

KLINISK RÆSSONERING

I

INDIVIDUEL RYGBEHANDLING

ABSTRAKT

BAGGRUND- I Danmark andrager de samlede udgifter til ryg behandling ca. 10 mia. kroner om året. Det har ført til stigende interesse for effekten af den behandling der gives til denne patient gruppe. Undersøgelser viser ofte lille eller ingen forskel i effekten forskellige behandlingstyper imellem. Trods det er det klinikerens opfattelse at behandling har effekt. Kan forklaringen herpå ligge i designet af undersøgelseerne frem for reel manglende effekt af behandling. **FORMÅL-** Formålet med denne case rapport er via en bred teoretisk funderet klinisk ræssonering, at vise fysioterapeutisk ryg behandling tilpasset den enkelte patient.

Samtidigt at illustrere en mulig årsag til manglende effekt af standardiserede behandlinger i randomiserede kontrollerede undersøgelser. **MATERIALE-** Patienten er en 38 årig mand med kronisk LBP uden tegn på rodtryk, men med somatisk refereret smerte til venstre gluteal region og posterioart på venstre femur. **METODE-** Der behandles med manuelle teknikker og egen øvelser. Effekten måles ved VAS og Roland Morris. **RESULTAT-** Patienten

blev symptomfri, men undervejs i forløbet var det nødvendigt med revurderinger og ændret behandling, for at sikre kontinuerlig forbedring. **DISKUSSIONEN-** Går efterfølgende på om det lykkedes at diagnosticere patienten trods uspecifikke rygsmerter. Desuden diskuteres det om patientens bedring målt via effektmål skyldes behandling eller andre faktorer. Endelig formuleres der ideer til en anden indgangsvinkel til undersøgelse af rygbehandling, så undersøgelsene i højere grad kommer til at afspejle klinisk praksis.

Forfatter: Karsten Thorø

Vejleder: Anette Winkel

CASE REPORT
Manuel Terapi Eksamen
Juni 2002

INDHOLDSFORTEGNELSE

<u>TEKST</u>	<u>SIDE</u>
BAGGRUND	2
MATERIALE	5
BEHANDLING	13
RESULTAT	19
DISKUSSION	20
LITTERATURLISTE	22
BILAG	23

BAGGRUND

For de fleste vestlige samfund er udgiften til behandling af low back pain (LBP) en betydelig post, set i forhold til det samlede sundhedsvæsen. Danmark er i den sammenligning ingen undtagelse. Herhjemme anslås de samlede årlige udgifter til 10 mia. kroner (1). Udgifternes omfang og tendensen til øget behov for behandling har medført, at sundhedsstyrelsen i stigende grad interesserer sig for effekten af den behandling der gives til patienter med LBP. Det har for fysioterapeuter medført et stigende krav fra sundhedsstyrelsen og samarbejdspartneres side om dokumentation for effekten af den behandling vi tilbyder vore patienter.

Det har over de sidste 10 år medført en stigende aktivitet inden for fysioterapeutisk forskning. Det mest markante i den forbindelse var Sundhedsstyrelsens udgivelse af MTV rapporten "Ondt i Ryggen" i januar 1999(1).

En gennemgang af de efterfølgende undersøgelser bekræfter MTV rapportens konklusioner(2). Samtidig ses at forskningen i effekten af fysioterapeutisk ryg behandling er præget af standardiserede behandlingstyper, som måles mod hinanden selvom teorierne bag de enkelte behandlingstyper beskriver løbende overvejelser(2). For at resultatet af sådanne undersøgelser kan bruges til vurdering af behandlingstypens effekt, er det en forudsætning at patientgruppen er homogen(10). Dette er imidlertid et problem ved LBP, idet patienter med ens symptomer responderer positivt på vidt forskellige behandlingstyper(12). Der ses da ofte også lille eller ingen forskel i effekten af de forskellige behandlingstyper(3).

Set ud fra et klinisk synspunkt kan den manglende forskel i effekt ikke overraske. Denne måde at applikere fysioterapi på ligger et godt stykke fra god klinisk praksis. Her vælges behandling i første omgang ud fra undersøgelsen, patientens ressourcer og de enkelte behandlingstypers karakteristika. Der udover er det ofte nødvendigt med løbende justeringer i behandlingen. Disse justeringer sker på baggrund af det teoretisk grundlag for den enkelte behandlingstype. Ofte ser man at en behandling i første omgang kan forværre patientens problem, men med de rigtige justeringer, viser det sig alligevel at være løsningen.

Idet de løbende kliniske overvejelser til dels bygger på teorien bag de enkelte behandlingstyper, bliver kendskabet til teorierne centralt for en god behandling. Her skal kort gøres rede for hovedteorierne bag denne case rapport.

Ved behandling af uspecifik LBP er det ofte vigtigt med en hurtig klassificering af problemet. Her er anbefalingen i Danmark Mckenzie's klassifikation(1). Mckenzie's udgangspunkt er, at der for ryggen ikke findes vævsspecifikke tests, og dermed ikke mulighed for vævsdiagnoser. I stedet benyttes smerteprovokation ved hjælp af aktiv bevægelse eller eventuelt statisk positioner. På baggrund af symptomresponsen fra disse klassificeres patienten i forhold til postural-, dysfunktion-, eller derangement syndrom. På baggrund af denne klassificering dannes interventionsplan og hypoteser om smertens årsag – hyppigt discogen. Målet er ikke at sætte specifik struktur på

smertens oprindelse, men at lære symptomresponsen via gentagne bevægelser og ad den vej administrere sig ud af smerterne.

Maitlands manipulations terapi er ikke en klassificerings model, men i lighed med Mckenzie tages der udgangspunkt i symptomresponsen(5). Tidligere har manipulationsbehandlinger været præget af ”skud fra hoften” hvor der blev manipuleret med fuld kraft fra starten.

Maitland tager udgangspunkt i mobilisering før manipulation/trust teknikker udføres. Fordelen ved mobilisering er dels, at patienten har mulighed for at sige fra undervejs dels, at terapeuten har mulighed for at monitorere symptomresponsen ved mobilisering i en specifik retning før yderligere kraft applikeres.

Symptomresponsen er ifølge Maitland et bedre udgangspunkt for behandling end eventuel erkendt patologi(5). Det skyldes, at en given patologi kan resultere i forskellige symptomer og deraf forskellige behandlingskrav.

Maitlands behandlingplan bygger på oplysninger fra anamnesen og vurderingen af undersøgelsesfundene. Undersøgelsen sigter mod at reproducere patientens kendte symptomer via specifikke tests. Samtidig er formålet med anamnesen at identificere forværrende/forbedrende faktorer og præ- og vedligeholdende faktorer i forhold til symptomerne. Behandlingsplanen bliver en samlet vurdering af disse informationer med en indbyrdes vægtning i forhold til den enkelte patient.

Neurogene symptomer er ofte en faktor i rygbehandling. Enten som direkte symptom eller som vigtig differential diagnostisk overvejelse. Butler beskriver de kliniske symptomer ved neurogene lidelser og behandlinger herfor(6). Udgangspunktet er at nervesystemet er en selvstændig struktur som ved traume/overbelastning kan medføre smerter. Det skyldes at nervesystemets bindevæv er innerveret.

