

COLUMNA CERVICALIS

Rygsmarter er hyppigt forekommende i den vestlige verden. 19-43% af befolkningen har klager over rygbesvær indenfor 14 dage til 4 mdr. Årsagen er et komplekst samspil af mange faktorer: ergonomi, overbelastning, degenerationer, traumer og ikke mindst psykosociale faktorer, herunder den manglende accept af smerte. Kun hos ca 25% er der konsistens mellem anamnese, klinik og billeddiagnostik.

Smerter i columna cervicalis er hyppige. Årsagerne kan være svære at finde ud af, men det vigtige er at uddifferentiere de lidelser der skal behandles forskelligt, herunder især nervetryk!.

Spondylose giver gradvis tiltagende nakkesmerter, nakkestivhed (nedsat bevægelighed) med smerter i yderstillingerne, evt kroniske muskelspændinger. Der kan være turevise forværelser med "låsninger".

Osteofytter kan afsmalne neuroforaminae og give neurologiske symptomer og positiv foramen kompressions test.

Radiologisk findes spondylose hos 95% mænd mellem 60-65 år og 70% kvinder, og der er dårlig overensstemmelse mellem røntgen fund og symptomer. Ved facetledsarthrose er der dog bedre overensstemmelse.

Behandlingen er hensigtsmæssig ergonomi, traktion, mobilisering, triggerpunktbehandling, udspænding, injektion.

Facetledsdysfunktion

(sublukstation, kapselimpingement, muskelspasm, smertebetinget)

Opstår i reglen akut som et nakkehold /"låsnings", efter distorsioner eller overbelastninger, men ofte findes ingen umiddelbar årsag.

Der udløses smerter ved bevægelse af det aktuelle led, og nakken holdes derfor fikseret eller patienten kan ikke bevæge hovedet i en bestemt retning.

Aktiv og passiv bevægelse i den begrænsede retning gør jagende ondt.

Der kan være diffus smerte og snurren ud i skulder/arm.

Tilstanden falder i reglen til ro i løbet af få dage til uger

Traktion og mobilisering evt suppleret med akupunktur kan fremme bedringen.

Muskeldysfunktion kan opstå ved muskulær overbelastning, traumer, men hyppigst ses det ifm facetledsdysfunktion og spondylose. Smerter af andre årsager giver også muskeldysfunktion.

Muskeldysfunktion medfører tenderpoints og evt triggerpoints.

Belastning, især langvarig isometrisk belastning kan irritere musklen og udløse smerter lokalt og/eller udstrålende smerter til skulder/arm eller hoved.

Tryk på musklen udløser patientens velkendte smerte.

Behandlingen er hensigtsmæssig ergonomi, dynamiske øvelser, udspænding, triggerpunktbehandling og i genstridige tilfælde injektion.

Diskusprolaps i cervical columna opstår hyppigt traumatisk.

Anulus fibrosus beskadiges og nucleus pulposus kan bule ud, hvilket kan trykke på en nerverod. Der dog nok mere den inflammatoriske reaktion end selve trykket der giver de neurologiske smerter, hvorimod pareser forårsages af tryk.

Hyppigst ses de lave cervicale prolaps med tryk på C5, C6, C7.

Nerverødderne kan også blive trykket og irriteret af afsmalning af neuroforamen,olisthese og tumor.

Foramen kompressionstest er meget sensitiv.

MR scanning gennemføres hvis der er operationsindikation. MR alene kan ikke bruges til diagnosen, idet MR viser at 15% af asymptomatiske patienter under 64 år og 25% over 64 år har tryk på rygmarv eller nerverod i columna cervicalis.

Behandlingen er ”konservativ behandling” (tid). 95% bliver symptomfri indenfor 1 år. Nogen patienter har glæde af traktion og evt McKenzie øvelser

Thoracic outlet syndrom (TOS) er en samlebetegnelse for nervetryk på plexus brachialis fra columna cervicalis til skulderen. Samtidig kan der ses afklemning af a.subclavia, og deraf følgende pulstab i visse stillinger (Adson test).

Det kan skyldes ekstra ribben, stramme scalener muskler, stram pectoralis minor, apical lungetumor.

Røntgen kan afsløre ekstra ribben og evt tumor.

Stramme scalenere og pectoralis minor skal udspændes evt suppleret med akupunktur eller injektion.

Operation kan komme på tale med dekompression af nerver og blodkar.



Cervikal fleksion

Pt.s placering: siddende

Før hagen ned mod brystet

Skal normalt kunne bringe hagen til brystet.

