



MUSKULOSKELETAL

FYSIOTERAPI er et speciale i fysioterapi, som omhandler diagnostik, forebyggelse og behandling af lidelser i ryg og bevægeapparat.

Danske Fysioterapeuters Fagforum for Muskuloskeletal Fysioterapi

- Uddanner
- Afholder kurser
- Indhenter, implementerer og formidler viden
- Kvalitetsudvikler
- Akkrediterer og kvalitetssikrer
- Er Danmarks medlemsorganisation (MO) af det internationale forbund IFOMT under WCPT

INDHOLDFORTEGNELSE

- 1 Ambassadører for Muskuloskeletal Fysioterapi
- 2 Leder
- 2 Indkaldelse til Generalforsamling
- 3 LBP-relateret UE smerte – Klassificering baseret på mulig patomekanisme
- 7 Deborah Falla indgår i DFFMF
- 7 Manuel terapi reducerer sygefravær ved LBP
- 8 Møder & Events
- 8 Uddannelse & Kurser



Henrik Christoffersen
DFFMF's
tovholder for
regionale
ambassadører

Kontakt: henrik_christoffersen@hotmail.com



Henrik Bach
DFFMF's
tovholder for
ambassadør-
klinikker

Kontakt: h.m@tdcadsl.dk



Ambassadører for Muskuloskeletal Fysioterapi

Ambassadør-klinikker og regionale ambassadører for muskuloskeletal fysioterapi giver dig nu mulighed for at hente information og høre om aktiviteter i dit nærområde. Ambassadørerne er engagerede fysioterapeuter, som lokalt er med i front, hvor bevægeapparatet »rygger« – og samtidig din vej til at skabe aktiviteter lokalt.

Af **Henrik Christoffersen**, muskuloskeletal fysioterapeut, PT, DipMT
henrik_christoffersen@hotmail.com

Siden foråret 2008 har mange klinikker meldt sig som ambassadørklinikker for muskuloskeletal fysioterapi. Derudover er der også regionale ambassadører for muskuloskeletal fysioterapi.

Tanken bag ambassadør-tiltaget var dels at skabe et netværk af klinikker, som kunne være base for formidlingen af de igangværende kvalitetssikringsprojekter. Sidste år blev der med succes afviklet road shows om sikkerhedstests til nakken, på klinikker i hele landet. Dels ville bestyrelsen i DFFMF gerne vise flaget endnu tydeligere. Vores regionsformænd og forkvinder samt praksiskonsulenterne skal vide, hvem de kan henvende sig til, hvis de har brug for at kontakte DFFMF. Fysioterapeutskolerne skal have materiale om MF-uddannelsen, så interesserede fysioterapeut-studerende kan læse nærmere om muligheden for videreuddannelse i MF. Alt sammen

noget, de regionale ambassadører for muskuloskeletal fysioterapi kan være behjælpelige med.

Fra bestyrelsen i DFFMF er det vores ønske, at den kommende fagfestival for alvor bliver startskuddet for vores ambassadørtiltag. Nærmere oplysninger følger på muskuloskeletal.dk.

Er du interesseret i aktiviteter eller muligheder i dit lokalområde?

Oversigt og kontaktoplysninger for regionale ambassadører og ambassadør-klinikker kan findes på www.muskuloskeletal.dk (Vælg Information / Ambassadører for MF). De regionale ambassadører er Anne Mette Thøgersen (nord), Birthe Stahmer Humlum og Henrik Christoffersen (midt), Lars Johansen og Martin B. Josefsen (syd), Lotte Telvig og Zerrin Sirek (københavn) samt Niels Honoré og Jeppe Thue Andersen (sjælland).

**REDAKTIONEN**

Martin B. Josefsen, redaktør (ansv.). Muskuloskeletal Fysioterapeut, DipMT, mbj@rygfys.dk.

Jeppe Thue Andersen, faglig medredaktør. Specialist i Muskuloskeletal Fysioterapi, MaMT.

Arne Elkjær, PR. Muskuloskeletal Fysioterapeut, DipMT.

ANNONCEINFORMATION

Se web eller mail til mbj@rygfys.dk

BLADET MF ONLINE

www.muskuloskeletal.dk/sw45048.asp

ISSN tryk: 1902-9977
ISSN web: 1902-9985

MT-NYT (ONLINE NYHEDER)

www.muskuloskeletal.dk/sw2332.asp

Leder

Ny medredaktør

Med mange tak for en stor indsats siger vi tak til Per Kjær som medredaktør for bladet. Han har kastet sig ud i nye udfordringer. Samtidig et velkommen til Jeppe Thue Andersen i redaktionen. Jeppe er uddannet i Australien. I dette nummer kan du læse en artikel af ham.

