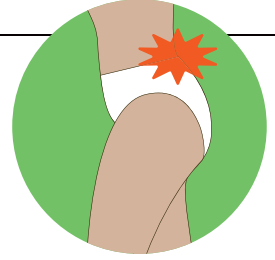




Af Peter Silbye og Charlotte Voglhofer



#### Kontakt

peter\_silbye@dadlnet.dk

#### Biografi

Peter Silbye, speciallæge i almen medicin, tidligere praktiserende læge i Køge, diplomlæge i muskuloskeletal medicin samt mangeårig underviser på DSMM's bevægeapparatkurser.

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

# Rygsmarter set fra almen praksis

## – hofte- og lyskesmerter

**RESUME:** I de tre forudgående artikler i den aktuelle artikelserie om rygsmarter i almen praksis er de overordnede aspekter omkring rygsmarter gennemgået, herunder en screeningsundersøgelse med henblik på at finde den del af kroppen, som er hovedansvarlig for problemet, samt behandling efterfølgende. I denne artikel gennemgås undersøgelsen for forskellige årsager til hofte- og lyskesmerter samt forslag til behandling med manuelle teknikker.

MÅNEDSSKRIFT  
for almen praksis

Smerter i hofte- og lyskere regionen er hyppige årsager til kontakt til almen praksis og kan være ledsaget af lændesmerter. Hofte- og lyskesmerter kan bl.a. håndteres ved manuel behandling. Artiklen er den fjerde og sidste i serien om rygsmarter i almen praksis.

## Appetizer

**P**eter er 44 år – har booket en tid, fordi han de seneste 4 uger har haft smerter i højre lyske. Han arbejder som IT-supporter, og i sin fritid spiller han tennis 2 gange i ugen, og så er der oldboys-kamp i weekenden. Han kommer, fordi han ikke længere kan spille tennis, det gør ondt i højre lyske, når han rejser sig fra stolen, når han går, og når han vender sig i sengen. Han er lidt øm i lænden, og smerterne stråler ned på forsiden af højre lår.

Dette er den 4. artikel i serien om rygsmarter set fra almen praksis – denne gang med udgangspunkt i en ny sygehistorie. I de tidligere artikler har vi gennemgået de overordnede forhold omkring rygsmarter, inddelingen i røde flag, rodtryk og de uspecifikke rygsmarter. Screeningsundersøgelsen, som er beskrevet i den 2. artikel (1), er vigtig, da det er ved screeningen, at man sætter "diagnosen", finder de dysfunktionelle områder, og som man herefter undersøger nøjere for evt. at behandle manuelt eller behandle på anden måde. Når vi har undersøgt patienten og fundet diagnosen, evt. manuelt behandlet, kan vi give patienten en fyldestgørende forklaring på hans/hendes smerter og/eller funktionshæmning og lægge en behandlingsplan for patienten. I den 3. artikel (2)

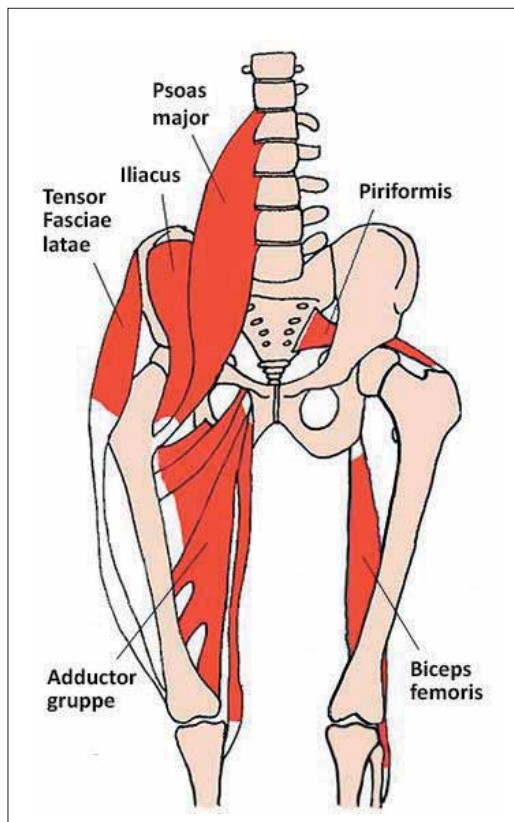


Foto 1 /

kom vi med eksempler på, hvordan man netop kan gøre dette. Vi skal dog hele tiden huske på, at vi ser på patienten gennem den bio-psyko-soziale model og ikke kun via apparatfejlsmodellen, og at vi også har andre samarbejdspartnere på dette felt, fysioterapeuter og kiropraktorer.

