

# Patient cases

**Tillæg til Forskningsnyt – Fysioterapeuten nr. 2 2015.**

**Omtale af artikel:** *Martin Rabey, Darren Beales, Helen Slater, Peter O'Sullivan. Multidimensional pain profiles in four cases of chronic non-specific axial low back pain: An examination of the limitations of contemporary classification systems. Manual Therapy 20 (2015) 138-147*

Af fysioterapeut, lektor Jeppe Thue Andersen

Som det kan læses i Forskningsnyt i Fysioterapeuten nr. 2 2015, argumenterer Peter O'Sullivan et al. i en artikel i Manual Therapy (nr. 20, 2015) for, at de fleste eksisterende klassifikationssystemer til patienter med langvarige/kroniske lumbale problematikker er utilstrækkelige. I artiklen præsenteres fire patient-cases, som illustrerer den heterogenitet (individuelle variation) og kompleksitet, der eksisterer inden for patientgruppen. I forlængelse heraf er der fokus på nødvendigheden af at udvikle klassifikationssystemer-/modeller til rygproblematikker, som er fleksible og multi-dimensionelle og udviklet på baggrund af et bio-psyko-socialt rationale. I artiklen illustrerer forfatterne en multidimensionel tilgang ved at kombinere eksisterende klassifikationssystemer, teorier og modeller. Artiklen bidrager med eksempler, der giver input til den kliniske ræsonnering i forhold til både undersøgelse, diagnostik samt til planlægning af intervention. I omtalen af Peter O'Sullivan et al.'s artikel er udeladt de fire cases, der omtales her:

## Generelt

De fire patienter har alle kroniske LBP-symptomer, uden dominerende symptomer i UE. De er udvalgt fra et større igangværende studie (Curtin University Human Research Ethics Committee Approval HR112/2012), hvor der er indsamlet relevant data i forhold til fx funktionsniveau (disability), smerte, psykosociale forhold og livsstil er indsamlet via standardiseret spørgeskemaer. For at afdække mulige smertemekanismer er der blandt andet udført neurologisk screening og "Quantitative Sensory Testing" (QST), hvor smerte-og trykfølsomhed, kulde- og varmfølsomhed/sensitivitet svarende til lumbal region og håndled er evalueret. QST kan (muligvis) identificere centrale smertemekanismer (tilstedeværelse af central sensitivering).

Yderligere er der gennemført bevægetest, for at vurdere patienternes:

- bevægestrategier (baseret på fx Sahrmanns og O'Sullivans rationale)
- symptom-respons ved gentagne bevægelser (MDT / MCKenzie)
- adfærdsmæssig respons på bevægelse.

## Patient-cases

### Patient 1.

Patient 1 (P1's) er en 42-årig kvinde med en 20 års historik med "non-specifik LBP" (NSLBP), uden diagnosticeret komorbiditet. Symptomerne forværres ved mekanisk påvirkning (fx fleksion, "vende sig i seng", "bevæge sig fra siddende til stående"). Pt. har en opfattelse af, at symptomerne er forårsaget af en "ødelagt discus". Undersøgelsen indikerer, at symptomerne er relateret til et vedvarende perifert nociceptivt input svarende til den lumbale region.

### Smertemekanisme

QST indikerer øget varme følsomhed, men kun lumbalt for varme (nedsat varme smertetærskel)

### Bevæge-test

Undersøgelse tyder på, at P1 har et "aktivt ekstensionsmønster" (O'Sullivan, 2005), fx opretholder hun

lumbal lordose ved stående fleksion. Ved test af gentagne bevægelser (McKenzie & May, 2003) forværres symptomer ved lumbal fleksion og mindskes ved gentagne ekstension.

#### **Psyko-socialt**

Adfærdsmæssige reaktioner ifm. bevæge-test blev kun registreret ved test i fleksionsretning.

P1 har en øget katastroficering (katastroficerende tankegang) (Pain Catastrophizing scale, Sullivan et al 1995) samt en middel risiko ved vurdering med "STarTBack Screening Tool" (Hill et al. 2008).

#### **Intervention**

Klassificeringen indikerer, at interventionen for P1 bør rettes mod normalisering af P1's bevægestrategier og "katastrofetanker".

## **Patient 2 (P2)**

P2 er en 62 årige kvinde, som har haft NS-LBP i 10 år. Undersøgelse indikerer at hun har en "mixed profil", karakteriseret ved lokal, lumbal hypersensitivitet kombineret med centrale mekanismer, der faciliterer nociceptive input. P2's symptomer forværres ved mekaniske påvirkninger (rejse sig fra siddende, løft, vending sig i seng), psykologisk / emotionel stress og kulde. Patienten vurderer, at hende symptomer kan relateres til psykologisk stress samt kompensatoriske bevægemønstre som følge af knæsmerter. P2 har en del andre diagnoser, eksempelvis fibromyalgi, "irriteret tarm og kronisk træthedssyndrom, som hyppigt klassificeres som funktionelle lidelser (Mayer and Bushnell, 2009).

#### **Smertemekanisme**

QST indikerer øget følsomhed for tryk og termiske stimuli (både kulde og varme) svarende til den lumbale region.

#### **Bevæge-test**

Undersøgelse indikerer, at P2 ligeledes har et "aktivt ekstensions mønster" (O'Sullivan, 2005).

Ved test af gentagne bevægelser (McKenzie & May, 2003) forværres symptomer, både ved lumbal fleksion og ekstensioner.