Ambassadører

Det er med glæde vi kan viderebringe budskabet om stor interesse på det muskuloskeletale felt. Engagerede fysioterapeuter rundt i landet ønsker at være med som lokation, når der f.eks. er workshop arrangementer. Til fagfestival kan du høre nærmere om ambassadør mulighederne.

Differentialdiagnostik for fysioterapeuter

Kurserne i differentialdiagnostik og »Røde Flag« er skudt i gang. Det første kursus med fokus på medicinske sygdomme er gennemført og alle deltagere har nu også bestået de tilhørende opgaver. Med kommende differentialdiagnostikkurser

med fokus på rheumatologi, neurologi og ort-hopædi samt billeddiagnostik vil billedet blive stykket sammen i en pakke, som er med til at geare fysioterapeuten til primærkontakt. Ud over disse særskilte kurser fortsættes integrationen af disse hypotesekategorier i selve uddannelsesrækken som vanligt. Samlet set har vi dermed løftet fokus på området. Det er obligatorisk i uddannelsen.

Fagfestival og stand

Kig forbi vores stand på fagfestival – vi glæder os til at se dig. Der er mange muskuloskeletale emner på programmet igen i år. Hent også vores nye uddannelsesfolder på standen. I den løftes sløret første gang for en let justeret uddannelsesstruktur, der giver et endnu mere sammenhængende uddannelsesforløb.

På gensyn til fagfestival

Med venlig hilsen,
Martin B. Josefsen



Indkaldelse til generalforsamling 2009 hos DFFMF

Indkaldelse til generalforsamling hos Danske Fysioterapeuters Fagforum for Muskuloskeletal Fysioterapi (DFFMF – IFOMT MO) 2009.
Tid: Lørdag 28. marts kl. 13.00 i forbindelse med fysio-fagfestival (26.-28. marts).
Sted: Odense Congress Center i lokale 26.

Dagsorden ifølge lovene

1. Valg af dirigent
2. Årsberetning
3. Fremlæggelse af det reviderede regnskab til godkendelse
4. Fastsættelse af kontingent
5. Indkomne forslag
6. Valg af bestyrelsesmedlemmer
7. Valg af suppleanter
8. Valg af revisorer
9. Eventuelt

Indkomne forslag skal fremsendes til Martin B. Josefsen, Formand e-mail: mbj@rygfys.dk senest 14 dage før afholdelse af generalforsamlingen.

Der vil umiddelbart op til generalforsamlingen være mulighed for en bid mad.

Årsberetning 2008

Årsberetningen for 2008 kan du læse online under Fag & Forskning / Organisatoriske beretninger. Det har været et år med mange begivenheder og stor aktivitet fra DFFMF's side.

Kvalitetsudviklingsprojekt, ny uddannelsesstruktur og overvejelser om uddannelsens fremtid har været i fokus.



LBP relateret UE smerte – Klassificering baseret på mulig patomekanisme

Af **Jeppe Thue Andersen**, muskuloskeletal fysioterapeut, MaMT – ja@roskilde.fysiocenter.dk

Introduktion

Low back pain (LBP) er et af de største helbredsproblemer i de vestlige, industrialiserede samfund, med en livstid prevalens på 84 % (Taylor et al., 2000). Studier har fundet at 25-57 % af patienterne vil have UE symptomer relaterede til deres LBP problematik (Heliövaara et al., 1987; Cavanaugh and Weinstein, 1994; Selim et al., 1998), hvilket kan indikere, at LBP problematikken er mere alvorlig, samt at patienten vil have øget risiko for at udvikle kroniske symptomer (Selim et al., 1998).

En low back-relateret UE smerte kan være forårsaget af dysfunktion af neurale eller muskuloskeletale strukturer. Patologien kan være enten mekanisk, eller den kan være biokemisk.

Påvirkning af neurale strukturer kan medføre forskellige kliniske symptomer, der kan være både »positive« og »negative«. Paræstesi og hyperalgesia er eksempler på positive symptomer, mens negative symptomer vil være kendetegnet ved nedsat neural konduktion og dermed mulig nedsat kraft, refleks og/eller sensibilitet.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at nerveskader ikke altid vil forårsage smerte (Boden et al., 1990; Beattie et al., 2001) samt at patienter med refererede smerter ikke nødvendigvis har tegn på kompression af neurale strukturer på billeddiagnostiske udredninger (Boos et al., 1995; Ohnmeiss et al., 1997).