I denne 4. og sidste artikel vil vi gennemgå den sidste del af de uspecifikke rygsmerter, nemlig hofte- og lyskesmerter, som også er en særdeles hyppig henvendelsesårsag til almen praksis.

De tilgrundliggende årsager til hofte- og lyskesmerter medfører også ofte lændesmerter.

Anatomisk danner hoften overgangen til underekstremiteten, omfattende selve hoftedledet, sacroiliacaleddet og knoglestrukturene i bækkenet med den veludviklede muskulatur, som har ossøs fæste herpå. Denne er med til at skabe bevægelighed over bækkenet samt stabilisere vores posturale holdning – altså at holde os oprejste (foto 1).

Smerter i hofte og lyske kan komme fra selve hoftedledet, sacroiliacaleddet, de omkringliggende muskler, sener, bursaer samt fra ikke-

bevægeapparatbetingede årsager som fx hernier, testis- og underlivsproblemer. Disse årsager vil ikke blive omtalt, men skal selvfølgelig altid overvejes som mulighed. Reumatologiske lidelser som reumatoid artrit, Mb. Bechterew og polymyalgi, som alle kan give symptomer fra hofte og bækken, berøres heller ikke. Børn med hofteproblemer som epifysiolysis capitis femoris, Calvé-Legg-Perthes sygdom, Coxitis simplex og avulsioner vil heller ikke blive behandlet i denne artikel, men ses også i almen praksis.

Som beskrevet i den første artikel (3) kan smerteudstrålingen ved dysfunktioner i forskellige dele af columna lumbalis og fra den thorakolumbale overgangszone medføre forskellige smertebeskrivelser fra patienten. For eksempel vil dysfunktioner omkring den thorakolumbale overgang (Th11-L2) medføre smerter, der trækker ud over hoftekammen og ofte frem mod lysken. Smerter fra den nedre del af columna lumbalis (L4+L5) giver dybe lave lændesmerter, som stråler ned i ballen og ofte videre ned i baglåret.



Foto 2 /



Foto 3 /



Foto 4 /

Den screeningsundersøgelse, der "peger" på underekstremiteterne inkl. hofte og bækken, er en squattest (foto 2). Den fortæller undersøgeren, om den generelle bevægelighed i hofte-, knæ- og ankelled er normal, men intet om, hvor problemet sidder; kun at der er et problem i underekstremiteten. Vi beder Peter sætte sig i dyb hugsiddende stilling uden at løfte hælene fra gulvet. Samtidig holdes Peter i begge hænder, dels for at give støtte, og dels for at afsløre evt. sideforskelle, idet han vil trække mere i den "raske side" for at afhjælpe den svage side.

Peter havde problemer med at komme ned i squat, og han trak lidt mere i venstre arm, da han skulle op. Dette betyder, at vi skal undersøge hans underekstremiteter med hofte og bækken nøjere og især den højre side.

Hofteleddet undersøges for artrose ved bevægetest, hvor indadrotationen først vil blive hæmmet. Dette kan gøres enten siddende på lejet med løst hængende ben eller i rygleje med femur bøjet 90 gr i hofteleddet. I begge tilfælde vil behandleren udføre en passiv indadrotation i hofteleddet ved at skubbe crus udad (foto 3). Ved artrose vil bevægelsen stoppe pludseligt – man taler om en hård endfeel.

Ved hofteartrose vil der også være en kapsulær stramning, som kan løsnes manuelt og faktisk bedre patientens gangdistance og mindske smerterne i en periode, hvorved operation måske kan udskydes (foto 4). En ægtefælle vil nemt kunne instrueres i denne øvelse.

I rygliggende stilling kan vi også undersøge sacroiliacaledet ved den såkaldte "4-P test", (Posterior Pelvic Provocation Pain Test), hvor hoften flekteres 90 gr., undersøgeren understøtter sacrum med den ene hånd og skubber på knæet i femurs retning ned mod lejet med den anden (foto 5). Er der problemer i SI-leddet, vil det medføre en smerte. I rygliggende stilling kan hofteleddets øvrige bevægelser også under-

søges, og vi kan tjekke for FAI: femoroacetabular impingement og hofte-dysplasi – med maks. fleksion/adduktion/indadrotation. Er der mistanke herom, kan man evt. supplere med et rtg. med Lauenstein-projektion. Man skal dog huske, at hvis vi tænker hofteartrose, er det en klinisk diagnose, og rtg. er et supplement, når operation overvejes.