#### **Psyko-socialt**

Adfærdsmæssige reaktioner ifm. bevæge-test blev kun registreret ved test i fleksions-retning.

P2 scorer højt på spørgeskemaer der screener for frygt for bevægelse (Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire, (Waddell et al., 1993) psykologisk stress (Littman et al., 2006).

#### **Intervention**

Klassificeringen indikerer, at P2 har samme uhensigtsmæssige bevægestrategier som P1. P2 har dog væsentlige flere psykosociale faktorer og ko-morbiditeter af relevans for problematikken. En væsentlig del af interventionen bør derfor fokusere på at hjælpe patienten til at håndtere negative tankemønstre, frygt og stress, fx ved at arbejde mod at opbygge patientens "self-efficacy". Smerteuddannelse med henblik på at afhjælpe frygt samt mindfulness kan ligeledes overvejes. Træning til P2 bør inkludere både "generel træning" - for at øge det fysiske aktivitets niveau, samt træning rettet mod normalisering af bevægestrategier.

## **Patient 3 (P3)**

P3 er en 55 årig kvinde, hvis symptomer kan relateres til et løftettraume for knap 1,5 år siden. Symptomerne er ikke begrænset til den lumbale region og der er hypersensitivitet over et større, hvilket er et tegn på involvering af centrale smertemekanismer. Hun beskriver at symptomerne forværres ved mekaniske belastninger (længerevarende stand og gang, løft), dårlig søvnkvalitet, psykologisk stress samt nedtrykthed og vrede. Der har været en kompensations-sag som følge af sygefravær pga. symptomerne. P3 mener selv, at symptomerne kan relateres til "gentagne løft" og nedsat stabilitet (core strength). Også P3 har en del andre diagnoser, fx "irriteret tyktarms syndrom" og "kæbeleds dysfunktion"(temporomandibular smerte), som begge sandsynligvis kan indikere ændring i centrale smertemekanismer (central sensitivering).

### **Smertemekanisme**

QST indikerer øget følsomhed for tryk og termiske stimuli (bade kulde og varme) svarende til den lumbale region. Ved QST sv.t håndled var der øget følsomhed for tryk og varme, som øger (bekræfter) mistanken om central sensitivering.

### **Bevæge-test**

Undersøgelse indikerer, at P3 har et "multi-direktionelt mønster" - med instabilitet i flere retninger (O'Sullivan, 2005). Ved test af gentagne bevægelser (McKenzie & May, 2003) forværres symptomer, både ved lumbal fleksion og ekstensioner.

### **Psyko-socialt**

Adfærdsmæssige reaktioner ifm. bevæge-test blev registreret ved test i både fleksions- og ekstensionsretning.

P3 scorer højt på spørgeskemaer der screener for frygt for bevægelse (Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire, (Waddell et al., 1993) psykologisk stress (Littman et al., 2006) og moderat i forhold til depression.

P3 scorer lavt på spørgeskemaer der vurderer "accept af smerte" og "self-efficacy", hvilket indikerer en nedsat evne til at gennemføre aktiviteter på trods af symptomerne. STarTBack Screening Tool placerer P3 i "høj-risiko gruppen" i forhold til psykosociale faktorer.

### **Intervention**

P3 symptomer indiker tegn på central sensitivering samt et uhensigtsmæssigt bevægemønster. Desuden er der mange ko-morbiditeter samt komplekse psykosociale forhold, hvilket indikerer, at problematikken bør håndteres tværfagligt. Fx farmakologisk (i forhold til de centrale smertemekanismer), fysioterapeutisk ("smerteuddannelse", afspænding, normalisering af bevægestrategier) og psykologisk (rettet som angst og depression).

## **Patient 4 (P4)**

P4 er en 33 årig mand, som har haft symptomer i 8 år efter et løftettraume. Hans problematik er domineret af psykosociale faktorer og ko-morbiditeter.

Han beskriver at symptomerne forværres ved mekaniske belastninger (længerevarende stand og gang, rejse sig fra siddende til stående, løft, foroverbøjninger), dårlig søvnkvalitet, stress, kulde samt nedtrykthed og vrede. P4 stoppede sit arbejde som elektriker for 6 måneder siden pga. symptomerne. Også han har en del andre diagnoser (ko-morbiditeter). P3 mener selv, at symptomerne initialt var mekaniske, men nu er mere "komplekse".

### **Smertemekanisme**

Ved QST findes der intet abnormt.

### **Bevæge-test**

Undersøgelse indikerer, at P4 har normale, hensigtsmæssige bevæge-strategier (O'Sullivan, 2005) og test af gentagne bevægelser (McKenzie & May, 2003) påvirker ikke hans symptomer.

### **Psyko-socialt**

Der blev ikke observeret adfærdsmæssige reaktioner ved bevæge-testene.

P4 har moderate symptomer på angst og depression, samt indikation på stress og bevæge-relateret frygt (fear avoidance). Undersøgelsen indikerer desuden en nedsat "accept af smerte" og "self-efficacy" hvilket indikerer en nedsat evne til at gennemføre aktiviteter på trods af symptomerne. STarTBack Screening Tool placerer P3 i "medium-risiko gruppen" i forhold til psykosociale faktorer.

### **Intervention;**

Ved undersøgelsen fandtes intet abnormt ved QST eller bevægetest. Til gengæld er der en tydelig psykosocial påvirkning og mange ko-morbiditeter, som kan relateres til hans LBP-problematik.

Interventionen bør inkludere "smerteuddannelsen" med henblik på at håndtere frygt og stress kombineret med generel træning.