En præcis diagnosticering af årsagen til UE symptomerne vil ofte være vanskelig, da mange strukturer kan forårsage næsten identiske symptomer (Adams et al., 2002; Bogduk and McGuirk, 2002). Dette er problematisk, da non-specifik diagnosticering af de refererede UE symptomer, forringer kvaliteten af undersøgelse og behandling (Bogduk and McGuirk, 2002).

På trods af de diagnostiske udfordringer, så mener forfatterne (Schäfer et al) at en grundig undersøgelses-protokol kan belyse mulige smertemekanismer. Artiklen præsenterer denne protokol, der består af neurologiske test, screening for central sensitivering samt undersøgelse af mekanosensitivitet og har til hensigt at kunne sub-klassificere patienterne i en af følgende undergrupper;

- Central sensitivering
- Nedsat konduktion som følge af axonal kompromittering (Denervation)
- Sensitivering af perifere nerver som følge af neural inflammation uden nedsat konduktion (Mekanosensitivitet)
- Muskuloskeletal refereret smerte fra ikke neurale strukturer som discus eller facetled.

Patoanomi og patomekanik Inflammation;

De lumbale intervertebrale discus (IVD) har en central rolle i low back relaterede UE smerter (Yoshizawa et al., 1995). En mulig patomekanisk årsag kan være kompromittering af normale forhold i IVD, hvor fissurer i annulus fibrosus tillader at inflammatoriske mediatorer fra nucleus pulposus (NP) spreder sig til de innerverede dele af discus. Her stimulerer de nociceptorer og udløser derved en discogen smerte, der potentielt kan referere smerter til UE (O'Neill et al., 2002). Egentlig prolaps af annulus fibrosus membranen tillader, at inflammatoriske mediatorer fra NP kommer i kontakt med de neurale strukturer i spinalkanalen, hvorved de kan forårsage en neural inflammation eller øget mekanosensitivitet. Mekanismen er en væsentlig faktor i udviklingen af low back relaterede UE smerter – selv uden mekanisk nerverods kompression (Videman and Nurminen, 2004; Peng et al., 2005),

Fortsættes >>

INDGANG:

Patienter med UE symptomer forårsagede af lumbale problematikker ses ofte i en klinisk hverdag. Præcis og specifik diagnosticering af involverede processer er ofte vanskelig, hvilket gør det til en udfordring at vælge korrekt behandlingsteknik for den individuelle patient. Diagnostisk usikkerhed kan medføre en tilbøjelighed til at vælge »favorit patologi« og tilhørende behandlingsintervention. Teksten præsenterer en grundig undersøgelsesprotokol til patienter med LBP relaterede UE smerter, der klassificerer patienterne i forhold til smertemekanisme i en af fire mulige subgrupper. Korrekt klassificering vil optimere diagnostik, prognose, valg af behandlingsteknik samt den kliniske ræsonerings proces.

Klassifikationsmodellen er oprindeligt præsenteret som;
Classification of low back-related leg pain – A proposed patho-mechanism-based approach

Axel Schäfer, Toby Hall, Kathy Briffab, Manual Therapy, December 2007

REFERENCELISTE TIL ARTIKLEN:

Se muskuloskeletal.dk / Fag & Forskning / MT-Nyt (artikel inkl. referenceliste).

**LÆS ARTIKLEN
I MANUAL
THERAPY
JOURNAL.**

**HUSK AT DU SOM MEDLEM
AF DFFMF KAN BENYTT
DIG AF SÆRTILBUDET FOR
ABONNEMENT PÅ MANUAL
THERAPY JOURNAL.**

Sæertilbud med 2 valgmuligheder
(2009 opdatering)

- Normalpris: 167 Euro (online + fuldt arkiv + printversion via post)
- Sæertilbud 1: 139 Euro (online + fuldt arkiv + printversion via post)
- Sæertilbud 2: 126 Euro (online + fuldt arkiv)

Læs mere på muskuloskeletal.dk
(Fagblad / Int. tidsskrifter)

Journal of Orthopaedic Sports Physical Therapy

JOSPT

**OGSÅ JOSPT KAN DU SOM
DFFMF MEDLEM FÅ ET
SÆRLIGT TILBUD PÅ**

Sæertilbud med 2 valgmulighe-
der (2009 opdatering)

