

Lænderygundersøgelsen

Claus Manniche

Det seneste decennium har betydet en markant øget faglig indsigt på rygområdet, og et paradigmeskift er i dag en realitet. Pædagogiske vejledninger i »korrekte« siddestillinger samt massage, varme og sengeleje er afløst af motion, øvelser og grundig information til den selverkendende, aktive og velundersøgte patient [1, 2].

I samme tiår har en ny erkendelse bredt sig. Den viden, der findes, om værdien af diverse kliniske procedurer er generelt ringe, men det, man ved, er, at dårlig validitet og reproducerbarhed er et typisk kendetegn for mange test. På samme måde er det snarere reglen end undtagelsen, at en »positiv« billeddiagnostisk test er falsk positiv end sand positiv [3].

Usikkerheden om værdien af mange kliniske procedurer har imidlertid ikke overflødiggjort udførelsen af en grundig anamneseoptagelse, en klinisk undersøgelse og en efterfølgende klassifikation, fordi vigtige oplysninger gennem anvendelse af velvalgte kliniske procedurer herved opnås på en enkel og sikker måde [1]. På samme måde udgør en grundig individuel og interaktiv information på empatisk vis formentlig det mest potente behandlingsredskab vi i dag råder over [1].

Klassifikation

Lænderyggener (-smerter, -problemer, -besvær), jf. **Fig. 1**, klassificeres oftest på baggrund af patientens klager over symptomer og lader sig kun sjældent diagnosticere på sikkert patoanatomisk grundlag [4]. Det er vigtigt at beskrive rygenerne i relation til den anatomiske udbredelse, idet man herved opnår oplysninger om sandsynligheden for, at der foreligger nerverodsinvolvering.

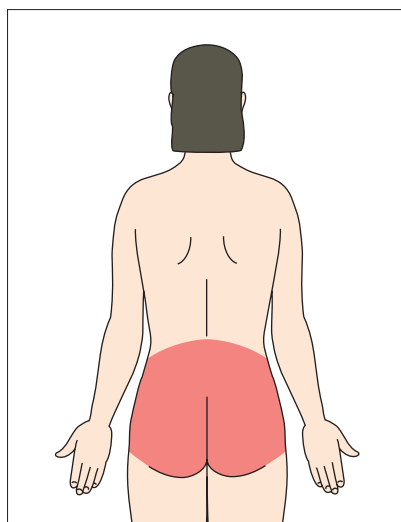


Fig. 1.
Lænderygområdet er skraveret.

Klassifikation af smerter

Lænderyggener (i området mellem det nederste ribben og den nedre del af sædet) med eller uden udstråling til underkøben. Udstrålende smerter kan yderligere klassificeres som proksimale (ikke neden for knæet) eller distale (neden for knæet) og/eller ledsaget af neurologiske udfaldssymptomer. Derefter klassificeres problemet i relation til tidsperspektivet [4]:

- Akut (<4 uger)
- Subakut (<12 uger)
- Vedvarende (>12 uger)
- Recidiverende.

Eftersom der findes flere definitioner i relation til akut/subakut/vedvarende lidelse i den internationale litteratur, bør tidsperspektivet altid specificeres numerisk. Indhentningen af oplysninger om, hvorvidt generne er akutte/kroniske, udgør en væsentlig del af platformen for den efterfølgende individuelle planlægning af videre udredning og behandling.

I det følgende beskrives de relativt få procedurer, som man i stort set alle internationale kliniske retningslinjer i enighed udpeger som basis for den kliniske udredning af lænderygpatienten [1, 2, 5].

Den kliniske vurdering af patienten

Det er vigtigt, at der ved den primære kontakt foretages en grundig anamneseoptagelse og klinisk undersøgelse, således at særlig alvorlige tilstande udelukkes, og således at patienten bringes fornøden tryghed i det videre forløb. Første kontakt har primært til formål at fastlægge følgende forhold [3, 4]: den anatomiske udbredelse af smerterne (lumbago, nakkehold, iskias), tidsperspektivet (akut eller langvarigt) og problemets størrelse (funktionsniveau, sygemeldt, psykosociale forhold), dvs. kortlægning af tilstanden, udelukkelse af særlig alvorlige tilstande (f.eks. cancer, fraktur eller infektion), skabe grundlag for at stille så specifik en diagnose som muligt og vurdere behovet for at udføre parakliniske undersøgelser eller viderehenvisning, skabe grundlag for at fastlægge målsætning og indhold af den følgende patientinformation og behandlingsstrategi.

I lægens bestræbelser på at få grundlag for at besvare ovenstående spørgsmål er der videnskabelig evidens for nytten af at foretage følgende [2, 5]: generel anamnese mhp. kortlægning: udsørg patienten om varigheden, udbredelsen og karakteren af aktuelle og tidligere symptomer, klarlæg symptomernes indvirkning på aktiviteter i hverdagen og respons på evt. tidligere forsøgt behandling.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KLINISKE PROCEDURER

