonophobia</p> <p>4. Not attributed to another disorder</p> <p>5. Have had at least five attacks of headache fulfilling these criteria</p>	<p>Episodic</p> <p>1. At least 10 episodes occurring < 1 day per month on average (< 12 days per year) and fulfilling criteria 2–4 Frequent episodic tension-type headache At least 10 episodes occurring on ≥ 1 but < 15 days per month for at least 3 months</p> <p>2. Headache lasting from 30 minutes to 7 days</p> <p>3. Headache has at least two of the following characteristics: (a) Bilateral location (b) Pressing/tightening (nonpulsating) quality (c) Mild or moderate intensity (d) Not aggravated by routine physical activity such as walking or climbing stairs</p> <p>4. Both of the following: (a) No nausea or vomiting (anorexia may occur) (b) No more than one of photophobia or phonophobia</p> <p>5. Not attributed to another disorder</p> <p>Chronic</p> <p>1. Headache occurring on ≥ 15 days per month on average for > 3 months (≥ 180 days per year) and fulfilling criteria 2–4</p> <p>2. Headache lasts hours or may be continuous</p> <p>3. As for episodic</p> <p>4. Both of the following: (a) No more than one of photophobia, phonophobia, or mild nausea (b) Neither moderate or severe nausea nor vomiting</p> <p>5. Not attributed to another disorder</p>

Adapted from the criteria published by the Cervicogenic Headache International Study Group for cervicogenic headache³³ for cervicogenic headache and the International Headache Society for migraine and tension-type headache.⁸

Nakkeskemaet

Formålet med dette spørgeskema er at give os viden om, hvordan dine **NAKKESMERTER** har påvirket din evne til at klare dig i hverdagen. Vi beder dig svare på hvert afsnit og marker i hvert afsnit kun det felt, der bedst beskriver, hvordan du har haft det de sidste par dage. Vi er klar over, at du måske synes, at der i samme afsnit er to udsagn, der passer på dig; men vi beder dig om kun at markere **ET** felt.

Afsnit 1: Smerteintensitet

- Jeg har ingen smerter i øjeblikket
- Smerterne er meget svage i øjeblikket
- Smerterne er moderate i øjeblikket
- Smerterne er ret stærke i øjeblikket
- Smerterne er meget stærke i øjeblikket
- Smerterne er de værst tænkelige i øjeblikket

Afsnit 2: Personlig pleje (f.eks. vaske sig, klæde sig på)

- Jeg kan klare mig selv som normalt, uden at jeg får flere smerter af det
- Jeg kan klare mig selv som normalt, men jeg får flere smerter af det
- Jeg kan klare mig selv, men det er smertefuldt, og jeg er langsom og forsigtig
- Jeg har brug for nogen hjælp, men kan klare det meste af min personlige pleje selv
- Jeg har brug for hjælp hver dag til det meste af min personlige pleje
- Jeg klæder mig ikke på, kan kun med besvær vaske mig og bliver i sengen

Afsnit 3: Løfte

- Jeg kan løfte noget tungt uden at få flere smerter af det
- Jeg kan løfte noget tungt, men jeg får flere smerter af det
- Smerter hindrer mig i at løfte noget tungt op fra gulvet, men jeg kan klare det, hvis det er placeret bekvemt, f.eks. på et bord
- Smerter hindrer mig i at løfte noget tungt, men jeg kan klare noget middeltungt, hvis det er placeret bekvemt
- Jeg kan løfte noget let
- Jeg kan ikke løfte eller bære noget som helst

Afsnit 4: Læse

- Jeg kan læse så meget jeg vil uden at få smerter i nakken
- Jeg kan læse så meget jeg vil, men får svage smerter i nakken
- Jeg kan læse så meget jeg vil, men får moderate smerter i nakken
- Jeg kan ikke læse så meget som jeg gerne vil, på grund af moderate smerter i nakken
- Jeg kan næsten slet ikke læse på grund af stærke smerter i nakken
- Jeg kan slet ikke læse på grund af smerter i nakken

Afsnit 5: Hovedpine

- Jeg har aldrig hovedpine
- Jeg har let hovedpine, men det er sjældent
- Jeg har moderat hovedpine, men det er sjældent
- Jeg har ofte moderat hovedpine
- Jeg har ofte voldsom hovedpine
- Jeg har hovedpine næsten hele tiden

Afsnit 6: Koncentration

- Jeg kan uden besvær koncentrere mig, når jeg vil
- Jeg kan med lidt besvær koncentrere mig, når jeg vil
- Jeg har noget svært ved at koncentrere mig, når jeg vil
- Jeg har meget svært ved at koncentrere mig, når jeg vil
- Jeg har virkelig svært ved at koncentrere mig, når jeg vil
- Jeg kan slet ikke koncentrere mig