Samtidig må nervesystemet besidde stor bevægelighed for at tilgodese forskellige længdekrav ved de forskellige bevægelser og positioner vore led tillader. På nogle områder kan længde variere 7 – 9 cm mellem to yderstillinger(6). Omkring tensionspunkter sker der imidlertid meget lidt bevægelse. Her er pladsforholdene for nerven til gengæld små, og samtidig er tensionspunkterne også det sted hvor nervesystemet primært modtager sin ernæring i form af blodforsyning.

Hvis blodforsyningen nedsættes enten pga. direkte tryk på nerven eller ved øget tryk omkring nerven vil det medføre ischæmi og deraf nedsat funktion af nerven. Især nervens funktion med at producere og transportere trofisk faktor til target tissue (muskler etc.) er vital. Hvis denne funktion nedsættes, medfører det denervation af target tissue med hypersensitivisering og atrofi til følge.

I de senere år har danske fysioterapeuter i stigende grad set på funktionen af segmentær stabilitet ved LBP. Richardson et. al. Har med baggrund i principper for knæstabilitet overført modellen til lumbal columna(7). For både knæ og rygs vedkommende findes to hovedgrupper af muskler. En gruppe der primært tager sig af stabilitet og en gruppe der primært tager sig af bevægelse. For lumbal columna udgør m. Transversus Abdominalis, mm. Multifidi, m. Diafragma og bækkenbunden de stabiliserende muskler. Det vil sige det aktive system til lumbal stabilitet. Desuden findes et passivt system af ligamenter. Både det aktive og det passive system kontrolleres af det neurogene system – altså nerve/muskel koordinationen. Tilsammen er de tre systemer ansvarlig for den samlede stabilitet for lumbal columna.

Forsøg med EMG målinger har vist, at en af følgerne af LBP er nedsat funktion i det stabiliserende system(7). Derfor er det ved alle længerevarende forløb med LBP relevant at teste og eventuelt træne det aktive og/eller det neurogene system for, at sikre funktionel lumbal stabilitet.

Sådan som den kliniske praksis er beskrevet ovenfor og med de nævnte teorier in mente udgør det kliniske ræssonement et centralt punkt i individuel behandling. Derfor vil modellen som ligger til grund for det kliniske ræssonement få indflydelse på valg af behandling.

Higgs og Jones beskriver klinisk ræssonering som klinikerens tankeproces i forbindelse med undersøgelse og behandling(10). Målet med ræssoneringen er wise action – ”det rigtige valg” for den enkelte patient. Valget træffes på baggrund af terapeutens viden, færdigheder og patientens ressourcer.

Ifølge Higgs og Jones’ model består klinisk ræssonering i praksis af hypotese generering, samt testning og/eller mønstergenkendelse. Det afgørende i forhold til de to nævnte metoder er terapeutens viden og kliniske erfaring(10).

Den uerfarne terapeut vil benytte sig af hypotese generering og testning. Her formuleres på baggrund af anamnese, tidligere behandling, epikriser etc. hypoteser for problemets årsag. Dette medfører behov for supplerende tests som igen fører til revurdering af tidligere hypoteser.

Vurderingen af hypoteser foregår løbende i behandlingsforløbet. Behandlingen bliver hypotesetestning.

Ved behandling af et stort antal patienter med hypotese generering og testning opnår terapeuten efterhånden et erfaringsgrundlag og begynder at genkende problemstillinger fra tidligere patienter – mønstergenkendelse. Ved mønstergenkendelse er det vigtigt for terapeuten, at tage udgangspunkt i den aktuelle patients opfattelse af problemet. Hvis denne af terapeuten vurderes at være uhensigtsmæssig i forhold til behandlingsstrategien må terapeuten søge at ændre denne.

For at den kliniske ræssonering bliver så dynamisk som mulig kræver det at terapeuten evner at reflektere i processen. Dette gælder både for hypotese metoden og ved mønstergenkendelse.

Når den kliniske ræssonering er så central i vægtningen af de enkelte elementer i behandling, er det vigtigt at vi som klinikere synliggør vore overvejelser. Ikke mindst til inspiration for forskning i effekten af fysioterapi.

Formålet med denne case rapport er derfor via en bred teoretisk funderet klinisk ræssonering at vise fysioterapeutisk ryg behandling tilpasset den enkelte patient.

Samtidigt at illustrere en mulig årsag til manglende effekt af standardiserede behandlinger i randomiserede kontrollerede undersøgelser.

MATERIALE

Udvælgelsen er sket ved at vælge den første patient som opfylder nedenstående krav:

Inklusionskriterier

- Uspecifik LBP med eller uden udstråling.

Eksklusionskriterier

- Tegn på rodtryk
- Symptomer fra tidligere rodtryk
- Tidligere rygoperationer.
- Diagnosticeret gigtlidelse.
- Diagnosticeret psykisk lidelse.

Anamnese

Patienten er en 38 årig mand. Han bor på lille ejendom sammen med udearbejdende hustru.

Sammen har de tvillinger på 8 år.

Han har indtil sommeren 2000 arbejdet i 15 år som tagdækker. Er ophørt med dette pga. aktuelle ryggener. Fra sommeren 2000 og et år frem arbejdede patienten som lastbilchaufør. Nuværende arbejde som maskinopstiller har han haft siden juli 2001. Arbejdspladsen ligger 45 min kørsel fra bopælen.

I fritiden passes tre heste på egen ejendom. Desuden har han de sidste 6 uger via arbejde trænet 1 –2 gange om ugen i motionscenter.

Figur 1

Kropsskema – Aktuelle symptomer

Aktuelle symptomer

Ryg smerter de sidste 6 år. Først som kortvarige reciderende episoder af LBP. De sidste 2 år en konstant smerte i venstre side af lænden svarende til L4 og L5 niveau (Herefter smerte A – figur 1) og en intermitterende smerte i venstre gluteal region svarende til m. glut. max. (Herefter smerte B – figur 1). Tidligere har der været udstråling til knæet bag på venstre lår dog ikke de sidste 6 måneder. Debut for to år siden gradvist over et par måneder. Ingen kendt årsag. Først smerte A, men i løbet af nogle uger smerte B og yderligere udstråling til bag på ve. lår.

Når patienten oplever smerte B er det altid i forbindelse med øget intensitet for smerte A. Set over døgnet er smerterne værst sidst på dagen og bedst om morgenen.

Forværende faktorer

- Sidde: dyb stol (30 min) og bilkørsel (30 min) værre end høj stol (1 time).
- Aktiviteter i foroverbøjet position.
- Rejse sig fra siddende eller foroverbøjet position.
- Ligge på maven
- Længere tid i samme position
- Boldspil, leg etc.

Lettende faktorer

- Gå
- Ligge på ryg og siden.
- Bevægelse.

Tidligere behandling

Det første år hos kinosolog uden effekt. Det sidste års tid hos kiropraktor. Først 2 gange om ugen, nu ca. hver 6. uge. Efter patientens eget udsagn mest rotations mobilisering og manipulationer på L4 niveau. Ingen øvelser eller restriktioner på aktiviteter. Behandlingerne reducerer smerterne til det halve, med effekt i 2 – 3 dage.

