

Mobiliseringsteknikker for bekken

Iliosacralleddene er strukturer som påvirkes av sterke krefter og et område assosiert med smerter og endre bevegelse hos pasienter. Vi skal ikke så mange år tilbake før man i skolemedisin så helt bort fra bevegelse i dette leddet, men at det er bevegelse der (enn om veldig få grader), så er de fleste enige om at det er der. I hvor stor grad vi kan identifisere og diagnostisere nedsatt bevegelighet i et iliosacralledd gjennom palpasjon og klinisk undersøkelse har vært mye debattert, og forskningen viser vel at vi ikke kan gjøre dette på en reliabel og reproducerbar måte. Vi vet dessuten at de to iliosacralleddene sjelden er symmetrisk utformet, så asymmetriske bevegelsesutslag eller posisjonering på de to iliosakrale leddene hadde uansett ikke vært en god indikasjon for at «noe står feil» eller er «ute av posisjon».



AV LARS MARTIN FISCHER
OSTEOPAT

Pasienter med rygg- og bekkenplager er titt og ofte innom i min hverdag. Selv om kanskje fokuset i behandlingen min har endret seg fra et mer biomekanisk utgangspunkt, til nå å prøve å bruke den biopsykososiale modellen i min tilnærming, er manuelle teknikker noe jeg stadig bruker og har glede av i hverdagen.

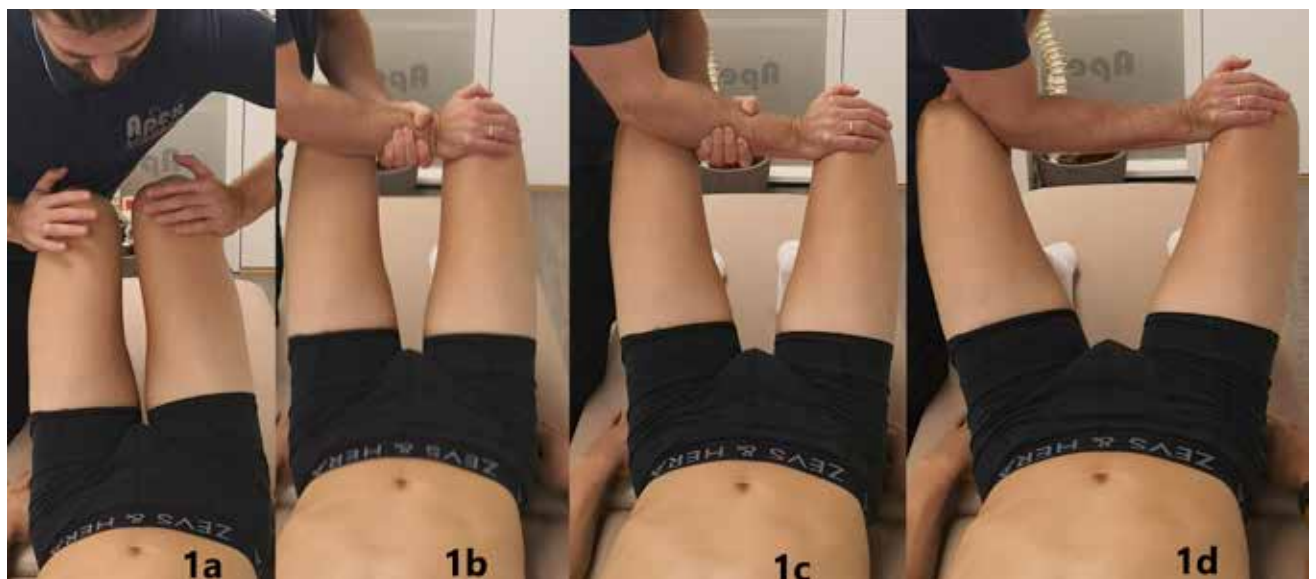
En vesentlig forskjell nå er vektleggingen av egenaktivitet, spesielt når pasienten opplever en markant smertelette og økt bevegelighet når de reiser seg fra benken. Jeg prøver å poengtere at vi må forvente at det de opplever er forbigående, men kanskje det gir dem en mulighet til nå å være mer i bevegelse, behandling på en mindre smertefull måte. Kanskje de enklere kan høste mer av alt det positive aktivitet fører med seg?

