

Bekkenløsning - i nytt lys med ny kunnskap

Er bekkenløsning det vi i lang tid har trodd - en hormonelt betinget oppmykning av leddbånd og -kapsler med «slarkeledd» som resultat? Fysioterapeut Gunnar Samuelsen ved Ullevål og Tåsen Fysioterapi har i samarbeid med lege Niels Gunnar Juel ved avd. for fysikalsk medisin og rehabilitering, Ullevål Sykehus, funnet en annen - kanskje revolusjonerende - innfallsvinkel til bekkenproblematikk under og etter graviditet.

- Bekkenløsning er ingen entydig definisjon, og i andre kulturer vi kan sammenligne oss med eksisterer faktisk ikke diagnosen. Vi refererer til «lower back pain». I Norge har vi i lang tid sett på kvinners bekkenplager under og etter svangerskap som en «løsning» i bekkenet, forårsaket av hormoner med derpå følgende sterke, og i noen tilfeller langvarige smerter. Etter å ha testet bekkenplagede kvinners muskelfunksjon og undersøkt smertemønsteret, finner jeg at vi i mange tilfeller står overfor et muskelloshedsyndrom snarere enn et problem i iliosacralledet og sympfyisen, sier Samuelsen.

Fire viktige hoftemusklær - m. quadriceps coxae

Gunnar Samuelsen fattet interesse for setemuskulaturen og hofteledet da han for noen år tilbake arbeidet tett med skøyteløperne. Blant utøverne fant han hyppige plager i de dypereliggende musklene i bekkenet og setet, og han begynte tidlige studier av nettopp disse muskelgruppene.

- Tidligere har hofteens utoverrotatorer vært ansett som små og ubetydelige. Konklusjonen har i hovedsak blitt trukket etter studier og dissekering av eldre kropp. Det er rimelig å anta at den fysiske aktiviteten har vært begrenset hos disse objektene de siste leveårene. Med moderne teknologi har vi røntgen- og MR-fotografert de samme muskelgruppene hos aktive, unge mennesker. Funnene viser at



Fysioterapeut Gunnar Samuelsen har funnet en ny innfallsvinkel til problematikken rundt bekkenløsning under og etter graviditet.

m. piriformis og m. obturatorius internus, som springer ut fra bekkenest innside, er av betydelig størrelse. Sammen med mm. gemelli (superior og inferior) som springer ut fra bekkenets yterside, danner disse en muskelgruppe som på grunn av felles feste i fossa trochanterica, har tilnærmet lik dragretning ved kontraksjon. Hovedfunksjonen er ekstensjon og samtidig abduksjon av den flekterte hofte (som å reise seg fra huksittende med noe asymmetrisk - stabiliserende - belastning). I nyere anatomiske lærebøker har musklene fått fellesnavnet m. quadriceps coxae (Dahl, H. A. og Rinvik, E; Bevegelsesapparatets funksjonelle anatomi, Cappelen akademiske forlag, 1996). M. quadratus femoris og m. obturatorius externus danner også betydelige buker hos aktive, trente personer. M. quadratus femoris har tilnærmet samme funksjon som quadriceps coxae. M. obturatorius externus har tilnærmet motsatt funksjon. Den flekterer og samtidig adduserer den ekstenderte hofte (som m. iliopsoas).

Økt trykk, mindre plass

Samuelsen mener at den nye forståelsen av m. quadriceps coxae funksjon har gitt ham en ny innfallsvinkel til bekkenløsningsproblemet. Hans teori er at bekkenløsning i mange tilfeller kan relateres til plassproblemer forårsaket av muskelutvidelse som følge av ødem i muskulaturen. Plassmangelen kan forårsake både inflammasjon i hofte-/setemuskulaturen og trykk på nerver i bekkenregionen.

- Bekkenleddssyndrom har i hovedsak vært forklart med løsning i, og smerter fra iliosacralledet. Den allmenne oppfatningen har vært at økningen i hormonet relaxin har medført en oppbløtning av ligamentene omkring bekkenets ledd og derved instabilitet i iliosacralledet. Senere undersøkelser (1, 2, 3) viser at det ikke finnes korrelasjon mellom mengden relaxin og forekomst av bekkenløsning. Ledende forskere, blant andre prof. Einar Sudmann, Kysthospitalet i Hagevik, har gått bort fra teorien om at slark i iliosacralledet er svaret på bekkenløsning. På et foredrag på Voss i februar, 1996, sa prof. Sudmann at det ikke er samsvar mellom graden av vellykkede operasjoner og bedring av smerter i bekkenet. I praksis har professoren sluttet helt med avstivning av iliosacralledet. Han har istedet beskrevet bekkenleddssyndromet som en «tennisalbu» i hele bekkenet.