Billeddiagnostik

Røntgen hos kiropraktor: Ifølge patienten slidgigt.

Tid til ny røntgen undersøgelses via egen læge om en måned.

Medicin

Tidligere er der taget pamol og ibruprofen. Det har reduceret smerterne, men ikke fjernet dem. Ellers intet medicinforbrug.

Øvrige

Forhøjet kolesterol som behandles ved diæt.

Der er ingen bug presse agravation, ingen søvnforstyrrelser, ingen tidligere traume eller operationer. Blærefunktion normal, gang normal, Ernæringstilstand normal og konstant.

Patientens mål

Patienten er henvist fra egen læge og opsøger fysioterapeut på opfordring af behandlende kiropraktor med henblik på bløddelsbehandling.

Det er patientens ønske/forventning at opnå reduktion i nuværende smerter for at kunne være mere aktivt med børnene.

Overvejelser på baggrund af anamnesen

Hvis man ser på smerteudbredelsen i patienten tilfælde, ligner symptom billedet de fleste andre tilfælde af uspecifik LBP. Der hvor ovenstående situation adskiller sig væsentlig, er med hensyn til varigheden især med konstant smerte. Trods det er det mest sandsynligt, at det er en mekanisk smerte idet inflammationsdæmpende medicin ikke har kunne fjerne smerterne. Typisk er det dog ikke idet en konstant mekanisk smerte må komme fra en stor mekanisk deformitet(4). En sådan patologi vil have det bedst i ro, men i dette tilfælde er bevægelse med til at lette smerterne.

Der er kortvarig effekt af nuværende behandling, men hvorfor holder det ikke? En underliggende alvorlig patologi vil kunne forstyrre resultatet af en given behandling, men de typiske tegn på dette i form af træthed, vægttab, natgener etc. er ikke til stede (4).

En manglende løsning på vedligeholdende faktorer, vil ligeledes kunne forhindre en permanent forbedring af symptomerne. Det kunne i patientens tilfælde være den siddende stilling idet alene turen til og fra arbejde involverer længere tid i siddende end patienten angiver at kunne klare. Hvis vi samtidig ser på de lettende og forværrende faktorer tegner der sig et mønster, hvor aktiviteter der involverer lumbal flexion virker forværrende. Denne position undgår patienten givetvis ikke.

Alt i alt er ovenstående symptomer og usikkerhed omkring disse, med til at trække i retning af en SIN klassifikation i forhold til nature (5). Men for så vidt angår irritabiliteten lader det ikke til, at det forhindrer patienten i daglige gøremål trods det, at patienten angiver smerten som 8/10 når den er højest. Dog undlades i et hvis omfang at lege/spille bold med børnene. Samlet vil jeg vurdere patienten til at ligge i minus SIN kategorien.

Når man ser på hele forløbet viser patienten gode ressourcer. Trods langvarigt forløb med konstante smerter, fungerer patienten stadig både erhvervmæssigt og socialt. Dette står dog i kontrast til længden af de tidligere behandlingsforløb. Der synes patienten at have været meget passiv og ukritisk i forhold til den manglende, eller begrænsede effekt. Det kunne tolkes der hen, at patienten gerne vil være i en passiv rolle og overlade ansvaret til behandleren. Dette kan være med til at fastholde patienten i det kroniske forløb(8). Derfor bliver den overordnede håndtering patientinvolverende og aktiverende.

Under vurdering af de mulige involverede strukturer falder hovedmistanken på apofyseled, discus (4,5), neurogene strukturer (6) og muskulær via segmentær instabilitet (7). Smerterne kunne også

have årsag i atypisk SI-led- og hofteproblemer. Disse anses for usandsynlige og tests(11) for disse vil kun blive inddraget, hvis andre undersøgelser ikke resulterer i holdbare arbejdshypoteser.

Smerte ud bredningen for apofyseled og discus er for en stor del sammenfaldende. I dette tilfælde taler den snigende debut, det langvarig forløb, og den rimelig klare sammenhæng mellem flexion og øgede smerter for en discogen smerte(11). Ligeledes trækker smertens karakter i denne retning. Derimod er der ikke tegn på bug presse aggravaation og morgen gener, hvor discus ellers er mest væskeholdig og symptom givende.

Hvis man ser på de vedligeholdende faktorer ud fra en strukturorienteret betragtning, kan den både være af ledmæssig og muskulær karakter.

Ledmæssig på den måde, at ved manglende varig effekt af behandlingen på de symptomgivende segmenter på columna kan det være nødvendigt med en mere helhedorienteret syn på funktionen af columna vertebralis. Det vil ofte betyde behandling på hypomobile segmenter for, at opnå en mere ensartet belastning på columnas segmenter, og derigennem mindre belastning på de symptomgivende segmenter(5).

Muskulært indikerer det lange forløb en grad af segmentær instabilitet idet der opstår atrofi af mm. multifidi ved længere tids LBP(7). Dog er der ikke stor subjektiv støtte for dette.

En neurogen oprindelse eller komponent i smerterne er på baggrund af smertens karakter og tidshorizonten ikke umulig. Der har imidlertid ikke på noget tidspunkt i forløbet været tegn på afficering af nerveroden(6). Så en evt. påvirkning må ligge centralt i spinalkanalen.

På baggrund af anamnesen er det en discogen smerte evt. vedligeholdt ved manglende administration af vedligeholdende faktorer i form af ergonomi og/eller segmentær instabilitet der er flest indikationer for. Desuden kan tilstandens varighed have givet central neurogen forandring. Her er det vigtigst, at afklare ledmæssige affektioner og evt. neurogen påvirkning. Det nødvendiggør primært en undersøgelse af lumbale bevæge segmenter, responsen på gentagne bevægelser og elasticiteten i det neurogene væv.

Undersøgelse

Undersøgelsen tager udgangspunkt i Mckenzie's klassifikationssystem(4). Denne indgangsvinkel er valgt, idet en tidlig klassifikation er lig med en hurtig strategi på håndteringen af det enkelte tilfælde af LBP. Hvis det er muligt at opnå reduktion i patientens symptomer med de informationer denne tilgang giver, er det ikke "et must" at undersøge yderligere for, at identificere den symptom givende struktur. Samtidig er det som nævnt i forrige afsnit nødvendigt med mere specifikke test for at af- eller bekræfte hypoteseovervejelserne. Disse tests vil blive inddraget, selvom de ikke er en direkte del af undersøgelsen som beskrevet ved Mckenzie.

Inspektion

Her ses primært efter afværgelse scoliose/shift af skuldre i forhold til hofter og columnas kurvaturer.

Hos patienten ses:

Reduceret lumbal lordose.

Aktiv bevægelighed

Patienten står med skulderbredde mellem fødderne. Før første bevægelse oplyser patienten at A smerten på en skala fra 0 – 10 udgør $\frac{1}{2}$ (Baseline: A $\frac{1}{2}$ /10). Test bevægelserne er i stående udgangsstilling flexion, ekstension og sideglidning i stående til højre (Hø) og til venstre (Ve). Udførelsen sker ad modum Mckenzie(4).