Afsnit 7: Arbejde

- Jeg kan arbejde så meget jeg vil
- Jeg kan klare mit sædvanlige arbejde, men ikke mere
- Jeg kan klare det meste af mit sædvanlige arbejde, men ikke mere
- Jeg kan ikke klare mit sædvanlige arbejde
- Jeg kan næsten ikke klare noget arbejde
- Jeg kan slet ikke klare noget arbejde

Afsnit 8: Køre

- Jeg kan køre bil uden at få smerter i nakken
- Jeg kan køre bil, så længe jeg vil, men får svage smerter i nakken
- Jeg kan køre bil, så længe jeg vil, men får moderate smerter i nakken
- Jeg kan ikke køre bil, så længe jeg vil, på grund af moderate smerter i nakken
- Jeg kan næsten slet ikke køre bil, på grund af stærke smerter i nakken
- Jeg kan slet ikke køre bil på grund af smerter i nakken

Afsnit 9: Sove

- Jeg har ingen problemer med at sove
- Min søvn forstyrres lidt (sovnløs mindre end 1 time)
- Min søvn forstyrres noget (sovnløs 1-2 timer)
- Min søvn forstyrres moderat (sovnløs 2-3 timer)
- Min søvn forstyrres meget (sovnløs 3-5 timer)
- Min søvn forstyrres fuldstændig (sovnløs 5-7 timer)

Afsnit 10: Fritid

- Jeg kan deltage i alle mine fritidsaktiviteter helt uden at få smerter i nakken
- Jeg kan deltage i alle mine fritidsaktiviteter, men med nogle smerter i nakken
- Jeg kan deltage i de fleste af mine sædvanlige fritidsaktiviteter, dog ikke alle, på grund af smerter i nakken
- Jeg kan deltage i nogle få af mine fritidsaktiviteter på grund af smerter i nakken
- Jeg kan næsten ikke deltage i mine fritidsaktiviteter på grund af smerter i nakken
- Jeg kan slet ikke deltage i nogen fritidsaktiviteter på grund af smerter i nakken

Fear Avoidance Beliefs Questionnaire

Her er nogle af de udsagn, som andre patienter har fortalt om deres smerter.

Følgende udsagn handler om, hvor meget fysiske aktiviteter, som at bukke sig, at løfte, at gå eller at køre, påvirker eller vil påvirke *dine* rygsmarter. Sæt ring om det tal, der passer bedst til din opfattelse af udsagnet.

		Helt uenig		Hverken uenig eller enig		Helt enig		
1	Mine smerter skyldes fysisk aktivitet	0	1	2	3	4	5	6
2	Fysisk aktivitet forværrer mine smerter	0	1	2	3	4	5	6
3	Fysisk aktivitet kan skade min ryg	0	1	2	3	4	5	6
4	Jeg burde ikke udføre fysiske aktiviteter, som forværrer mine smerter	0	1	2	3	4	5	6
5	Jeg kan ikke udføre fysiske aktiviteter, som forværrer mine smerter	0	1	2	3	4	5	6

De følgende udsagn handler om, hvordan dit arbejde påvirker eller kan komme til at påvirke dine rygsmarter.

		Helt uenig		Hverken uenig eller enig		Helt enig		
6	Mine smerter opstod som følge af mit arbejde eller ved en ulykke på mit arbejde	0	1	2	3	4	5	6
7	Mit arbejde har forværret mine smerter	0	1	2	3	4	5	6
8	Jeg har søgt erstatning på grund af mine smerter	0	1	2	3	4	5	6
9	Mit arbejde er for hårdt for mig	0	1	2	3	4	5	6
10	Mit arbejde forværrer eller vil forværre mine smerter	0	1	2	3	4	5	6
11	Mit arbejde kan skade min ryg	0	1	2	3	4	5	6
12	Jeg burde ikke udføre mit arbejde med mine nuværende smerter	0	1	2	3	4	5	6
13	Jeg kan ikke udføre mit arbejde med mine nuværende smerter	0	1	2	3	4	5	6
14	Jeg kan ikke udføre mit arbejde, før mine smerter er behandlet	0	1	2	3	4	5	6
15	Jeg tror ikke, at jeg kan vende tilbage til mit arbejde indenfor 3 måneder	0	1	2	3	4	5	6
16	Jeg tror ikke, at jeg nogensinde bliver i stand til at komme tilbage til mit nuværende arbejde	0	1	2	3	4	5	6
The Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) af Waddell et al, 1993. Oversat af fysioterapeuterne Julie Sandell Jacobsen og Kristine Mølgaard Mogensen, 2007.								