- Jeg tror at vi må tørre å stille spørsmål ved gamle oppfatninger av bekkenløsning. Vi har hatt et oppløst og vedtatt fasitsvar som jeg nå - på bakgrunn av de funksjonstester jeg har tatt av gravide - stiller meg kritisk til. Bekkenløsning har mange ulike symptomer. Smerter kan sitte i ryggen, i setet, rundt hele bekkenkammen eller i sympfyisen. Lokaliseringen kan være konstant eller variere fra dag til dag. Jeg tror dette har sammenheng med at et svangerskap innebærer en økt belastning på kvinnens hofte- og bekkenmuskulatur. Muskulaturen utvider seg som følge av ødem i muskulaturen. Etterhvert trenger også fosteret mer plass, og livmoren presser nedover i bekkenet. I det lille bekkenet blir det mindre

plass, og nervene som sender impulser blant annet til symfyen (n. genitofemoralis og n. pudendus), kan komme i klem. Da kan smertene sitte på et annet sted enn der årsaken til problemet ligger, nemlig i musklene i det lille bekkenet, sier Samuelsen.

- I mange tilfeller blir også fascien rundt hofte- og bekkenmusklene for trang, og vi får et klassisk muskellose-syndrom (som en «tennisalbu»). Men bekkenmuskulaturen er vanskelig å komme til med tradisjonell muskellose-syndrom-behandling. Også på korsbenet kan det oppstå ødem, og dorsale nerver kan komme i klem og gi smerter i iliosacral-leddet. Her ligger imidlertid nervene og musklene lettere tilgjengelig, og det er mulig å komme til med is og annen behandling.

Diagnosens kriterier:

- Jeg har seks kriterier som danner basis for min diagnose, de samme funnene som legges til grunn for et «vanlig» muskellose-syndrom (compartment-syndrom)

- 1) Smerte
- 2) Økt smerte ved passiv strekk
- 3) Ømfintlighet ved palpasjon.
- 4) Nedsatt eller opphevet kraft ved aktiv bevegelse
- 5) Sensibiliteten kan bli borte dersom det passerer hudnerver gjennom losjen og disse utsettes for trykk
- 6) Tilbakevendende smerter ved en viss grad av anstrengelse (ref. P. Edwardsen: Ortopedisk kirurgi, Cappelen, 1984)

Når flere eller alle kriterier for muskellosesyndrom foreligger, stiller Gunnar Samuelsen spørsmålet: er det et muskellosesyndrom vi står overfor? Sammen med lege Niels Gunnar Juel og fysioterapeut Anders Bakke har han gjennomført en klinisk undersøkelse av 16 kvinner med kroniske bekkenplager. Kvinnene fikk fysikalsk behandling bestående av mobilisering av hofteleddet, bløtdelsbehandling av glutcal- og bekkenmuskulaturen, samt tøyninger. Noen av pasientene ble bra nok til å begynne med treningsterapi. Dosering og intensitet ble individuelt tilpasset.

- Resultatene av undersøkelsen viser at behandlingen hadde god effekt. Ved kontroll etter 3 måneder var smertene i hvile gått ned relativt mye, mens smertene ved fritidsaktivitet er mer enn halvert, forteller Samuelsen. Han har også positive erfaringer fra sin egen praksis der han har hjulpet mange kvinner ut av en nærmest uholdbar smertesituasjon.

Behandlingen

- Problemet med bekkenet er at vi ikke kan avlaste ved hjelp av fatle som ved skulderplager, eller på annen enkel måte. Bekkenet er enten helt avlastet ved at pasienten ligger eller det er betydelig belastet når pasienten sitter, står og går. En gradvis opptrapping av belastningen er vanskelig å gjennomføre. Derfor er behandling av bekkenproblemene en stor utfordring. Når helsevesenet gir kvinner med bekkenløsning råd om å gå med knærne samlet, med små skritt og å bevege seg symmetrisk, får dette maksimalt uheldige utslag for musklene i det lille bekkenet. Kvinnene har fått beskjed om å holde seg innenfor smertegrensen. Angsten for smerter og forverring samt et innøvd bevegelsesmønster har ført til at hofte- og bekkenmuskulaturen har mistet styrken og elastisiteten. Slik fiksering av hofteleddet kan være med på å forsterke og til og med forårsake muskelsmerter, hevder Samuelsen.