Flexion in standing (FIS)(4)

Der ses moderat nedsat bevægelse. I første $\frac{1}{4}$ af bevægelsen ses på vej op (kommende fra flexion mod ekstension) en uharmonisk bevægelse – curve reversal (C/R)(4). Ved C/R punktet øges smerte A til 2/10

Extension in standing(EIS)(4)

Her er bevægelsen major nedsat. Smerte A angiver patienten til 2/10(A 2/10), men først i end range(ERP).

Sideglidning i stående (SGIS) Hø.(4)

Bevægelsen er moderat nedsat. Smerte A stiger til 3 på en 0 - 10 skala(A 3/10). Smerten optræder under bevægelsen - pain during movement (PDM).

Sideglidning i stående (SGIS) Ve.

Major nedsat bevægelse med en stigning i smerte A til 6/10 (A 6/10). Smerten kommer underbevægelsen (PDM).

Neurologiske undersøgelser

Refleker i.a., Hælgang og tågang i.a.

Straight leg raise(SLR)(11, s2.01D)

På højre ben angives smerter bagpå låret ved 85 grader , dorsal flexion over anklen øger symptomer.

På venstre ben angives smerter bagpå låret ved 75 grader, dorsal flexion over anklen øger symptomer.

Slump Test(Bilag 1)

Siddende i udgangsstillingen er smerte A $\frac{1}{2}$ /10(Bilag 1, billede 2).

Ved cervical flexion i denne stilling stiger A til 2/10(Billede 3). Ved yderligere at ekstendere venstre knæ(Billede 5) falder A til $\frac{1}{2}$ /10.

Gentagne Bevægelser

Her benyttes samme udgangsstilling og bevægelse som ved aktiv bevægelighed. Testen udføres ad modum Mckenzie(4).

Tabel 1 Symptomrespons ved gentagne bevægelser

Test Bevægelse	Baseline (Symptomer før)	Symptomrespons under test	End range pain/ Pain during move.	Symptomer efter test
Flexion i stående (10 gentagelser)	Smerte A $\frac{1}{2}$ /10	Smerte A stiger til 2/10	Pain during movement	Smerte A $\frac{1}{2}$ /10 No worse
Ekstension i stående (10 gentagelser)	Smerte A $\frac{1}{2}$ /10	Smerte A stiger til 2/10	End range pain	Smerte A $\frac{1}{2}$ /10 No worse

Ekstension i liggende (30 gentagelser)	Smerte A ½/10	Smerte A stiger til 1/10	End range pain	Smerte A ½/10 No worse
--	---------------	--------------------------	----------------	---------------------------

Palpation

M. quadratus lumborum øm og spændt bilat.

M. erretcor spinae lumbalis øm og spændt bilat.

Fascia thoreco lumbalis stram og spændt.

Sammenlignelige ledtegn

Udgangsstillingen er fremliggende med armene langs siden. I denne position angiver patienten at smerte A er ½/10.

Flat handed springing(11) udføres for at opnå generel indtryk af columna vertebralis bevægelighed. Bevægeligheden vurderes i tidlig, midt og sent(11).

L5,L4,L3 lokal ømhed tillig i bevægelsen, normal til hyper mobil men ikke testet tilstrækkelig pga. smerter.

L2 til TH4 hypomobilitet.

Unilaterale Passive Accesoriske Intervert. Movements (PAIVM)(11) for venstre side udføres for at bekræfte en direkte sammenhæng mellem et bestemt segment og patientens kendte symptomer.

Baseline: Smerte A ½/10.

L2 Lokal pain(Lp)

L3 Lp og træk ned langs venstre m. Errector spinae

L4 i.a.

L5 Smerte A 6/10, smerte B 2/10

Overvejelser

Undersøgelsen bekræfter som et udgangspunkt, at de nedre lumbale segmenter er ansvarlige for patientens smerter. Om det er discus eller apofyseled er ikke bevist, men at det er bevægeselementet kan fastslås. Denne definition er forenelig med Mckenzie's derangement 3 klassifikation(4). Med hensyn til en retningspræference kan den objektive undersøgelse ikke bekræfte de subjektive indikationer på, at flexion øger generne. Dette er for så vidt ikke overraskende, idet bevægelse i al almindelighed er en lettende faktor og den påvirkning som er mulig i klinikken er lille, generens varighed taget i betragtning. Til gengæld viser gentagne ekstensioner i liggende ikke en efterfølgende forværring af symptomerne. Det på trods af, at patienten angiver fremliggende som en forværrende faktor. Med hensyn til bevægeligheden i columna vertebralis som helhed findes et mønster af hyper- og hypomobilitet der kan indikere en forklaring på den manglende langtidseffekt af den tidligere manuelle behandling.

Neurogent ses tegn på påvirkning af nervens glid over omkringliggende strukturer, idet stræk i en retning øger smerter, men samtidig stræk i modsat retning, der øger tensionen reducerer smerterne(6). Ved SLR ses en lille nedsat bevægelighed for venstre side. Da smertesvaret må beskrives som normalsvar er relationen til patientens symptomer imidlertid usikker(6).

Ved palpation findes øm og spændt muskulatur der også kendetegner situationen ved aktive triggerpunkter(9). Der er ikke testet specifik herfor idet det på baggrund af de øvrige fund ikke vurderes, at være primære årsag. Det samme gælder tests for segmentær stabilitet.

Den manglende klare retningspræference i klinikken gør, at indledende behandling tager udgangspunkt i anamnesens fund omkring samme. Der tages udgangspunkt i anamnesen, idet den anses for mest troværdigt(5). Fra anamnesen ved vi at flexion forværrer symptomerne. Samtidig viser undersøgelsen, at gentagne ekstensioner i liggende ikke virker forværende. Målet med patientens øvelser til næste gang er, at teste symptomresponsen ved en modsatrettet strategi(4). Hvis flexion forværrer symptomerne skal patienten udføre øvelser i modsat retning, med mindre denne også forværrer symptomerne. Patienten instrueres derfor i siddestillinger hvor lumbal flexion begrænses mest muligt. Dette sker ved hjælp af lumbar roll (4). Desuden instrueres i ekstension i liggende(4) som patienten helst skal udføre hver til hver anden time. Samtidig er beskeden til patienten, at hjemmeøvelsen er en vigtig del af udredningen. Resultatet danner baggrund for den videre behandling. Dette er også vigtig for allerede fra starten af, at opnå patient involvering og ansvar.

Effekt mål

For at give så nuanceret et billede som mulig af udviklingen i patientens symptomer og generelle situation måles effekten af behandlingen på flere niveauer. Dette sker også i erkendelse af at 100% validitet for et enkelt effekt mål ikke er realistisk.

Nedenstående effekt mål er valgt dels ud fra ønsket om valide mål, men samtidig også ud fra hvad er praktisk mulig i daglig klinisk praksis.

Patienten egen oplevelse

Formålet er her ved hver konsultation, at give et subjektivt øjebliksbillede af patientens overordnede symptombillede. Idet patientens symptomer er begrænsede til ét primært lændeområdet vurderes det tilstrækkeligt med et mål.