I rygliggende stilling kan man også palpere os pubis, dels som led i en bækkendysfunktion af hele bækkenringen, dels for at afsløre en evt.



Foto 5 /



Foto 6 /



Foto 7 /



Foto 8 /



Foto 9 /

stressfraktur og endelig som led i graviditetsbetingede bækken smerter. Man palperer efter asymmetri af de 2 rami pubis i forhold til horisontalniveaue og dels efter palpationssmerter (foto 6).

Ved mistanke om et rodtryk udføres selvfølgelig en strakt benløftnings-test (SBT-Laseque), som også afslører evt. hasestramning. Ved at monitorere på modsatte cristakant kan man føle, hvornår der kommer bevægelse af bækkenringen under fleksionen af benet. Haserne hæfter på tuber, og bevægelse af bækkenet er udtryk for, at hasernes maksimale længde er nået. De 2 sider sammenlignes. Det ben, hvor man først føler bevægelse på modsatte crista, har stramme haser i forhold til modsatte side (foto 7).

Ved et rodtryk har man radikulære smerter, dvs. jagende, udstrålende smerter, der følger dermatomerne. SBT er positiv, hvis der kommer smerter < 60 gr. Kommer smerterne > 60 gr., drejer det sig om hasestramning, og det er ikke radikulære smerter.

### Øvrige muskulære spændinger

Foruden haserne er følgende muskler væsentlige og kan give symptomer fra hofte og lyske, nemlig *iliopsoas*, *piriformis*, *adduktorer*, *tensor fascia latae* og *quadratus lumborum*.

**Iliopsoas** er vores kraftigste hoftebøjer, en postural muskel, der reagerer ved forkortning, når den belastes. Psoasdelen udspringer fra processus transversus fra TH12 til L4, og den smelter sammen med iliacusdelen og hæfter på trochanter minor. Er den forkortet, kan ømme triggerpunkter palperes gennem abdomen langs muskelkanten (foto 8). Stramningen kan også testes – og behandles – i bugleje, hvor bækkenet er fikseret, ved at modsatte ben støtter på gulvet, og testbenet løftes med bøjet knæ af behandleren. Sædvanligvis skal der kunne være en hånd på højkant mellem leje og femur lige over knæet – mindre er udtryk for stramning. Begge sider sammenlignes (foto 9). En stram iliopsoas kan foruden lyskesmerter også medføre lændesmerter og – måske mere ukendt for mange – smerter i testis/labia pga. påvirkning af n. genitofemoralis, som passerer gennem eller helt tæt på iliopsoas. Dysfunktioner på den thorakolumbale overgang kan give lignende symptomer. Føleforstyrrelser/smerter højt lateralt på femur, meralgia paraesthetica kan også skyldes

en stram iliopsoas pga. påvirkning af n. cutaneus femoris lateralis, som også har tæt forbindelse til iliopsoas.

**Piriformis** er en af udadrotatorerne og en stærk abduktor. Stramning af denne forårsager lændesmerter og er herudover ofte årsag til en dyb smerte i ballen. Et ømt triggerpunkt kan palperes i bugleje ved at tegne en imaginær linje fra L5 til trochanter og fra SIPS (spina iliaca post. sup.) til tuber. Hvor de 2 linjer krydser hinanden, ligger triggerpunktet i dybden og kan palperes med sammenligning af modsatte side. Den kan også undersøges ved en bevægetest i rygliggende stilling med femur flekteret > 90 gr. I denne stilling bliver piriformis en indadrotator, hvorfor der foretages maksimal uddadrotation og adduktion (knæet føres mod modsatte skulder), og spændingen registreres og sammenlignes med modsatte side (foto 10).



Foto 10 /

**Adduktorerne**, som hæfter på ramus pubis, kan testes og behandles ved Patrick Faberes test (foto 11). Fleksion, ABduktion, Ekstern Rotation og Ekstension. Man vurderer, hvor langt knæet falder ned og igen sammenlignet med modsatte side. Samtidig kan man føle ømme triggerpunkter i de forskellige adduktormuskler. Denne test fortæller os også om evt. SI-leads- og hofteledsproblemer.



