

Smerter fra iliosacralledd

Av pasienter med lavere korsryggsmerter er det anslått av 10-30 % at iliosacralleddet (IS) er en smertegenerator. Ved traume eller en underliggende systemisk sykdom (f. eks. mb Bektrew) synes det å være en åpenbar sammenheng mellom årsak og plagg, men forskningen gir oss lite svar på sammenhengene til at noen utvikler bekkenleddsmerter. Er det høna eller egget? (1) Vi vet at smerter fra IS kan opptre som følge av andre regionale plager som lumbale diskogene smerter, radikulopati, fasettledds syndrom, hoftepatologi eller inflammasjon ved symfyen. Teoretisk kan denne årsakskjeden også gå motsatt vei. Per nå er gullstandard for å påvise smerter i IS ledd en diagnostisk blokada, men selv denne evidensen for injeksjoner i leddet er tvetydig (2).



AV LARS MARTIN FISCHER
OSTEOPAT

Funksjon og anatomi

SI leddets fremre del er et ekte synovialledd, mens dets bakre del er en syndesmose bestående av de sacroiliacale ligamentene forsterket av mm. gluteus medius, minimus og piriformis (3) Ulikt mange andre ledd i kroppen har ikke iliosacralleddene muskler som direkte artikulerer og kontrollerer leddet. Bevegeligheten i leddet er liten og blir ofte mindre med økende alder og vi skal ikke langt tilbake i tid før man i medisin anså denne leddets mobilitet som ikke-eksisterende. Nå har biomekaniske studier tydelig dokumentert at denne bevegeligheten er til stede, og den påvirkes av kroppens tre lengste vektarmer, nemlig ryggsøylen og de to underekstremitetene. Vlemming og kollegaer (3) beskriver at leddets funksjon og evne til å håndtere kreftene som virker på det, blir påvirket av leddets utforming (form closure) og muskulatur som komprimerer og stabiliserer (force closure). Sacrums form er som en kile mellom de to osilii og danner de to iliosacrale ledd. Leddflatene er uregelmessige og tillater bevegelse i mange plan, men denne bevegeligheten er svært liten.

Det kan være betydelige forskjeller i utforming (og bevegelighet) fra den ene siden til den andre, så vi kan ikke vite om sideforskjell ved manuell testing eller opplevd stivhet er et reelt klinisk funn. Svært mange muskler påvirker (eller i alle fall har en teoretisk påvirkning) på IS-leddet, men vi har ingen primær muskel som kontrollerer funksjonen av leddet. Her tegnes et bilde av en koordinert aktivering av store, kraftige muskler (som glutealer, hamstrings, erector spinea) og mindre muskulatur (som bekkenbunn, transversus abdominis, diaphragma) med mer overvekt av type 1 muskelfibre. Disse sistnevnte musklene kan utøve større kompresjonskrefter over IS-leddet, da de ofte er plassert nærmere ryggradens rotasjonsakse og bekkenledd, samt at de i større grad har innfestninger mot ligamenter og fascie i området (3).

Klinisk presentasjon ved IS-ledd dysfunksjon

Pasienter klarer ofte ikke skille på smerter i lumbal og bekkenområdet og kommer derfor grunnet opplevde ryggsmarter. De kan ofte ha plager ved daglige funksjoner som gange, reise og sette seg, stå eller sitte over tid eller ved ensidige belastninger med mye kompresjonskrefter fra ene underekstremiteten (for eksempel satsebenet til en høydehopper). Pasienter kan oppleve smerter,

verking, nummenhet og parestesier. Så mange som 25 % av alle gravide opplever bekken- og ryggsmarter under svangerskap og 5 % i etterkant (4). Typisk distribusjon av referert smerte fra IS-ledd sees på figur 1 (3).