Metoden hertil er en visuel analog skala (VAS skala). Denne er valgt fordi den har en høj validitet med hensyn til måling af smerteniveau(13). Inden hver konsultation bliver patienten præsenteret for en 100mm lang streg på blankt papir (Figur 2).

Figur 2



Nul _____ Max

Kilde: Egen konstruktion

Som svar på spørgsmålet ”Hvor mange smerter har du haft i ryggen det sidste døgn?” krydser patienten af på linien som udtryk for smerteniveauet. Værdien for hver observation er afstanden fra patientens markering til venstre side på linien. Afstanden måles i millimeter.

Der spørges til det sidste døgn for at gøre målingen mindre følsom over for følger af enkeltstående aktiviteter.

Objektivt

Formålet med dette parameter er dels, at opnå et mere objektivt udtryk for ændringer i patienten tilstand. Samtidig er den også en vigtig rettesnor, for i værksætning af nye behandlingsmæssige tiltag. Den danner udgangspunkt for testning af de enkelte behandlingstiltag undervejs i forløbet.

Flexion i stående, Sideglidning i stående til højre og Sideglidning i stående til venstre. Disse bevægelser er valgt ud fra en forventning om rimelig validitet i forhold til de kendte symptomer. Bevægelserne forudsætter i hvert fald god funktion for de lumbale segmenter hvorfra kendte symptomer ved undersøgelsen kunne reproduceres.

Metoden er en provokationstest, hvor patienten på skala fra 0 – 10 mundtligt angiver smerterne ved den enkelte bevægelse. Samtidig vurderer terapeuten bevægeligheden som værende normal, minor-, moderat- eller major nedsat(4). Det mundtlige smertesvar på en fiktiv skala fra 0 – 10 er en tilpasning af før omtalte VAS skala, men har ikke vist samme validitet som den oprindelige metode. Metoden vælges dog her af praktiske hensyn frem for endnu en VAS skala.

Smertesvaret anses for det vigtigste, idet provokationstest på andre områder har vist sig at være mest reproducerbare(11). Validiteten for provokationstest må ligeledes være større end for vurdering af bevægelighed. Især hvis det er patientens kendte symptomer der reproduceres ved testen. Der er dog ingen tvivl om, at validiteten for både patientens egen opfattelse i form af VAS skalaen og provokationstesten stiger betydeligt ved en høj korrelation mellem de to tests.

Funktionelt

I sidste ende er det formålet med hele behandlingsforløbet at hæve patientens funktionsniveau. Det er også patientens egne forventninger til behandlingen. Derfor er det vigtigt med et effektmål på funktionsniveau.

Her er metoden et Roland Morris spørgeskema. Dette skema er valgt idet den engelske udgave er valideret. I den danske udgave er validiteten endnu ikke bekræftet.

Spørgeskemaet er udfyldt af patienten efter første konsultation og før fjerde, ottende og tolvte konsultation. Spørgsmålene går på funktionsniveauet – i alt 23 stk og besvares med ja/nej. Jo færre ja-besvarelser jo bedre funktionsniveau.

BEHANDLING

Behandlingerne har fundet sted i november og december 2001. Konsultationerne ligger tirsdag og torsdag af praktiske hensyn.

Patienten har været informeret og indforstået med opgavens indhold og formål. Der har været afregnet efter normal procedure for fysioterapeutisk behandling med lægehenvielse.

Hver konsultation har bestået af

- Anamnese/siden sidst
- Check kvalitet af hjemmeøvelser
- Test af objektive effektmål
- Behandling/retest
- Evt. nye instrukser/øvelser.

1. Konsultation

Her blev optaget anamnese og undersøgelsen udført. Efterfølgende blev patienten bedt om at teste videre hjemme ved afprøvning af ekstensionsprincip bestående af instruktion i siddestilling og øvelser i form af ekstension i liggende (EIL).

2. Konsultation

Siden sidst

Patienten giver udtryk for gradvis generel bedring i smerteniveauet og sidde tolerancen er øget.

Smerte B har ikke optrådt siden sidst. Dog har der været episoder af smerte i højre side af columna lumbalis sv. t. L4 og L5 (Herefter smerte C) og med let trækning til højre gluteal region. Når denne smerte har været til stede, er det uden smerte A.

Overvejelser

Der har været god og konstant fremgang siden sidst. Det beskrevne skift fra hø. til ve. i symptomer af symmetrisk karakter bekræfter hypotesen om somatisk refereret discogen smertemekanisme. Det er også blevet bekræftet at indikationerne fra anamnesen om derangement 3, og ekstensionspræference er rigtig. Men smerternes sideskift kan tyde på en lateral bevægelse af nucleus mellem lamellerne i den bagerste væg i annulus(4).

Objektivt

Baseline: A 1/2/10

FIS	minor nedsat	curve revarsal i yderste 1/4 af bevægelse.
EIS	major nedsat	A 2/10 ERP
SGIS Hø.	major nedsat	C 6/10 PDM
SGIS Ve.	moderat nedsat	A 2/10 PDM

SLR: Højre ben: Ved 85 grader kommer smerter bag på lår. Dorsal flexion øger symptomer.
Venstre ben: Ved 75 grader kommer smerter bag på lår. Dorsal flexion øger symptomer.

Slump Test Baseline: ½/10. Ved cervical flexion A 2/10. Dertil venstre knæ ekstension A ½/10. (Bilag 1)

Overvejelser

Som det fremgår er det nu sideglidningen til hø. der er mest reduceret. Det bekræfter antagelsen om, at nucleus sideforskydes mellem lamena. At tilføje SGIS hø. som øvelse er en mulighed, men risikoen er, at nucleus passerer midten af discus og fortsætter mod ve. med endnu større forskydning til følge hvis øvelsen ikke stoppes i tide. Mere regelret er det at afprøve effekten af øget extensionskraft. Men for at tage højde for det laterale aspekt, vælges unilateral teknik.

Behandling

Unilateral PAIVM for L5, L4, L3 for hø. og ve side(11).

Der gives 10 oscillationer på hvert niveau begyndende roligt og ved 10. oscillation i grad 4++(5).

Retest af SGIS hø. og ve.

Baseline: A ½/10

SGIS Hø. moderat nedsat C 2/10 PDM

SGIS Ve. moderat nedsat A 2/10 PDM

Overvejelser

Ved behandling opnås en øget bevægelighed i frontalplanet og samtidig mindre smerte provokation. Det betyder at hidtidige plan fastholdes. Patienten opfordres til, at udføre EIL efter behov således at patienten har mindst mulig smerte. Der gives bevidst ikke antal og hyppighed på øvelserne, idet det er ønsket at involvere patienten mest mulig i ansvaret for behandlingen.

3. – 4. Konsultation

Patienten udtrykker fortsat bedring og EIL bliver tydeligere i sin lindrende karakter. Ved de to konsultationer tegner sig det samme billede som ved 2. konsultation. Behandlingen fra 2. konsultation gentages og udvides med EIL med terapeut overpres(4). Dette for at øge kraften i ekstensionsmobiliseringen. Samtidig instrueres patienten i selvmobilisering med overpres vha. ”sag” og/eller bælte(4).

5. Konsultation

Siden sidst

Patienten giver stadig udtryk for den tidligere opnåede lettelse i daglige funktioner og samtidig opleves perioder på 1 – 2 timer uden smerter. Stadig skiftende mellem A og C smerter, men mest smerte A.