- Normalpris: 275 USD (online + fuldt arkiv + printversion via post)
- Sæertilbud 1: 185 USD (online + fuldt arkiv + printversion via post)
- Sæertilbud 2: 59 USD (online + fuldt arkiv)

Læs mere på muskuloskeletal.dk
(Fagblad / Int. tidsskrifter)

Kompression

Kompression af nerverødder kan være forårsaget af IVD prolaps, osteofytter, samt hypertrofi af facetled eller ligamentum flavum (Taylor and Twomey, 1986; Kobayashi et al., 2005). Nerverods kompression kan forårsage forringet intraneural blodgennemstrømning, øget endoneural tryk og deformation af nervefibre (Rydevik et al., 1984, 1991; Olmarker et al., 1989). Herved opstår en lokal neural iskæmi, der kan føre til nedbrydning af axonale myelin skeder (Corneford et al., 1997; Kobayashi et al., 2004; Igarashi et al., 2005).

Effekterne af neural kompression kan være sensorisk og motor dysfunktion samt refereret smerte. Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at kompression ikke nødvendigvis er smerte-genererende (McNab, 1972; Wiesel et al., 1984; Kjær et al., 2005). Årsagen hertil er uklar – men det kan måske være forbundet med hastigheden af processen. Hurtig neural kompromittering vil sandsynligvis være associeret med inflammatoriske processer og neural irritation (Kobayashi et al., 2005). Derimod indikerer dyreforsøg at en mere gradvis neural kompression sandsynligvis ikke vil være forbundet med samme smerteintensitet (Olmarker et al., 1990; Yoshizawa et al., 1995; Corneford et al., 1997; Igarashi et al., 2005).

Centrale mekanismer

Vedvarende perifer dysfunktion som følge af neural inflammation og/eller kompression kan føre til central sensitivering (Campbell and Meyer, 2006) gennem en række komplekse og omfattende mekanismer.

I artiklen beskrives følgende mekanismer at have en afgørende rolle i denne proces;

- påvirkning af NMDA receptorer; hvilket kan medføre sensitivering af de nociceptive specifikke neuroner i dorsal hornene (Costigan and Woolf, 2000).
- dysfunktion af WDR neuroner; der som følge af konvergens mellem Ab-fibre og C-fibre kan medføre allodynia (Woolf and Doubell, 1994).
- »de-afferentation«; hvor dysfunktion af afferente axoner kan medføre spontan aktivitet af nociceptorer i CNS (Baumgartner et al., 2002).
- skift af fænotype; hvor Ab-fibre ændrer funktion og opfører sig som C-fibre og frigiver neuropeptider der bidrager til den centrale sensitivering (Woolf and Salter, 2000).
- Ab-fibre der forgrener sig til Lamina II i dorsal hornene, som normalt er C-fiber specifik (Mannion et al., 1996).

- disinhivering; på grund af celledød af inhiberende interneuroner (Woolf and Mannion, 1999) og ændring af descenderende modulerende mekanismer (Ren and Dubner, 1996, 2002, Gardell et al., 2003).
- ændringer i hjernen på kortikalt og sub-kortikalt regioner, der påvirkes af kognition, følelser og opmærksomhed (Zusman, 2002).

Den interesserede læser henvises til uddybende læsning om central sensitivering i relevante tekster som Zusman & Wright (2006) eller Woolf and Mannion (1999).

Refereret smerte fra muskuloskeletale strukturer

En stor del af low back relaterede UE smerter skyldes problematikker i muskuloskeletale strukturer (Bogduk and McGuirk, 2002). Studier har påvist af discus intervertebralis (Ohnmeiss et al., 1997; O'Neill et al., 2002), facetled (Mooney and Robertson, 1976; Schwarzer et al., 1994), sacroiliaca led (Fortin et al., 1994) og muskler (Travell and Simons, 1983) potentielt kan referere smerte til UE. Dette fænomen forklares ved konvergens teorien, der beskriver hvorledes afferente impulser fra forskellige regioner konvergerer på det samme neuron i CNS, hvorved der skabes en mental opfattelse af smerte i en region uden patologi (Jenkins, 2004).

Klassifikation

Baseret på ovenfor beskrevne mekanismer, foreslås følgende klassifikation af low back relaterede UE smerter i fire kategorier (Tabel 1).

Central sensitivering

Patienter med central sensitivering rapporterer ofte om positive symptomer, som paræstesi, dyssæstesi, hyperalgesi, mekanisk allodynia og smerter der skyldes ændring af centrale processer (Woolf and Mannion, 1999; Baumgartner et al., 2002). Kliniske tegn på central sensitivering kan være smertekarakter, der beskrives som skærende, eller brændende.