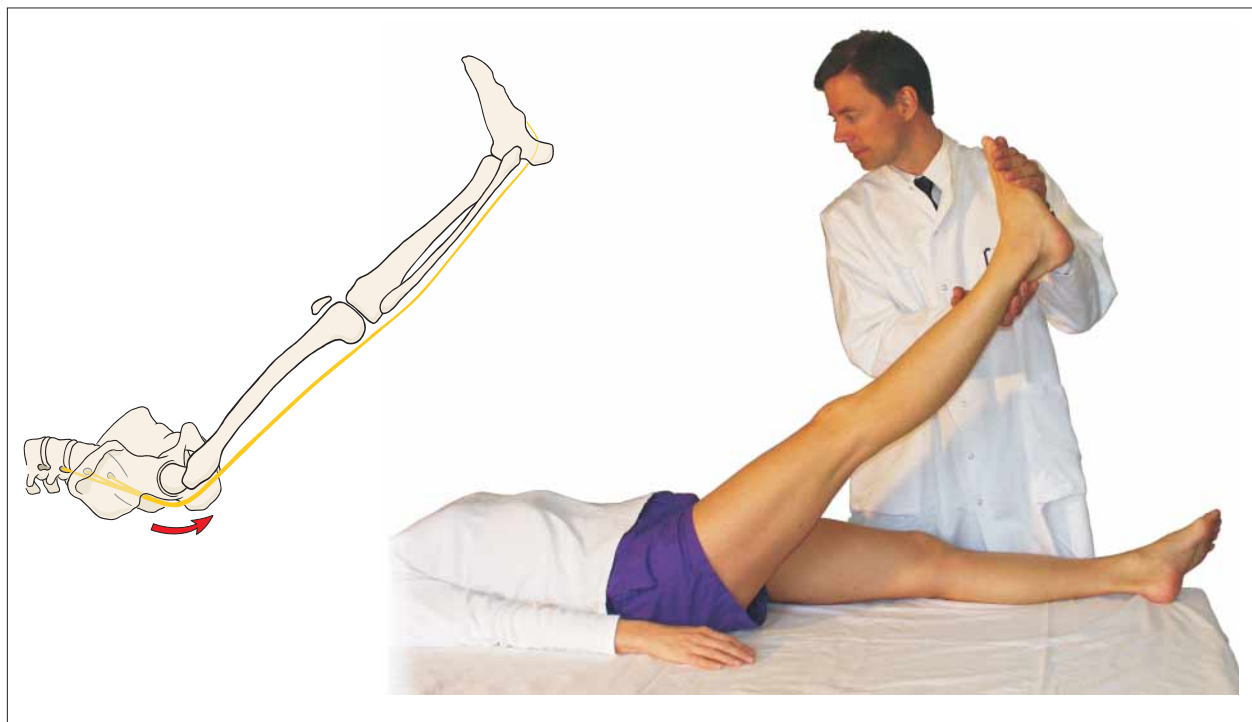


Fig. 2. Strakt benløft-test, Lasègues prøve, foregår med patienten placeret i fladt rygleje. Det smertende ben elevares med strakt knæ og fod i anatomisk normalstilling. Gradantallet, hvor der evt. provokeres smerteudstråling distalt for regio glutealis, registreres, og lidelsen betragtes som en positiv Lasègue hvis gradantallet er mindre end 60 [4].

Anamnese mhp. særlig alvorlige tilstande: udsørg om tidligere sygdom og symptomer, især cancer, urinvejsinfektion, vægttab af ukendt årsag, symptomer på immunosuppression, brug af intravenøse stoffer, smerter, som forværres ved hvile, aktuel feber, spørg om traumer – af relevant kraft i forhold til alderen – især hvis patienten er mere end 50 år, spørg om tegn på medullær påvirkning i form af diffuse symptomer eller udfald af begge ben eller smerter strålende ned langs rygsøjlen, spørg om tegn på cauda equina, dvs. blæreforstyrrelser eller sensibilitetsforandringer anokutant eller i urethra.

Psykosociale problemstillinger: hav opmærksomhed på den eventuelle forekomst af aktuelle psykologiske og socioøkonomiske problemstillinger hos den enkelte patient.

Generel klinisk undersøgelse: undersøg ryggens statik og bevægelighed og fastlæg lokaliseringen af eventuelle ømme punkter. I litteraturen opremses adskillige forskellige test, men der er p.t. ikke videnskabeligt grundlag for entydigt at anbefale den ene frem for den anden.

Hvis der er oplysning om iskias: Udfør strakt benløft-test, jf. Fig. 2, og foretag neurologisk undersøgelse af relevante ekstremiteter for at udelukke neurologiske deficit. Undersøgelsen skal føre frem til en vurdering af muskelstyrke, tonus samt sensibilitetsforhold og reflekser.

Hvis der er mistanke om cauda equina: Der foretages rektalundersøgelse.

Hvis der er mistanke om medullær påvirkning: Foruden sædvanlig neurologisk screening foretages der undersøgelse

for hyperrefleksi, ændret muskeltonus og Babinskis tåfænomen.

Hvis der er mistanke om anden »red flag«: Billeddiagnostiske og klinisk kemiske undersøgelser iværksættes relevant for den enkelte formodede lidelse.

Reprints: Claus Manniche, Rygcenter Fyn, Sygehus Fyn Ringe, DK-5750 Ringe.

Antaget den 7. maj 2003.
Sygehus Fyn Ringe, Rygcenter Fyn.

Retningslinjerne er godkendt af Dansk Rygkirurgisk Selskab og Dansk Reumatologisk Selskab.

Litteratur

1. Manniche C, Ankjær-Jensen A, Fog A et al. Ondt i ryggen. En kortlægning af problemets forekomst og oplæg til dets håndtering i et MTV-perspektiv. København: Sundhedsstyrelsen, 1999.
2. SBU (Statens Beredning for Utværdning). Ont i ryggen, ont i nacken. En evidensbaseret kunskapsmanuskrift. Stockholm: SBU, 2000: Volym 1 og 2.
3. Bendix T, Remvig L, Eskesen V et al. Rygsygdomme. I: Friis J, Junker P, Manniche C et al, eds. Lærebog i reumatologi. København: FADLs Forlag, 2000: kapitel 11.
4. Dansk Selskab for Intern Medicin. Lændesmerter. Ugeskr Læger 1996;158 (suppl 4):1-18.
5. Koes B, van Tulder MW, Ostelo R et al. Clinical guidelines for the management of low back pain in primary care. Spine 2001;26:2504-13.