Leddets funksjon kan selvsagt lide av andre tilstander i regionen, som for eksempel sakralisering av L5 eller hofteleddspatologi (f.eks. artrose). Det er derfor viktig å screene disse regionene rutinemessig hos pasienter som presenterer med bekkenleddsmerter. Ellers sees en endret evne til å kontrollere kreftene som virker over leddet som mest sannsynlige årsaker til dysfunksjon. Dette kan komme som et resultat av traume, økt laksiditet i ligamenter, biomekanisk asymmetri (5) (men dette er ikke nødvendigvis klinisk relevant) eller suboptimal motorisk kontroll (2). Endret stivhet (økt eller nedsatt) og redusert motorisk kontroll av dype muskler er assosiert med smerter i det lumbosacrale området. Vær oppmerksom på at asymmetri er et normalfunn og kan ikke alene forklare dysfunksjon. De fleste av oss er i større eller mindre grad asymmetriske. Redusert bevegelighet kan også føre til repeterte microtraumer som over tid skader ligamenter og leddbrusk. Hos gravide vil hormoner påvirke ligamentenes laksiditet og kollagensyntese, som vil gjøre IS-leddene



mer bevegelige, men årsakene til at mange av dem opplever smerte er likevel ikke klar. Symptomgivende bekkenløsning er brukt for å beskrive plager i svangerskapet, mens plager etter fødselen ble betegnet som bekkenleddssyndrom. Navnet indikerer at leddene er løse (noe de er til en viss grad) men kan gi inntrykk av at det er noe alvorlig galt, og smertene er til stor fare for den gravide (4). Vi bør velge vår omtale av alle plager med omhu når vi beskriver dysfunksjoner for å unngå katastrofetenkning og aktivitetsfobi. Begreper som løsning, låsning og skjevt bekken påvirker pasientens opplevelse av situasjonen. Som student hadde jeg bassenggrupper for gravide med bekkenplager, og jeg glemmer aldri den stakkars høygravide dama som stotret seg bortover mot bassenget, fordi «legen hadde sagt hun skulle gå som om hun holdt en ert mellom knærne».

Undersøkelse

Gullstandard for å avdekke smerter med opphav fra selve IS-ledd er en diagnostisk blokkade, det vil si en injeksjon med bedøvelse, men dette er en undersøkelse med stor grad av usikkerhet. Hvis ikke det benyttes bildediagnostikk (som fluroskopi eller ultralyd) er leddet svært vanskelig å treffe. En studie rapporterte så lite som 22 % treff ved «blinde» injeksjoner (3). Kliniske tester som benyttes tar sikte på å provosere

leddet for å gjenskape pasientens symptomer og som er tilfelle for de fleste av våre kliniske tester, er de enkeltstående testene ganske svake og kan hverken bekrefte eller avkrefte vår mistanke om smerter fra IS leddet. Ved å kombinere flere tester, kan vi øke vår kliniske testers diagnostiske verdi (7). SI-leddets størrelse og den relativt beskjedne bevegeligheten vi finner der, tilsier at det må betydelig kraft til for å teste (hvilket kan gi falske negative tester ved bruk av for lite kraft), og smerter kan trigges fra andre strukturer i området (og dermed gi falske positive tester) (3). Laslett og kollegaer (7) foreslår et batteri på 5 provokasjonstester og oppgir at hvis tre eller flere av disse er positive, øker sannsynligheten for at pasienten har smerter fra IS-leddet (sensitivitet 85-91 %, spesifisitet 76-78 %). Å vurdere mobiliteten til SI ved manuell undersøkelse, både kvalitativt og kvantitativt, har vi til nå ingen hold i forskningen som tilsier at vi kan utføre dette på en reliabel og validert måte, og funn fra slik testing må ikke overfortolkes (2).

Cluster of Laslett

De fem testene foreslått av Laslett og kollegaer (7) er distraksjonstest, thigh thrust test, Gaenslen's test, SI kompresjonstest og sacral thrust. Disse testene blir her gjennomgått, men kan også opptre i litteraturen

med annerledes beskrivelse eller med andre navn.

Distraksjonstest

Pasienten ligger på rygg med strakt ben. Terapeut står på siden som skal testes og legger press mot begge siders spina iliaca anterior superior (SIAS) med kryssede armer (Figur 2). Press i en posterolateral retning og hold trykket i 30 sekunder og et økt trykk mot slutten av holdetiden. En positiv test indikeres av reproduksjon av pasientens symptomer. Testens navn kommer av distraksjonen som skjer i IS-leddets fremre del.

Thigh trust test

Denne testen er også kjent som Posterior Shear test eller P4 test (posterior pelvic pain provocation). Pasienten ligger på rygg og terapeut står på motsatt side av IS-leddet som skal testes. Pasientens hofte flekteres til 90° i nøytral adduksjon/abduksjon (Figur 3). Terapeuten plasserer en hånd på pasientens kne, den andre på sacrum medialt for spina iliaca posterior superior (SIPS). Press i retning pasientens femur med gradvis økende kraft, totalt i 30 sekunder. Test pasientens smertefrie side først. Testen kan også utføres i ulike grader av adduksjon og abduksjon for å få kompresjon i ulike deler av leddet.