Denervation

Denervation er forårsaget af strukturel nerve skade, der nedsætter den neurale konduktion, og derved medfører negative symptomer som sensorisk og motor deficit (Baumgartner et al., 2002), der vil kunne diagnosticeres i den neurologiske undersøgelse (Tabel 2). Denervation kan være en mulig årsag til neuropatisk smerte (Dworkin et al., 2003; Baron and Binder, 2004; Jensen et al., 2004).

Perifer nerve sensitivering

Opregulering af inflammatoriske mediatorer kan sensitivere perifere neurale strukturer, hvilket ikke vil medføre dysfunktion i den neurologiske undersøgelse (Greening et al., 2005) ved test af sensibilitet, kraft og reflekser. Til gengæld vil der være øget mekanosensitivitet for mekaniske stimuli (Elvey, 1997), som neural palpation og neurodynamiske test. Patienterne indtager desuden ofte kompensatoriske/antalgiske holdninger for at beskytte mekanosensitivt nervevæv (Hall and Elvey, 2004).

Muskuloskeletal

UE symptomerne ved muskuloskeletal refereret smerte beskrives ofte som dumpe, dybe smerter eller som en trykkende/pressende fornemmelse (Feinstein et al., 1954). Både neurologisk og neurodynamisk undersøgelse bør være normal, mens procedurer, der stresser muskuloskeletale strukturer i lumbal columna, vil identificere en smerte-generende struktur, der ikke er neural (Donelson et al., 1997; Young et al., 2003; Laslett et al., 2005).

Mix af patologier

Gennemgangen af patienter med LBP relaterede UE smerter har i denne tekst være tydeligt adskilt i fire separate undergrupper. I den kliniske hverdag vil der være et betydeligt overlap mellem undergrupperne. Central sensitivering kan være »trigget« af perifer neural sensitivering, ligesom inflammatoriske stoffer, der udløses ved denervation, også kan være involveret i processen. Klassifikationssystemet afviser ikke, at nogle patienter kan have forskellige patologiske forhold, hvor både nociceptive og neuropatiske smertemekanismer er involveret (Baron and Binder, 2004). De fleste patienter har dog en mekanisme, der dominerer deres symptomer. Denne bør kunne identificeres ved hjælp af den præsenterede undersøgelses-protokol.

Undersøgelses-protokol

Undersøgelses-protokollen (fig. 1) er udviklet til at identificere positive symptomer, neurologiske dysfunktioner, samt tegn på øget neural mekanosensitivitet. Klinisk ræsonnering i forhold til den information, der udledes fra undersøgelses-protokollen, bør gøre terapeuten i stand til at klassificere patienter i en af de beskrevne undergrupper. Protokollen inkluderer en grundig gennemgang af patientens subjektive symptomer samt kliniske undersøgelse. Til dato er der ikke publiceret data, der vurderer validitet og reliabilitet for den samlede undersøgelses-protokol. Den første del af undersøgelses-protokollen er vurderingen af patientens subjektive symptomer, hvilket blandt andet omfatter »Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs« (LANSS) (Bennett, 2001). LANSS er

et validt og reliabelt interview-baseret spørgeskema (Yucel et al., 2004; Bennett et al., 2005, 2006), som er designet til at screene for neuropatiske symptomer. Skalaen giver en indikation af hvorvidt centrale sensitiverings processer er den primære patomekanisme for patientens symptomer.

Anden del af protokollen inkluderer neurologisk undersøgelse, med test af reflekser, styrke og sensibilitet. Herefter testes for perifer neural sensitivering med øget mekanosensitivitet (Elvey and Hall, 1997; Hall and Elvey, 1999, 2004). Dette inkluderer test af aktiv og passiv ROM og neurodynamisk undersøgelse (fx nervepalpation, SLR, slump) af de strukturer, der vurderes at være mulige årsager til symptomerne. Positiv neurodynamisk undersøgelse uden subjektive tegn på positive symptomer eller neurologisk deficit indikerer perifer neural sensitivering (beskrevet mere detaljeret af Hall og Elvey, 2004, 2006).

Diskussion/Konklusion

Artiklen præsenterer en klinisk klassifikation af LBP relaterede UE smerter baseret på mulige smertemekanismer. Der er uden tvivl et signifikant overlap og kausal relation mellem forskellige mekanismer (Baron and Binder, 2004), men det vurderes, at der findes en primær mekanisme for patientens symptomer, der kan identificeres ved den forslåede protokol.