Overvejelser

At der nu kan være smertefri perioder bekræfter antagelsen fra første dag om en mekanisk smerte. Men set i forhold til sidste konsultation ses en hvis stagnation i reduktionen af smerterne. Det betyder at en eventuel ændring i behandlings approach skal vurderes. Kraften i behandlingen med ekstensionsmobilisering er blevet øget ved 3. og 4. konsultation. Derfor er det en øget kraft i frontalplanet der skal afprøves. Hvis dette viser sig effektivt i forhold til de objektive tests, er det

næste progression. Hvis effekten udebliver er det muligt, at de tidligere vurderinger af vedligeholdende faktorer må inddrages.

Objektivt

Baseline: 0/10

FIS	minor nedsat i.a.		
EIS	moderat nedsat	A 2/10	
SGIS Hø.	moderat nedsat	C 3 - 4/10	PDM
SGIS Ve.	moderat nedsat	A 2/10	PDM

SLR: Højre ben: Ved 85 grader angives smerter bag på lår. Dorsal flexion øger symptomer.
Venstre ben: Ved 75 grader angives smerter bag på lår. Dorsal flexion øger symptomer.

SlumpTest (Bilag 1) Baseline: ½/10. Ved cervical flexion A 2/10. Dertil venstre knæ ekstension A ½/10.

Overvejelser

Bevægeligheden er nu ens for hø. og ve. SGIS og dermed ikke den obstruktionslignende begrænsning, som tidligere har præget det frontale plan. Det betyder også at nogen specifik side at udføre lateral teknik på ikke kan vurderes. Set i det lys forsøges at øge kraften på den hidtidige teknik. Mobilisering i hips off vælges frem for gentagne SGIS fordi det ved denne teknik er nemmere at monitorere symptomresponsen – også ved evt. hjemmeøvelser. Dette anses for vigtigt, set i lyset af den tidligere omtalte mistanke om nucleus forskydning mellem lamellerne i annulus.

Behandling

Unilateral PAIVM for L5, L4, L3 for hø. og ve side(5), lying in extension with hips off(4).

Der gives 10 oscillationer på hvert niveau begyndende roligt og ved 10. oscillationer i grad 4++(5).

Retest af SGIS

SGIS Hø.	moderat nedsat	C 1/10	ERP
SGIS Ve.	moderat nedsat	A ½/10	ERP

Overvejelser

Det lykkes ikke at øge bevægeligheden, men smerterne bliver markant mindre. Samtidig ændres det fra PDM til ERP.

For så vidt angår patientens tiltag hjemme ændres de til EIL med hips off (4). Her er problemet imidlertid at smerterne kan skifte side. Derfor bliver instruksen også at hips off udføres så der lukkes om smerten hvis der er unilaterale smerter. Hvis smerten placerer sig mere centralt vendes tilbage til de oprindelige EIL. Begge teknikker skal udføres med patientens eget overpres (4).

6 – 8. Konsultation

Efter en god effekt ved 6. konsultation er effekten af den nye behandling gradvist ophørt i løbet af 7. og 8. konsultation. Ved 8. konsultation var patienten markant mere smertepreget, men det kan skyldes meget siddende aktivitet i forbindelse med familiefester. Derfor fortsættes tidligere

behandling yderligere en gang. Der har under hele perioden været intermitterende smerter, men med skift mellem smerte A og smerte C.

9. Konsultation

Siden sidst

Patienten angiver stadig en fremgang i funktionsniveauet og mener, at den manglende fremgang for smerteniveau kan skyldes et tiltagende aktivitetsniveau. De enkelte aktiviteter provokerer ikke smerterne, tværtimod. Men senere medfører de alligevel en nedsat tolerance overfor positioner i hvile.

Overvejelser

Trods det, at behandlingen over de sidste tre konsultationer er sket med øget kraft og forsigtig tilnærmelse til behandling i det frontale plan, er en mere vedvarende reduktion af derangementet ikke lykkedes. Det betyder at behandlingen må revurderes. Er det hypotesen om smerter med årsag i de nedre lumbale segmenter der ikke holder? Flere undersøgelser fund støtter imidlertid stadig denne teori, og behandlingen reducerer også symptomerne – sidst efter 5. konsultation. Men hvorfor holder effekten ikke? Tidligere under diskussion af hypotese blev der beskrevet årsagssammenhænge gående på ledmæssige og muskulære vedligeholdende faktorer. Under aktivitet er der ikke direkte smerter, hvilket ellers ville være at forvente ved segmentær instabilitet som den manglende kvalitet. Med hensyn til den ledmæssige sammenhæng vil de konstaterede hypomobile segmenter kunne medføre øget belastning på de nedre lumbale segmenter. Dette vil kunne give sig udslag ved efterfølgende ømhed/smerter, idet alene bevægelse vil dæmpe generne i situationen. Samtidig kan den positive slumpetest indikere en generel nedsat bevægelighed for neurogene strukturer i canalis intervertebralis. En sådan tilstand kan være vedligeholdt via segmentære dysfunktioner svarrende til tensionspunkter (6). Derfor udvides behandlingen nu ud fra ovennævnte hypotese.

Objektivt

Baseline: 0/10

FIS	minor nedsat i.a.		
EIS	moderat nedsat	A 2/10	ERP
SGIS Hø.	moderat nedsat	C 2/10	PDM
SGIS Ve.	moderat nedsat	A 3/10	PDM

SLR: Højre ben: Ved 85 grader angives smerter bag på lår. Dorsal flexion øger symptomer. Venstre ben: Ved 75 grader angives smerter bag på lår. Dorsal flexion øger symptomer.

Slump Test Baseline: A ½/10. Ved cervical flexion A 2/10. Dertil venstre knæ ekstension A ½/10. (Bilag 1)

Behandling

Rotationsmanipulation for TLO og C7

Ekstensjonsmanipulationer for Th6 og Th7

Niveauet for manipulationerne er valgt på baggrund af teorien om tensionspunkter og palpation af nedsat bevægelighed(6). Retningen er valgt ud fra i hvilken retning barrieren hurtigst bygger op(5).

Retest

Baseline: 0/10

SGIS Hø.	minor nedsat	C 1/10	ERP
SGIS Ve.	minor nedsat	A ½/10	ERP

Slump Test Baseline: A ½/10. Ved cervical flexion A ½/10. Dertil venstre knæ ekstension A 0/10. (Bilag 1)

Unilateral PAIVM for L5, L4, L3 for hø. og ve side lying in extension with hips off.

Der gives 10 oscillationer på hvert niveau begyndende roligt og ved 10. oscillation i grad 4++(5).

Retest

Baseline: 0/10

SGIS Hø.	minor nedsat	C 1/10	ERP
SGIS Ve.	minor nedsat	A ½/10	ERP

Overvejelser

Umiddelbart ses en effekt på det neurogene vævs glid i spinal canalen, og samtidig en øget bevægelighed for SGIS. Dette indikerer at bevægeligheden er øget og dermed er forudsætningerne for en mere ligelig fordeling af belastningen til stede. Det kan ikke i klinikken forventes, at der sker en umiddelbar effekt af ovenstående behandling ifølge tidligere omtalte årsagssammenhænge.