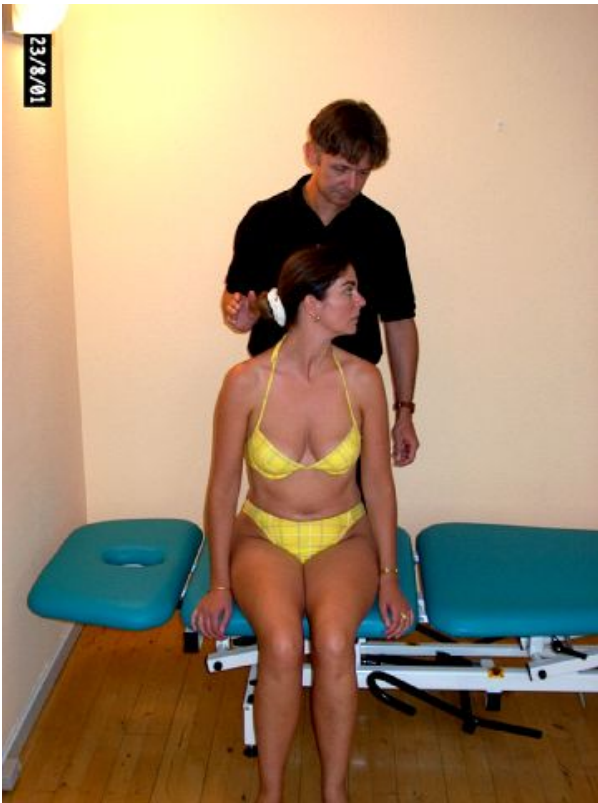


Cervical ekstension

Pt.s placering: siddende

Før hovedet bagud/kik op i loftet.

Skal normalt kunne bringe panden i horisontal stilling.



Cervical rotation

Pt.s placering: siddende

Drej hovedet til den ene og til den anden side

Skal normalt kunne dreje ca 80 gr til begge sider.



Cervical sidefleksion

Pt.s placering: siddende

Før hovedet ned til den ene og til den anden side

Skal normalt sideflekttere 45 gr til begge sider.



Foramen kompressionstest

Pt.s placering: siddende

Hovedet extenderes, og sideflekteres. Der appliceres derefter et tryk i aksial retning. Testen er positiv hvis den provokerer radikulære smerter.

Denne test er den mest sensitive og specifikke til at afsløre rodaffektion.



Traktion

Pt.s placering: siddende

Lægen anbringer begge tommelfingre bag occiput, thenar under processus mastoideus og begge langfingre under processus zygomaticus. Der trækkes derefter opad med columna cervicalis let flekteret

Dette letter ofte de radikulære smerter ved diskusprolaps eller afsmalnet neuroforamen.



Adson test 1

Pt.s placering: siddende

Testen har til formål at afsløre eventuel kompression af Arteria Subclavia og/eller Plexus Brachialis, forårsaget af enten et halsribben eller øget tension i skalenermusklerne eller pectoralis minor.

Palpér radialis pulsen og spørg om udstrålende symptomer i armen. Placér skulderleddet i ekstension. Patienten skal tage en dyb indånding og dreje nakken mod den side, som lægen palperer. Testen er positiv hvis pulsen svinder.



Adson test 2

Pt.s placering: siddende

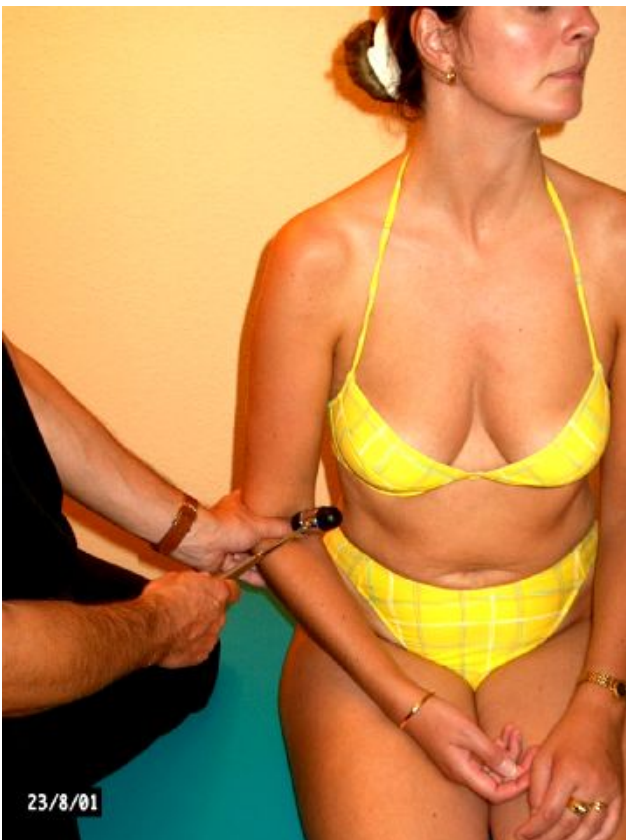
Udføres i forlængelse af test 1 hvis denne var negativ. Denne gang drejer patienten hovedet væk fra undersøgeren. Den øvrige del af testen er uændret. Denne test er mere specifik for skalenerne



Palpation af scalerne

Pt.'s placering: siddende

Scalenergruppen er for det meste dybtliggende på halsen, fraset nedadtil i den laterale halregion mellem underkanten af m. levator scapulae og overkanten af clavicle. Den føles tydeligst når hovedet holdes let flekteret og drejes til den modsatte side.