Foto 11 /

**Tensor fascia latae** er en lille muskel på lateralsiden af hoften, som løber ned i tractus iliotibialis og hæfter lige distalt for knæet. En stramning af denne muskel medfører foruden hofteproblemer også løberknæ pga. friktion over laterale tibiakondyl. En enkelt måde at teste denne muskel på er i rygliggende leje passivt at lave en adduktion. Man løfter modsatte ben og fører testbenet i en adduktion hen under det modsatte ben, fornemmer endfeel og sammenligner med modsatte side (foto 12).



Foto 12 /

**Quadratus lumborum** strækker sig fra cristakanten op til costa 12 og hæfter samtidig på processus transversi på de lumbale hvirvler. Foruden at forårsage lændesmerter er den årsag til dybe smerter i ballen pga. triggerpunkter i musklen. Disse findes ved palpation af musklen (foto 13).



Foto 13 /

Sluttelig vil vi omtale en ikke sjælden lidelse – stramning af det sacrotuberale ligament inkl. musklerne i bækkenbunden, som kan give dybe bækkensmerter, samlivssmerter m.m. Ligamentet, som er en rest af hasemusklerne, fortsætter hvor disse ender på tuber videre op på sacrum. Dette ligament



Foto 14a /



Foto 14b /

kan som posturale muskler blive forkortet og medføre de omtalte gener. Det kan palperes ved en gynækologisk undersøgelse – men også ”uden på tøjet”. (foto 14). Ligesom ved alle andre undersøgelser er det her meget væsentligt, at man har patientens accept af undersøgelsen og behandlingen med ligamentudspænding.

### Eksempel på manuel behandling

Finder man muskulære spændinger, kan vi altid bruge vores samarbejdspartnere, fysioterapeuterne, men vi kan også forsøge selv som omtalt i artikel 3 (1) med muskelenergiteknik – udspænding med postisometrisk relaxation.

Som et eksempel herpå vil vi gennemgå behandling af piriformissyndrom. Knæet føres som beskrevet ovenfor op mod den modsatte skulder – dvs. maksimal udadrotation og adduktion. Fra denne position aktiverer patienten musklen mod behandlerens modhold med en lille kraft – laver en isometrisk muskelkontraktion – i ca. 4 sekunder. Herefter holdes en pause i få sekunder, hvor spændingen i musklen falder, og man kan føre knæet ud til en ny barriere – dvs. i yderligere udadrotation og adduktion. Dette gentages 3 gange. Patientens hjemmeøvelse er præcis det samme.

Samme fremgangsmåde kan benyttes ved de øvrige muskulære spændinger. Vi benytter os også af andre manuelmedicinske behandlingsmetoder, fx indirekte metoder, hvor man gør musklen kort med mindst mulig spænding – counterstrain-teknik, som også blev omtalt i sidste artikel (1). Dette er især en rigtig god og enkel behandling til behandling af triggerpunkter i iliopsoas, piriformis og quadratus lumborum.

Lad os til sidst vende tilbage til Peter. Han havde smerter i højre lyske, og vi fandt ved screeningen en positiv squattest. Han har en lav lumbal dysfunktion som beskrevet i artikel 3 (1). Desuden finder vi lettere artrose i højre hofte, stramme haser, stram piriformis i venstre side og stram iliopsoas i højre side. Han får en forklaring på sine lyskesmerter, hvad der også som tidligere omtalt er det vigtigste i behandlingen. Måske behandler vi manuelt eller henviser til fysioterapi, og Peter medgives relevante øvelser – som vi også havde eksempler på i sidste artikel (1). Evt. kan et interaktivt øvelsesprogram på en app anvendes. ●

## Boks 1 /

Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin (DSMM) er et videnskabeligt speciallægeselskab, som lægger megen vægt på undervisning af kolleger i manuel diagnostik og terapi af muskuloskeletale lidelser blandt andet på selskabets kurser. Selskabet indgår i internationalt samarbejde af videnskabelig karakter og omkring undervisning. Hjemmeside: [www.dsmm.org](http://www.dsmm.org)

Økonomiske interessekonflikter: *ingen angivet*

### Litteratur

1. Månedsskrift for almen praksis, nr. 6, 2018.
2. Månedsskrift for almen praksis, nr. 10, 2018.
3. Månedsskrift for almen praksis, nr. 5, 2018.
4. Lærebog i manuelle teknikker – Lars Remvig m.fl., Munksgaards forlag.