Forfatterne mener, at den præsenterede klassifikationsmodel kan anvendes til både OE og UE symptomer samt at den kan fungere som en rationel guideline for klinisk beslutningstagen. Komplexiteten af mulige neurale patomekanismer nødvendiggør dog fortsat udvikling af systemet. Flere forskere evaluerer i øjeblikket det præsenterede klassifikationssystem.

Opfølgning på artiklen

I et »Letter to editors« i Manual Therapy kritiserer Beith og Thacker (2008) artiklen for række forhold;

- For det første mener de ikke at paræstesi som symptom er unikt for centrale processer. De angiver at også dysfunktion af perifere nerver, nerverødder og dorsale ganglier kan medføre paræstesi.
- Desuden mener de, at det vil være mere relevant at bruge PainDETECT end SLANSS som spørgeskema, da dette er valideret for patienter med LBP og UE smerte. Ydermere kritiseres artiklen for at beskrive, at SLANSS er sensitiv overfor om central sensitivering skyldes centrale eller perifere mekanismer. De angiver, at SLANSS kun vil indikere om en patient har neuropatisk eller non-neuropatiske smerter.

Fortsættes >>

FAGFESTIVAL 2009

DFFMF vil igen i år være til stede med stand på fagfestival. Kig forbi og mød nogle af underviserne, bestyrelsesmedlemmerne og vore internationale relationer.

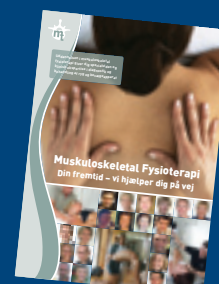
Der er mange muskuloskeletale relevante emner på fagfestival programmet igen i år. Vi ser frem til at møde dig.

NY UDDANNELSESFOLDER

Til fagfestival vil vi gerne præsentere vores nye uddannelsesfolder.

Med denne løfter vi desuden sløret for en let justeret uddannelsesstruktur, som giver et endnu mere sammenhængende forløb i uddannelsen på 60 ECTS.

Få den på standen til fagfestival.



- Et andet kritikpunkt er beskrivelsen af »Denervation-gruppen« som de ikke mener altid vil have negative symptomer. Dette med reference til to tekster som beskriver at »wallerian degeneration« i de første 6 – 12 uger (Lundborg, 2005) samt neural heling (Stewart & Eisen, 1978) kan være associeret med paræstesi.
- Beith og Thackers sidste kritikpunkt er, at manglende viden om neuropatiske smerter og behandlingen af disse medfører, at central sensitivering ikke bør inkluderes i den præsenterede algoritme.

Deres generelle holdning, er at ovenstående faktorer kan kompromittere den kliniske ræsonnering, hvis protokollen benyttes klinisk i sin nuværende form.

- Som svar på Beith & Thackers brev, svarer forfatterne, at forfatterne ikke er enige i kritikken, men angiver at klassifikationssystemet behøver yderligere udvikling efterhånden som det evalueres af relevante studier. Yderligere svarer de blandt andet at;
- SLANSS er et valideret og reliabelt spørgeskema, der er afprøvet til at identificere LBP relateret UE smerte. Desuden var PainDETECT ikke publiceret da klassifikationssystemet blev udarbejdet.
 - Ingen af de beskrevne sub-grupper er defineret ved et enkelt klinisk symptom – altså er ingen symptomer »unikke« i forhold til klassificeringen.
 - De anerkender at der er sandsynlighed for overlap mellem grupperne, men at undersøgelsesprotokollen oftest kan identificere en dominant mekanisme.

Diagnostisk gruppe	Central sensitivering	Denervation	Perifer neural sensitivering/ Mekanosensitivitet	Muskuloskeletal
Classification	Neuropatisk	Neuropatisk	Neuropatisk / nociceptiv	Nociceptiv
Symptomatisk struktur	Neural	Neural	Neural	Muskuloskeletal
Mekanisme	CNS sensitivering Disinhibering Korticale processer	Strukturel skade af periferer nerverødder	Inflammation Sensitivering af neurale nociceptorer	Konvergens
Effekt	Forstærket respons på afferente input	Nedsat konduktion »de-afferentation«	Øget mekanosensitivitet i periferer nerverødder	Mental perception af smerte/symptomer er relaterede til UE
Symptomer	Distal smerte Hyperaesthesia Hyperalgesia Paraesthesia Allodynia	Segmental distal smerte Hypoesthesia, nedsat kraft/lammelse	Smerte kan være lokaliseret i alle dele af UE Mekanisk mekanosensitivitet for tryk og stræk	Referet UE smerte Smerte værst proksimalt Normal neurologisk funktion
Fund	LANSS score > 12 Mange har symptomer der kan minde om denervation og mekanosensitivitet	Positive neurologisk undersøgelse; nedsat sensibilitet, kraft og reflekser Minimal tegn på mekanosensitivitet LANSS < 12	Mekanisk mekanosensitivitet for tryk og stræk Positive test for mekanosensitivitet LANSS < 12	Ingen af fundene fra andre kategorier LANSS < 12