Biceps refleks

Pt.s placering: siddende

Patientens arm fattes med et gaffelgreb om albuen, således at tommelfingeren placeres på biceps senen. Med reflekshammeren slås mod tommelfingeren lige over senen og refleksen vil bøje albuen. En afsvækket refleks er tegn på C5-6 påvirkning.



Triceps refleks

Pt.s placering: siddende

Med den ene hånd understøttes patientens underarm, så den er afslappet. Med reflekshammeren slås mod triceps senen lige proksimalt for olecranon og refleksen vil strække albuen. En afsvækket refleks er tegn på C6-7 påvirkning



Radius refleks

Pt.s placering: siddende

Med den ene hånd understøttes patientens hånd, så armen er afslappet. Med reflekshammeren slås mod den distale ende af radius og refleksen vil bøje albuen. En afsvækket refleks er tegn på C5-8 påvirkning.

BEHANDLING AF COLUMNA CERVICALIS LIDELSER

Overordnet behandlingsstrategi: Først dæmpes inflammationen og smerterne gennem aktiv aflastning af nakken, eventuel kombineret med NSAID, eller steroidinjektion, akupunktur eller triggerpunktbehandling. Med aktiv aflastning forstås at nakken gerne må bruges, men patienten må undgå belastninger, især isometriske belastninger, som provokerer smerterne.

Herefter må man søge at genetablere bevægeligheden i nakken ved udspændinger og mobiliseringer. Og tilsidst vender patienten gradvis tilbage til normal funktion igen, evt hjulpet af styrkeøvelser og balanceøvelser.

Som sekundær profylakse er ergonomisk vejledning vigtig.

Information: Det er vigtigt at informere om tilstandens art, om mulig årsag hertil og om behandlingsstrategien.

Patienten forklares årsagen til smerterne, og om det drejer sig om en farlig eller ufarlig smerte.

Manuel behandling: traktion og ledmobilisering er vigtig for genetablere normal bevægelighed i nakkens segmenter.

Træning/rehabilitering:

Træningen tager sigte mod at genskabe/bevare naturlig bevægelighed gennem udspændinger, styrke nakke musklerne generelt, og genetablere god stabilitet og balance.

Øvelserne kan evt. indlæres hos fysioterapeut hvor de bør opfølges med jævne mellemrum, således at resultatet af træningen vurderes, og belastningen gradvist øges. Træningen bør foregå i minimum 3 måneder før man kan forvente effekt.

Injektioner: steroid injektioner har som regel god effekt ved facetledsdysfunktioner, og kan bruges ved genstridige triggerpunkter som ikke falder til ro med triggerpunktbehandling (massage), udspændinger eller akupunktur.

Akupunktur: Triggerpunkter falder i reglen til ro ved akupunktur direkte i triggerpunktet ("intra muskulær stimulation").

Varme/kulde: reducerer spændinger og evt inflammation.

Varme øger blodcirkulationen, og kan gøre det lettere at udføre udspændinger.



Mobilisering antero-posterior

Pt. 's placering: rygliggende på lejet

Begge hænder griber om pt. 's hoved. Hovedet parallelforskydes antero-posterior



Mobilisering til siden

Pt. 's placering: rygliggende på lejet

Begge hænder griber om pt. 's hoved. Hovedet parallelforskydes fra side til side uden at truncus flyttes og uden at columna cervicalis sidebøjes



Akupunktur i triggerpunkter

Punkt i et smerteområde, hvis palpation kan udløse akut smerte i det område hvor patienten plejer at føle smerteudstråling.

Der er vist flg. triggerpunkter:

Trapezius

Levator scapulae

Supraspinatus

Infraspinatus

Romboideus

Deltoideus



Injektion i nakkefæster

Pt.s placering: siddende.

Musklernes nakkefæste samles mellem tommel og pegefinger og løftes blidt.

Indstik lateralt og ca 1-2 cm distalt for senefæstet.

Nålen føres profundt for muskel/sene op til nakkefæstet.

½ ml lidokain og ½ ml steroid.



Udspænding (uspecifik)

Pt.s placering: siddende.

Hovedet let flekteret. Med den ene hånd anbragt omkring vertex føres hovedet væk fra den smertefulde side.

Stillingen holdes i 20 sekunder. Derefter kortvarig pause.

Gentages 3-5 gange.

Udføres minimum x 3 dagligt.

Med forskellige rotationer af hovedet i udgangsstillingen, udspændes forskellige muskler

TRÆNING:

Under patientino kan man finde forskellige øvelser for nakkesmerter/ whip lash skader.