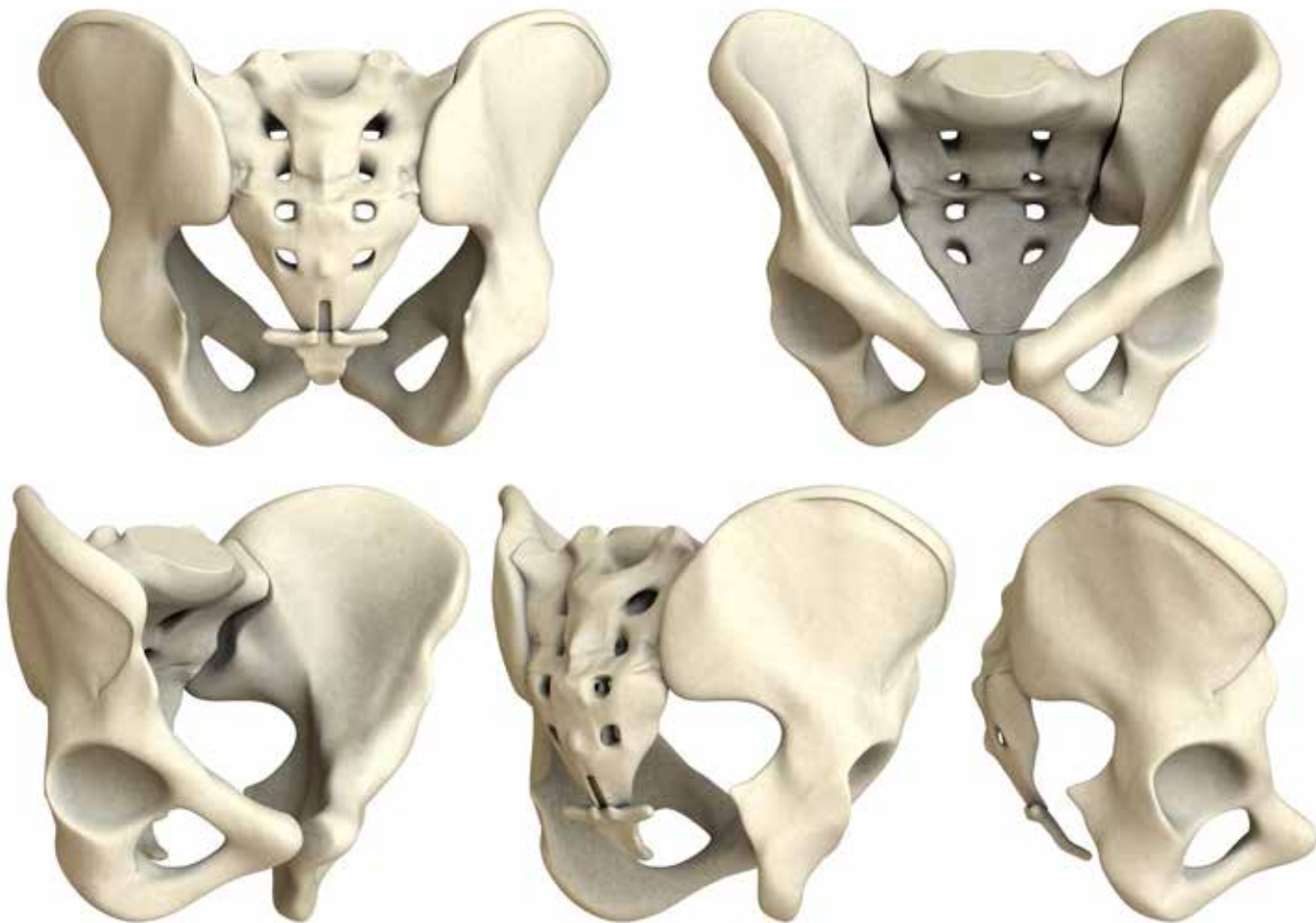
Selv om bekkenleddene er kraftig forsterket av leddbånd, er de fullt

mulig å mobilisere uten fynd og klem som ved en HVLA (high velocity low amplitude) thrust. De følgende mobiliseringsteknikkene benytter jeg ofte og er relativt enkle og virkningsfulle. Bortsett fra dekoaptasjonen gjennomføres alle teknikkene som repeterende (og gjerne rytmisk) artikulering med små bevegelsesutslag opp mot bevegelsebarrieren.