LBP relateret UE smerte					
Ja →					
LANSS >12	Nej →	Nedsat konduktion ved neurologisk test	Nej →	Øget mekanosensitivitet	Nej
Ja →		Ja →		Ja →	→
Central sensitivering		Denervation		Perifer neural sensitivering	Muskuloskeletal

Afslutningsvis i artiklen angives det at relevante studier vil fortsætte med at evaluere og udvikle klassifikationssystemet. Forfatterne har selv gennemført to studier siden publiceringen. I det første finder de, at patienter klassificerede i den neurale sensitiverings gruppe responderer bedre på nervemobiliserings-teknikker end patienter i de

øvrige grupper (Schäfer et al, IFOMT kongres, Rotterdam 2008). I et andet studie har forfatterne testet inter-rater reliabiliteten i klassifikationssystemet på 40 patienter med gode resultater (Schäfer et al, IFOMT kongres, Rotterdam 2008).

DEBORAH FALLA INDGÅR AKTIVT I DFFMF

Deborah Falla, fysioterapeut, PhD ved Institut for Sansemotorisk Interaktion ved Aalborg universitet indgår i DFFMF's undervisergruppe. Fra efteråret medunderviser hun sammen med øvrige undervisere på fordybelseskurser i cervikogen hovedpine. Hun har allerede bidraget aktivt på neuromuskulær kontrol kurserne på nakkeområdet.

Deborah har i Australien indgået aktivt i den muskuloskeletale faggruppe i forskning og på kurser, og vi hilser Deborah et naturligt velkommen i den danske gruppe også. Deborah indgår også som en af ressourcepersonerne i den nye interessegruppe (MIG) for Nakkebesvær, Hovedpine og Whiplash.



BOGANMELDELSE

Whiplash, Headache and Neck Pain – Research Based Directions for Physical Therapies.

Jull, Sterling, Falla, Treleaven, O'Leary



Læs boganmeldelsen online (Fagligt / Anmeldelser) .

Manuel Terapi intervention reducerer sygefravær ved lænderygsbesvær

Svensk studie dokumenterer at manuel terapi reducerer sygefraværet blandt arbejdsaktive med akut eller subakut lænderygsbesvær med eller uden udstråling til benene.

Af Martin B. Josefsen, muskuloskeletal fysioterapeut, DipMT – mbj@rygfys.dk

I et RCT foretaget på Gotland i Sverige blev effekten af »stay active« terapi (standardbehandling med aktiverende strategier) sammenlignet med manuel terapi med eller uden steroidinjektioner.

160 arbejdsaktive personer deltog i en 10-ugers interventionsperiode med follow-up efter 2 år. Alle havde akutte eller subakutte lænderygsmerter med eller uden udstråling til benene.

Effektmål var antal sygemeldingsdage og retur til arbejde.

Patienterne blev opdelt i to hovedgrupper til henholdsvis »Stay active« terapi referencegruppe og Manuel Terapi gruppe. Disse to grupper deltes endvidere op i to, så der var i alt 4 behandlingsgrupper.

- 1) Referencegruppe 1: Stay Active terapi
- 2) Referencegruppe 2: Stay Active terapi og stretching
- 3) Manuel Terapi gruppe 1: Stay Active terapi, stretching og manuel terapi
- 4) Manuel Terapi gruppe 2: Stay Active terapi, stretching, manuel terapi og injektioner

Lægerne der indgik i studiet var instrueret i at give så kort sygemeldingsperiode som muligt. Den manuelle terapi blev givet af manuelle terapeuter med »moderat erfaring«. Interventionen manuel terapi blev tilgæet pragmatisk og kunne indeholde specifik spinal mobilisering, manipulation eller autotraktion hvis det var indikeret.