10. – 11. Konsultation

Behandlingen fra 9. konsultation gentages.

12. Konsultation

Siden sidst

Patienten er nu overvejende fri for smerter. Ved mere kraftbetonede aktiviteter provokeres smerterne, men de forsvinder igen inden for en time. Patienten har ved flere lejligheder deltaget i leg med børnene. Han synes selv de resterende gener er en bagatel og er indstillet på at afslutte behandlingen.

Objektivt

Baseline: 0/10

FIS	minor nedsat i.a.	
EIS	moderat nedsat	0/10
SGIS Hø.	minor nedsat	0/10
SGIS Ve.	minor nedsat	0/10

SLR: Højre ben: Ved 85 grader angives smerter bag på lår. Dorsal flexion øger symptomer. Venstre ben: Ved 80 grader angives smerter bag på lår. Dorsal flexion øger symptomer.

Slump Test Baseline: 0/10. Ved cervical flexion A ½/10. Dertil venstre knæ ekstension A 0/10. (Bilag 1)

Overvejelser

De aktive bevægelser for lumbal columna og symptomresponsen på disse indikerer en reduktion af det lumbale derangement. For det neurogene væv ses stadig lette tegn på nedsat evne til glid i spinal kanalen.

Den subjektive beskrivelse af situationen stemmer overens med de objektive fund idet symptomerne kan provokeres, men tærsklen for belastning er flyttet betydelig og irritationen varer kortere tid.

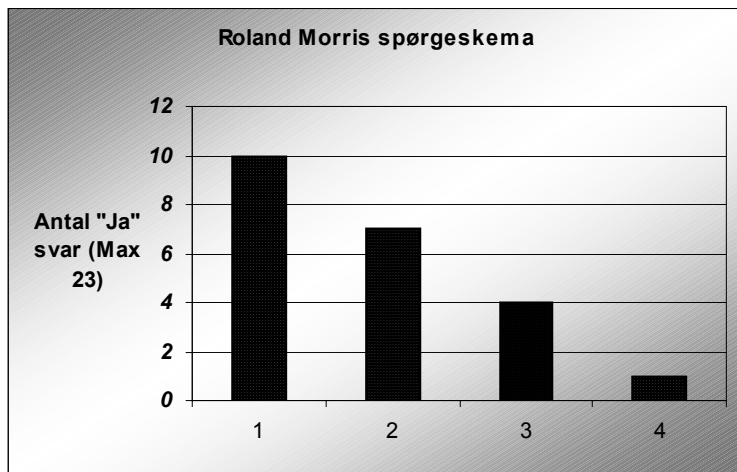
Patienten har fået opfyldt sin målsætning og lidt til. Derfor er han indstillet på at afslutte. Som et udgangspunkt ville jeg godt forfølge generne omkring slump testen yderligere, med mobilisering af det neurogene væv. Dette mest for at nedsætte risikoen for recidiv.

Patienten afsluttes efter eget ønske med besked om at henvende sig igen så tidlig som mulig i tilfælde af recidiv.

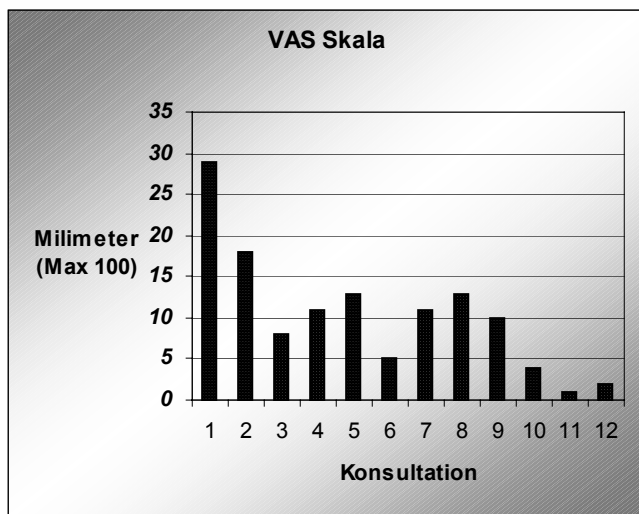
RESULTAT

Patienten modtager over en to måneders periode 12 individuelle behandlinger for kronisk LBP. Ved starten af behandlingsforløbet har patienten i to år haft konstante smerter siddende lavt i venstre side af lænden. Desuden intermitterende smerter i venstre gluteal region(Figur 1).

Figur 3



Figur 4



Da patienten afsluttes er der ingen smerter i venstre gluteal region. Lændesmerterne er nu intermitterende og provokeres primært ved kraftfulde aktiviteter med columna lumbalis i flexion. Smerterne forsvinder inden for en time efter aktivitetens ophør. Det generelle funktionsniveau er betydelig bedre efter behandlingsforløbet (Figur 3), ligesom patienten angiver færre smerter (Figur 4).

Samtidig er de objektive fund for columnas bevægelighed forbedret. Ved flexion i stående er der fra at være moderat nedsat bevægelighed og C/R i undersøgelsen nu minor nedsat bevægelighed og ingen C/R. For sideglidning i stående Hø. og Ve. er der nu minor nedsat bevægelighed og ingen smerter. Ved undersøgelsen viste SGIS hø. Moderat nedsat bevægelighed og smerte A 3/10. For SGIS ve. var bevægeligheden major nedsat og smerte A 6/10.

DISKUSSION

Casen beskriver behandlingsforløbet for en 38 årig mand. Han har gennem to år lidt af konstante smerter i venstre side af lænden og intermitterende gluteal smerter i venstre side. Der ses ved anamnesen en flexion/ekstensjons problematik. Undersøgelsen taler ikke imod dette mønster. I første omgang behandles patienten med god effekt efter ekstensionsprincippet. Trods løbende progression af ekstensionsprincippet over otte konsultationer opnås ikke yderligere reduktion i patientens smerteniveau (figur 1). Dette fører til revurdering af behandlingsstrategien. Derfor udbygges behandlingen med manipulationer på flere niveauer i columna. Dette medfører yderligere forbedring til det niveau patienten afsluttes på. Patienten er på det tidspunkt overvejende smertefri, men tunge løft fremprovokerer smerte i venstre side af lænden.

Der er sket en reduktion af patientens smerter fra 29 til 2 målt på VAS skala og funktionsniveauet er forbedret fra 10 til 1 målt ved antal ”ja” svar på Roland Morris spørgeskema. Samtidig er bevægelserne for columna lumbalis forbedret.

Set i forhold til de valgt effekt mål er patienten bedre på alle tre parametre. Der er for patienten bevidst valgt mål for både smerteniveau, funktionsniveau og ryggens bevægelighed. Udviklingen i smerteniveau og funktionsniveau følger samme udvikling som for ryggens bevægelighed. Dette tyder på, at den registrerede fremgang for funktionsniveau er afledt af ryggens bedre bevægelighed og dermed af behandlingen – og altså ikke af eksempelvis en bedre evne hos patienten til at takle smerterne.