- I mange år har trygdesystemet vært for rigid i forhold til sykmeldinger. Graviditet er blitt sett på som en naturlig tilstand som ikke gir rom for individuell tilrettelegging, og inntil for noen år tilbake var bekkenløsning ikke sykmeldingsgrunn. Mer bruk av aktiv sykmelding er en god begynnelse for å få bukt med problemet. I prinsippet handler det om å legge forholdene til rette for kvinnen. Omgivelsene må ta de nødvendige hensyn, og gi henne mulighet til å hvile ved behov. Avlastning er grunnpilaren i behandlingen.

Gunnar Samuelsen graderer behandlingstiltakene slik:

- 1) Avlastning. Kvinnen må kunne tilpasse arbeidsdagen og privatlivet slik at hun får avlastet hofte- og bekkenmuskulaturen.
- 2) Bevegelsestrening - også av utover rotatorene - for å holde bevegelsen i hofteleddet vedlike. Kvinnen tøyser selv aktivt.
- 3) Dosert styrketrening av hofte- og bekkenmuskulatur. Dette er spesielt viktig for kvinner som har gått lenge med diagnosen bekkenløsning og holdt bekkenet helt i ro.
- 4) Massasje. En punkturball kan gjerne brukes. Samuelsen forteller at han ofte bruker albuene for å få kraft nok når den dype, kraftige muskulaturen skal mykes opp.

Fysioterapeut-en presiserer at det er av stor viktighet å dosere tøyning og trening riktig i forhold til pasientens tilstand, som

man gjør med tilsvarende lidelser i ben eller armer.

- For mange pasienter kan selv de letteste styrkeøvelsene være for krevende fordi utgangspunktet er svært dårlig. Å bevege seg utover smertegrensen er i seg selv ikke farlig, men pasientene må informeres om viktigheten av hvile og avlastning både før og etter trening, sier fysioterapeuten.

- Når pasientene kommer til undersøkelse hos meg ligger de ofte langt under det man bør sette som et minimumskrav til bevegelse, styrke og utholdenhet i hofte- og bekkenleddet for å klare hverdagens normale belastninger. Gjennom trening og tøyninger - sammen med riktig avlastning - myker vi opp og styrker muskulaturen. Kvinnen blir mindre engstelig fordi hun merker at bevegelse i seg selv ikke forverrer tilstanden, og målsettingen er at pasienten etter en stund kan tilnærme seg et normalt liv.

Nytenkning

Gunnar Samuelsen vet at hans nye teorier kan være kontroversielle og skape debatt. Men han håper at mottakeligheten for ny kunnskap er større enn frykten for endringer og motviljen mot å innse at det man har trodd på er feil. Bare slik kan hans teorier prøves ut på en skikkelig måte.

- Kanskje kan vi nærme oss tilstander vi ser i andre deler av verden, der kvinnen bruker kroppen sin på en helt annen måte - de sitter på huk og i skredderstilling og tøyser hoftemusklene på en naturlig måte. Dessuten er det ofte vanlig at kvinnens nærmiljø avlastar henne under svangerskap. I Norge bruker vi kroppen ganske stereotypt og kvinnen skal være «superkvinne» og klare jobb, hjem og familie - selv gjennom en graviditet. Med avlastning og riktig trening kan mange kvinner få et langt bedre og mer positivt svangerskap. Gunnar Samuelsen avslutter med et sitat han har klippet fra et tidligere nummer av Fysioterapi i privat praksis: «Den største vanskeligheten er ikke å få folk til å akseptere nye ideer, men å kvitte seg med de gamle».

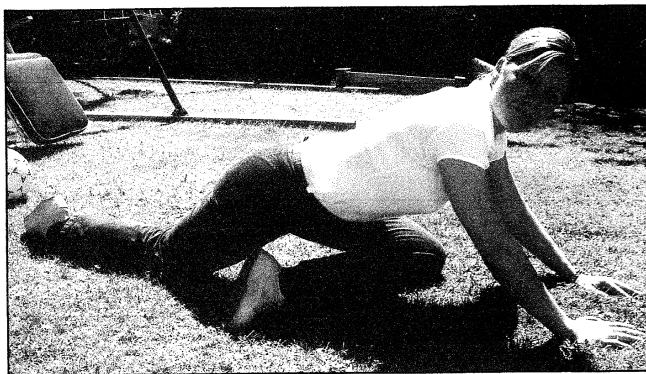
Innervasjon:

Det lille bekkenet er rikt innervert, og flere av nervetrådene kan komme i klem under bekkenleddssyndrom. Dette kan gi smerter i symfyen, i genitalene, i bena (4) eller nedsatt sensibilitet i hudområder.