Resultaterne viste at signifikant flere i manuel terapi gruppen var tilbage i arbejde efter 10 uger sammenlignet med referencegruppen. Blandt de som var sygemeldt ved baseline var signifikant færre sygemeldt i manuel terapi gruppen efter 10 uger. Forskelle mellem grupperne kunne allerede observeres 10 dage efter behandlingsstart.

Forfatterne konkluderer at den manuelle terapi intervention som blev givet i dette studie reducerede sygefraværet og øgede »return-to-work« mere end et standard stay-active terapiprogram. Forskellen var signifikant efter 10 uger men ikke efter 2 år.

ARTIKEL

Bogefeldt J et al.: Sick leave reductions from a comprehensive manual therapy programme for low back pain: the Gotland Low Back Pain Study. Clinical Rehabilitation 2008; 22: 529-541

Uddannelse og kurser

Uddannelsen i muskuloskeletal fysioterapi

Specialviden og klinisk ekspertise i diagnostik og behandling af ryg og bevægeapparat.

Uddannelsen i muskuloskeletal fysioterapi varer fire år og tages sideløbende med praksis efter endt grunduddannelse i fysioterapi. Uddannelsen er internationalt godkendt under verdensforbundet for muskuloskeletal fysioterapi. For yderligere information: www.muskuloskeletal.dk/sw299.asp og www.muskuloskeletal.dk/sw2177.asp

Mødekalender

Møder/events, symposier m.m.

online event-kalender:

www.muskuloskeletal.dk/sw26278.asp

MØDE	DATO
Fysio-Fagfestival Danske Fysioterapeuter Odense Congress Center	26.-28.03 2009
Conference on the Neck Pain Patient (info for chiropractors) – Evidence for use in daily practice IFEC Paris	04.04 2009
10th Nordic Congress on Orthopaedic Manipulative Therapy and Medicine OMT Sweden, Society of OM, ECE IFOMT Göteborg, Sverige	29.-31.05 2009
Low Back Pain Forum 2009 Boston	17.-20.06 2009
2nd Int. Fascia Research Congress Amsterdam, Holland	27.-30.10 2009
3rd Int. Conference on Movement Dysfunction – Rehabilitation: Art & Science MACP & KC Edinburgh, UK	30.10 – 01.11 2009
7th Interdisciplinary World Congress on Low Back & Pelvic Pain Hyatt Regency Century Palace – Los Angeles	09.-12.11 2010
IFOMT Congress 2012 IFOMT Quebec, Canada	

KURSUS	DATO
NeuroDynamik – David Butler (AU) Århus. (Inden Fysio-Fagfestival 26.-28.03 2009 i Odense)	24.-25.03 2009
Nakkebesvær og Hovedpine (cervikogen hovedpine) – Gwendolen Jull, Professor (AU) Tårnby. (Efter Fysio-Fagfestival 26.-28.03 2009 i Odense)	29.-30.03 2009
MF Trin 2B Tårnby	Del 1: 19.-21.04 2009 Del 2: 03.-04.05 2009
Differentialdiagnostik og røde flag – Medicinske sygdomme Tårnby	24.-25.04 2009
MF Trin 1B * Ekstra forårskursus * Vejen	Del 1: 24.-26.04 2009 Del 2: 17.-18.05 2009
MF Trin 1A * Ekstra forårskursus * Tårnby	Del 1: 30.04-02.05 2009 Del 2: 17.-18.05 2009
Dynamisk Stabilitet – UE Tårnby	05.-07.05 2009
MF Eksamen – Del 1 (ExamMT) – Del 2 (DipMT)	Del 1: 13., 14., 16. og 17. maj 2009 Del 2: 14. og 16. maj 2009
Dynamisk Stabilitet – Cx Tårnby	25.-26.05 2009
Dynamisk Stabilitet – Lx Tårnby	27.-29.05 2009
MF Trin 1A Vejen	Del 1: 25.-27.09 2009 Del 2: 09.-10.10 2009
MF Trin 2A Tårnby	Del 1: 30.08-01.09 2009 Del 2: 13.-14.09 2009
MF Trin 1B Tårnby	Del 1: 27.-29.09 2009 Del 2: 11.-12.10 2009
Ansigtssmerter og craniomandibulære dysfunktioner Holbæk & Frederiksberg	Del 1: 02.-03.10 2009 Del 2: 30.-31.10 2009

Se den komplette og opdaterede kalender på:

www.muskuloskeletal.dk/sw1576.asp

Yderligere info og tilmelding via online kursuskalender.