Patienten bliver diagnosticeret som et derangement 3 syndrom am Mckenzie, men er det nu også dækkende for den samlede problemstilling omkring patientens problem? Når der er tale om uspecifik LBP er en struktur specifik diagnose ikke sandsynlig. Derfor var udgangspunktet for undersøgelsen Mckenzie's klassifikationsmodel.

Hvis udgangspunktet havde været Maitlands diagnosticering kunne det have været lumbal L5 dysfunktion med refereret smerte – obs for discugen smerte. Ifølge Butler kunne diagnosen være adhæraner i det neurogene væv i canalis spinalis sekundært til tidligere lumbal dysfunktion. For alle tre diagnoser gælder, at de er beskrivende for de årsagssammenhænge der menes, at ligge til grund for patientens symptomer. Der findes imidlertid ikke for nogen af dem en 100% verificering i form af test, billeddiagnostik etc. Diagnosen bliver derimod mere sikker ved positiv respons på behandling. Behandlingen bliver med andre ord en del af diagnosticeringen. Derangement klassificeringen bekræftes ved patientens symptomrespons på behandling med ekstensionsprincippet.

Det kan dog diskuteres om diagnosen i dette tilfælde er fuldt dækkende. I hvert fald må yderligere behandling med baggrund i andre teoretiske overvejelser inddrages for at opnå yderligere reduktion af symptomerne. Derfor er en mere fyldestgørende diagnose måske derangement 3 syndrom vedligeholdet ved sekundære dysfunktioner i columna.

Udover diagnosen kan det diskuteres om patienten er færdigbehandlet. Ved afslutningen ses stadig symptomer ved slump test og der optræder også belastningsrelaterede smerter. Klinisk er patienten derfor ikke færdigbehandlet. Der er stadig mulighed for at det neurogene væv er påvirket med deraf

følgende risiko for denervation og nedsat belastningstolerance. Samtidige er det uvist om palpationsfundene har ændret sig i takt med reduktionen i symptomerne. Positivt er det dog, at patienten selv fravælger behandlingen. Dette indikerer ressourcer som han i de tidligere behandlingsforløb ikke har vist.

LBP har en selvbegrænsende natur(1). Derfor er det uden kontrolgruppe umuligt at konkludere om det er behandlingen eller den selvbegrænsende natur, der har gjort patienten bedre. Det gælder i særdeleshed ved case rapporter. I dette tilfælde taler det lange forløb forud for behandlingsforløbet for, at det er behandlingen der har haft en effekt.

Behandlingen har bestået af blandt andet øvelser, ergonomisk vejledning, mobilisering og manipulation. Med kun en patient kan det ikke fastslås med sikkerhed hvilke tiltag der har bidraget til effekten. Dog må det konstateres at de største forbedringer på smerteniveauet kommer efter 1. og 9. konsultation. Det er samtidig efter 1. konsultation at ekstensionsprincippet påbegyndes og efter 9. konsultation, at der via manipulationer behandles for dysfunktioner i columna. Det kan derfor tyde på at de to behandlingstiltag har været afgørende for effekten af behandlingen.

Et behandlingsforløb som beskrevet i denne case rapport medfører også for patienten megen information og kendskab til symptomer, smerte etc. I nogle undersøgelser vurderes det alene til at have en positiv effekt på linie med anden behandling(1). Men især med langvarig kronisk smerte kan det være med til at fastholde patienten i et kronisk forløb(8). I dette tilfældet har patienten et kronisk forløb bag sig. Det er derfor ikke sandsynligt at den store fokusering på symptomrespons alene har givet resultatet.

I beskrivelsen af behandlingsforløbet er det vist hvordan klinisk ræsonering danner grundlag for de løbende ændringer i behandlingen. Forløbet er karakteriseret ved at de væsentligste fremgang kun sker på baggrund af teoretiske overvejelser og efterfølgende ændring i behandling. Hvis patienten i stedet alene havde fået instruktion i ekstensionsøvelser ville der måske også umiddelbart have været en forbedring. Men det er uvist hvor stor forbedringen ville være når øvelserne ikke samtidig kombineres med korrektion af den siddestillingen. Ved behandling af LBP er det vigtigt dels at fjerne symptomerne dels at bevare den opnåede fremgang(4). Under alle omstændigheder ville udbyttet af ekstensionsøvelser, ikke på kort sigt have ført til samme reduktion af symptomerne. Dette skyldes at patienten havde brug for anden behandling (manipulationer) for, at få fuld udbytte af ekstensionsøvelserne. Det bliver altså vigtigt for behandlingsresultatet, at vælge ikke alene den rigtige behandling, men også at tilpasse denne til den enkelte patient.

I litteraturen ses resultater, der tyder på god effekt af behandlinger hvor flere behandlingstyper kombineres ud fra undersøgelsesfund og patientens respons på behandling – pragmatisk fysioterapi(2). En sådan måde at undersøge effekten af fysioterapi på vil medføre en mere logisk sammenhæng mellem klinisk praksis og forskning. Men det vil også betyde, at man må undersøge indholdet af pragmatisk fysioterapi i relation til effekten. Altså hvilken ræsonering ligger til grund for behandlingen.

Kvaliteten af det kliniske ræsonement afhænger af klinikerens teoretiske viden og dennes evnen til at kombinere denne viden med de oplysninger undersøgelsen giver(10). En dygtig kliniker kan reflektere i situationen med patienten, har en stor teoretisk viden og kan derfor udlede flere mulig årsagssammenhænge på et givet problem.

Det vil derfor være interessant at undersøge om effekten af behandlingen varierer i forhold til klinikerens teoretiske viden og/eller dennes evne til, at anvende denne i forhold til den enkelte patient.

LITTERATURLISTE

1. **MTV rapporten ”Ondt i Ryggen”:**
Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering
2. **Information er en vigtig behandling:**
Tom Petersen, Fysioterapeuten nr. 12/juni/2001
3. **Exercise therapy for low back pain (Cochrane Review):**
Tulder MW van, Malmivaara A, Esmail R, Koes BW. In: Cochrane Library, Issue 4, 2000. Oxford: Update Software.
4. **The Lumbar Spine:**
Mckenzie RA. Spinal Publications Ltd.
5. **Vertebral Manipulation:**
Maitland GD. BUTTERWORTHS.
6. **Mobilisation of the Nervous System:**
Butler D. Churchill Livingstone.
7. **Therapeutic Exercise for Spinal Segmental Stabilization in Low Back Pain:**
Richardson C, Jull G, Hodges P, Hides J. CHURCHHILL LIVINGSTONE.
8. **Topical Issues in Pain:**
Gifford L.
9. **Myofascial Pain and Dysfunction The Trigger Point Manual:**
Travell JG, Simons BG. Williams & Wilkins.
10. **Clinical Reasoning in The Health Professions:**
Higgs J, Jones M.
11. **MT – Kompendium:**
Danske Fysioterapeuters faggruppe for Manuel Terapi, August 1998.
12. **Use of a Classification Approach to the Treatment of 3 Patients With Low Back Syndrome:**
Fritz JM, Physical Therapy, volume 78, number 7, July 1998
13. **Physical Rehabilitation Outcome Measures:**
Cole B, Finch E, Gouland C, Mayo N. Williams & Wilkins.

BILAG 1