Noen av de involverte nervene er:

Symfyen:

N. genitofemoralis og n. pudendus



Iliosakralleddene:

- n. plexus sacralis
- n. gluteus superior
- dorsale rami fra første og andre sakralnerve
- n. obturatorius

Referanseliste:

- 1) Hansen A, Jensen DV, Larsen E, Wilken-Jensen C, Petersen LK. Relaxin is not related to symptom-giving pelvic girdle relaxation in pregnant women. Acta Obstet Gynecol Scand. 1996; 75: 245 - 249.
- 2) Schauburger CW, Rooney BL, Goldsmith L, Shenton D, Silva PD, Shaper A. Peripheral joint laxity increases in pregnancy but does not correlate with relaxin levels. Arner J. Obstet Gynecol 1996; 174: 667-71
- 3) MacLennan AH, Nicholson R, Green RC. Serum relaxin in pregnancy. Lancet 1986; ii: 241-3
- 4) Dietrichs E, Hansen JH, Bakklund O. Bekkenets leddforbindelser Tidsskr. Nor Lægefor. nr. 17, 1990; 110:2213-5

Styrkeøvelser:

1. (lett): Pasienten står på gulvet med parallelle ben og overkroppen bøyd frem til 90 grader i hoften /armene støttes på en stol, benk e.l.). Vekten flyttes forsiktig fra side til side. Etterhvert kan annethvert ben løftes forsiktig - bevegelsen skal skje i hoften. Når pasienten er moden for større utfordringer, kan hun stå med det ene benet utenfor en kant, eks. et

trappetrinn, og senke den ene hoften til under vannrett og løfte den igjen.

2. (middels/tung)

Pasienten står på alle fire og løfter annethvert ben - bevegelsen skjer fra hoften. Øvelsen kan gjøres tyngre ved at kvinnen står på en benk e.l. med det ene benet utenfor kanten. Da kan hoften senkes lenger ned og arbeidsveien blir lengre.

3. (middels/tung)

Pasienten ligger på siden med parallelle ben - 90 grader i hofteledd og kneledd. Det øverste benet løftes rett opp (kroppen forøvrig holdes i ro - ingen rulling). Når pasienten tåler tyngre trening kan kneet på det øvre benet strekkes (fortsett 90 grader i hoften), og benet løftes rett opp.

Tøyninger:

1. (lett)

Pasienten sitter på en benk e.l. med det ene benet i gulvet og

det andre liggende lett bøyd på benken. Med svai korsrygg legges overkroppen lett fremover til det strammer i setemuskulaturen. Ytterposisjon holdes gjerne i 30 - 60 sekunder. Slapp av og gjenta. Når pasienten tåler større belastning kan benet på benken bøyes og leggen legges over det andre benet. Pasienten tar tak i kneet og trekker dette mot seg. Samtidig lenes overkroppen fremover.

2. (middels)

Pasienten står ved en benk, et bord, et rekkverk e.l. og legger utsiden av det ene bøyde kneet oppå benken/bordet/rekkverket. Leggen krysses foran kroppen, og overkroppen lenes forover.

3. (tung)

Pasienten står på alle fire med et ben krysset foran det andre. Hoften skyves bakover og nedover mot underlaget. Når kvinnen tåler belastningen kan hun presse sete helt ned mot underlaget.

softpac

**Norsk-produserte
varme- og kuldepakninger**

**Fordelene for deg som behandler
med Softpac Red:**

- 5° varmetap på en behandling (ca. 20 min.).
- Klinikken slipper vask av frotté overtrekk.
- Lavere temperatur i varmekilden (ca. 55°).
- Pasienten kan ligge på pakningen.
- Mange forskjellige størrelser.
- TÜV-godkjent

molift® as

Et selskap i Møller Industrier AS

2800 Gjøvik, Tlf.: 61 18 00 06, Fax: 61 18 03 30

Lysning for pasienten

Ruth Kristin Aspaas har en sønn på 18 måneder. Hun kan enda ikke bære ham. Allerede tidlig i svangerskapet fikk hun uttalte bekkenløsningsproblemer. Nå har hun gått sykmeldt og vært bortimot hjelpeløs i to år.