Gaenslen's test

Pasienten ligger på rygg, med et ben ekstendert og abduert fot fra siden av benken, andre benet er flektert opp mot abdomen (Figur 4). Gi først overpress mot det flekterte benet, deretter det ekstenderte. Hvis ingen smerte provoseres, kan man utføre tre til fem repetisjoner med overpress, men testen avsluttes ved symptomprovokasjon.

SI kompresjonstest

Pasienten ligger i sideleie med lett fleksjon i hofter og knær. Benken settes lavt så terapeuten kan legge en kraftig kompresjon mot den fremre del av os ilium (Figur 5). Gi kompresjonen opptil 30 sekunder, og et ekstra støt kan legges inn mot slutten hvis ikke symptomer har blitt provosert frem til da. Utfør også testen på motsatt side. Testen skaper kompresjon i leddets fremre del.

Sacral thrust

Pasienten ligger på magen med strake ben. Terapeuten står over pasienten og presser rett ned mot sacrum med kontakt mot 3. sacrale nivå (Figur 6). Hvis testen ikke er smertefull, kan tre til fem harde støt gjennomføres

I studiet til Laslett hadde alle pasienter med smerte fra IS (identifisert med injeksjon) minst en positiv provokasjonstest og 15 av 16 hadde to eller flere tester positive. Utvalget



her er likevel så lite at man skal være forsiktig med å dra bastante konklusjoner. Likevel er klinisk testing lite invasivt, krever ikke noe utstyr og kan gi en viktig pekepinn på om det foreligger tilstander i IS leddet som forårsaker smerte: «A cluster of at least 2, preferably 3 provocation tests in the absence of any clear diagnosis of a pain source other than the sacroiliac joint, has a sensitivity of 91% and specificity of 89%» (8).

Behandling

Manuell behandling er ofte benyttet som tiltak for pasienter med bekkenleddsmerter, men forskningen har ikke klart å vise effekt som overgår treningsterapi. Eventuell behandlingseffekt kan neppe tilskrives biomekaniske endringer, og vi har heller ingen god måte å teste dette på. Mer sannsynlig er at manuell behandling kan påvirke smerteopplevelse via modulering av nedadgående nervebaner og endret EMG aktivitet i muskulatur som tilstøter leddet. Øvelser har derimot bedre evidens, og til nå har styrketrening og bekken-tilt sittende på ball vist seg som mest lovende tiltak for pasienter med IS ledd smerter. Det er også noe forskning som antyder at pasienter med langvarig bekkenplager kan ha nytte av ekstern støtte i form av bekkenbelte/ortose. Injeksjoner er allerede nevnt som gullstandard for diagnose, og en systematisk gjennomgang viste at pasienter responderer bedre på



injeksjon av kortison og lokalbedøvelse enn på lokalbedøvelse alene. Effekten oppgis til å være alt fra 1 til 6 måneder. Stabiliserende kirurgi kan i noen sjeldne tilfeller være aktuelt, dette være seg tilstander som degenerativ sacroillitt, artrose, traume eller komplikasjoner etter graviditet som forårsaker strukturell instabilitet (2).

Psykososiale perspektiv

Bekkenet er en av de kraftigste og mest hardføre strukturene i kroppen som takler store belastninger. Vi har lite hold i utsagn om pasienter som instabile eller låste. Hvordan vi omtaler pasientens smerter kan direkte påvirke utfallet. Frykt for bevegelse og negative tanker rundt smerte kan ha sitt opphav fra velbrukte beskrivelser som bekkenløsning, bekkenlåsning, instabilitet og skjevhet. Bruk av slike begreper kan forårsake iartrogene effekter. Vi vet at kognisjon har en viktig rolle hos pasienter med langvarige smerter og kinesiofobi, og fear avoidance kan være til hinder for å få pasientene i aktivitet. Dette må vi ha i bakhodet i måten vi omtaler alle smertefulle tilstander, så vi bør gjennom vår kommunikasjon fremme trygghet og fysisk aktivitet og bryte ned uheldig (og uriktig) oppfatning om noe av det mest robuste kroppen har – bekkenet.

For referanser, ta kontakt med redaksjonen.