Dekoaptasjon av symfyisen

Ofte starter jeg mobiliseringen av bekkenet med en enkel og aktiv mobiliseringsteknikk for symfyisen.





Ofte får pasienten denne som selv-mobilisering også i en eller annen variant. Tanken er å få adduktor-gruppene til å skape et separerende drag i symfyse og øke mobiliteten her, og på den måten påvirke mobiliteten i hele bekkenringen. Pasienten i ryggliggende med bøyde hofter og knær, fotsåler i benken. Teknik-

ken begynner med en isometrisk abduksjon (figur 1a), dette for å få en autogen avspenning av adduktorgruppen før selve mobiliseringen. Denne skjer så i tre steg, ved at pasienten adduserer mot dine hender (figur 1bcd). Instruer i gradvis øking av kraft til så mye pasienten føler seg trygg med. Ikke sjelden høres et

lite knepp fra selve symfyse, men dette er ikke nødvendig, ei heller en indikasjon på en vellykket teknikk.

Sirkumduksjon av hofte for mobilisering av bekkenhalvdel

Dette er en skånsom og enkel teknikk som fungerer bra på mange pasienter, gitt at de ikke har et





veldig smertefullt eller hypermobilt hofteledd. Pasienten ligger på rygg, og terapeutens ene hånd plasseres for å palper overgangen mellom sacrum/lumbalcolumna og spina iliaca posterior superior (figur 2a). Denne hånden er passiv i mobiliseringen, men skal palper at man klarer å få til en mobiliserende bevegelse i iliosacralleddet (figur 2b). Uten denne hånden på plass risikerer vi å bare mobilisere hofteleddet. Ønsker vi å mobilisere ilium i en posterior rotasjon, kombinerer vi bevegelsene fleksjon og abduksjon (eventuelt noe utrotasjon) for å trekke med ilium i en posterior retning (figur 2c). For å rotere ilium i en anterior retning, kombineres fleksjon og adduksjon (eventuelt utrotasjon) for å trekke ilium i en anterior retning (figur 2d). Mobiliseringen gjennomføres i en sirkumduksjonsbevegelse gjentatte ganger til man føler bevegeligheten er bedret eller spenningen i bekkenhalvdelen er mindre. Gjentatte bevegelser uten

å forsere en barriere er ofte noe pasienten tolererer godt og virker avspennende, det vil dessuten kunne ha en venolymfatisk effekt lokalt i hofte- og bekkenområdet.

Rotasjon hofte for mobilisering av bekkenhalvdel

Ikke alle pasienter trives med å mobilisere bekkenleddene via såpass uttalt fleksjon i hoftene, og denne teknikken er da et godt alternativ. Pasienten plasseres i mageleie. Plasser gjerne et sammenrullet håndkle eller skap en liten knekk i behandlingsbenken for hoften hvis pasienten blir liggende med en ubehagelig ekstensjon i lumballordosen. Terapeutens ene hånd komprimerer ned mot sacrum, stabiliserer denne mens den andre hånden fatter om pasientens ankel og flekterer kneet til ca. 90 grader. For å indusere en rotasjon bakover av ilium, roteres samme ben utover med gjentakende bevegelser (figur 3a). For å dra med seg ilium i en

rotasjon fremover, roteres samme ben innover (figur 3b).

Sideliggende mobilisering av bekkenet

Denne teknikken gjør at du kommer tett inn på leddet med begge hendene. Du kan ikke bruke lang vektarm på samme måte som tidligere gjennomgått, men du kan få en annen opplevelse av å få kontakt med leddet. Pasienten ligger på siden, og vekten av benet må bæres av terapeutens lår (figur 4a). Sørg derfor for å finne riktig høyde på benken for å sikre en arbeidsstilling som passer deg. Ved å selv bevege deg fra side til side kan du styre grad av fleksjon i hofte. Den ene hånden plasseres over crista og kan lett hektes nedenfor SIAS for å rotere ilium bakover (figur 4b). Den andre hånden kan plasseres langs leddspalten eventuelt i mer kontakt med tuber ischii.