- Da jeg var nygift og gikk gravid måtte jeg flytte hjem til mine foreldre for å få hjelp. Jeg kunne ikke klare meg selv. I tillegg til at mannen min jobbet fullt, holdt vi på å pusse opp nytt hus. Den tiden som skulle være lykkelig og full av forventninger, ble et mareritt. Og bedre ble det ikke etter at August var født. Da jeg lå på barselavdelingen var jeg så svak at jeg ikke kunne stå opp og gå på egenhånd. Jeg brukte gåstol de få skrittene jeg klarte å bevege meg. I løpet av det neste året prøvde jeg tre ulike behandlere; fysioterapeut, kiropraktor og naturmedisinere med akupunktur- og fotsonebehandling. Noe fremgang var det å spore, men de store skrittene fremover kom først etter at jeg fant frem til Gunnar Samuelsen ett år etter fødselen. Jeg har gått jevnlig til behandling hos ham siden nyttår, og nå er jeg endelig på rett vei. Men det er et stykke igjen. Etter å ha ligget gjennom seks av svangerskapets ni måneder, og tilbrakt godt og vel halve dagen hver eneste dag i ett år liggende, er jeg nå i gang med å trene opp en «råtten» bekken- og hoftemuskulatur, forteller Aspaas optimistisk.

Rask bedring på langrennski

- Etter et par måneders behandling kunne jeg begynne å gå på ski. Jeg startet forsiktig med korte turer og sørget for hvile før og etter. I påsken gikk jeg turer på over 10 kilometer.

Men skiturene forutsatte at Ruth Kristin ble skånet for alle andre oppgaver. Påskens husarbeid, matlaging og barnestell ble overlatt til mann og praktikant. Augusts mamma strikket, hvilte og gikk på ski.

Ruth Kristin forteller at hun først nå i det siste har kunnet begynne å løfte forsiktig på sønnen sin. Nå er han 1 + år og veier drøye 13 kilo. For å klare hverdagen har familien Aspaas ansatt praktikant i tillegg til at August er i barnehage. For de

som må prioritere en av delene anbefaler Ruth Kristin praktikant. Praktikanten tar seg av alt husarbeid og handling, mens Ruth Kristin bruker sine krefter på konstruktive aktiviteter som tøyninger og styrketrening. Det siste året har hun bidratt i huset med å lage mat og vaske klær.

- Jeg har liksom en «kvote» - en viss mengde aktivitet jeg kan drive hver dag. Da er det viktig å bruke tiden konstruktivt - på bevegelser som bedrer tilstanden. Husarbeid og tunge løft virker mot sin hensikt, og det er derfor viktig at kvinner med bekkenproblemer nedprioriterer og kanskje helst setter bort slike oppgaver.

Ruth Kristin er fremdeles fulltids sykmeldt, men merker at det nå går fremover med helsen. Hun regner med å begynne å jobbe 30% fra 1. august, drøye ett og et halvt år etter fødselen. Da går hun ut i jobb med aktiv sykmelding.

Trening gjør godt

- Når jeg er ute og går stopper jeg stadig opp for å tøye. Det ser sikkert rart ut, men for meg er det nødvendig for at jeg ikke skal stivne i muskulaturen igjen og for å få den etterlengtede fremgangen. Bare det å kunne gå tur i det hele tatt er jo et kjempestort skritt i riktig retning for meg. Men jeg trenger fortsatt mye hvile, og legger meg ofte nedpå, sier småbarnsmoren, som selv om hun stadig blir bedre, fortsatt ikke gjør noe mer i huset. Hun bruker heller mer tid på å trene. Men litt hagearbeid har hun nå tatt fatt i, og hun sier at det føles godt å føle seg litt til nytte igjen.



Ruth Kristin Aspaas

- Behandlingen hos Gunnar Samuelsen hjelper virkelig, og det føles riktig å bruke kroppen - å bevege hofter og bekken. Nå gjør det heller ikke lenger vondt å tøye og trene. Da jeg startet hos Samuelsen måtte jeg hvile i tre dager etter hver behandling - jeg var mørbanket. Likevel tvilte jeg aldri på at dette var riktig. Det føltes riktig - som om en del av kroppen som hadde vært uten krefter og nærmest «død» våknet til liv igjen. Ruth Kristin demonstrerer øvelser på plenen utenfor huset og smiler.

- Dette er bevegelser jeg ikke engang kunne drømt om å gjøre for få måneder siden. De er jo også bannlyste i tradisjonell bekkenløsningsbehandling. Jeg har alltid ønsket meg tre barn, og nå er jeg overbevist om at jeg ikke kommer til å bli like dårlig i mitt neste svangerskap. Vi får prøve med nummer to. Formen avgjør om det blir et tredje barn, avslutter en fornøyd mor.

Fysioterapi i Privat Praksis Nr. 5 - 1998