

DEL 1: Den smertefulle, «prikkede» armen – Nerverot og ryggmarg?

Armsymptomer, om det er smerter, nummenhet eller følelse av svakhet, er kjente plager vi møter i klinikken. Vi har gode verktøy og ressurser tilgjengelig som gjør det mulig å skille disse plagene fra hverandre. Allikevel står vi i større grad ovenfor ett paradoks, hvor vi med økt tilgang til ressurser også ser en økt andel uspesifikke plager. Denne artikkelen deles inn i to deler, hvor første del tar for seg nerverot og ryggmarg, og del 2, som kommer i neste blad, tar for seg perifer nerve.



AV JOAKIM FJELNSETH HEMPEL
KIROPRAKTOR

Utstrålende armsymptomer kan være enkeltstående symptomer, eller en kombinasjon av smerte, nummenhet, prikking, følt svakhet og mer. I stor grad kan dette ha sitt opphav fra sentrale deler som hode, nakke og rygg, samt perifere deler som skulder, albue, håndledd og hånd. Hvordan vi differensierer en mulig skivelidelse fra annen patologi, krever en systematisk klinisk tilnærming, som ved alle andre problemstillinger.

Først og fremst er det greit å gjøre en begrepsavklaring i henhold til skivelidelser. Radikulopati er definert som:

«...en nevrologisk tilstand, hvor konduksjon er begrenset eller blokkert langs en spinal nerve eller deres røtter. Radikulopati differensieres fra radioklær smerte, dog oppstår de gjerne samtidig. Radikulær smerte har samme årsak som radikulopati, men trenger ikke påvist mekanisk kompresjon. Det kan med andre ord være en rent kjemisk påvirkning av nerven.» (7, 30)

Selv benytter jeg heller radikulopati for å definere en nevrologisk tilstand hvor konduksjon er begrenset eller blokkert langs en spinal nerve eller deres røtter grunnet mekanisk kompresjon eller kjemisk påvirkning,

med objektivt målbare nevrologiske funn som påvirkede reflekser, kraft eller sensibilitet. Samtidig definerer jeg radikulære smerter uten objektivt målbare nevrologiske funn som radikulært smertesyndrom. I forskning har vi en utfordring her, da flere forskjellige definisjoner blir benyttet, noe som påvirker utvalg av subjekter, særlig internasjonalt. Dette er også en av årsakene til at jeg ikke har inkludert epidemiologisk data (1). I Norge er det i større grad en anerkjent forskjell på radikulopati og radikulære smerter som gjør at vi i større grad kan benytte disse begrepene med overnevnt definisjon.

Når det kommer til differensialdiagnostikk av denne pasienten, er det de mest fatale årsakene og røde flaggene som er øverst prioritert og ønskes utelukket. I stor grad dreier det seg om vaskulære plager, respirasjonssystemet og infeksjon. Alle klinikere har som regel en egen «oppskrift» eller tilnærming når det kommer til møtet med disse pasientene, så jeg velger kun å trekke frem noen nøkkelpoeng for sykehistorie og undersøkelse.

Spørsmål å stille:

- Brystsymptomer eller -smerter
- Provoserte symptomer med økt kardiovaskulært eller respiratorisk stress
- Hodepine eller svimmelhet
- Opplevd følelse av endret respirasjonsevne
- Subjektiv feberfølelse eller redusert allmenntilstand

Ved bekreftende svar bør dette utspørres og kartlegges i detalj. Smerte kan ha diffuse påvirkninger som gjenspeiles i symptomer som dette, og klinikerer kan bli usikker eller utrygg. I slike tilfeller anbefales det å henvise videre, i stedet for å gjennomføre en undersøkelse som kan avgi bias-pregede funn.

Dette bringer oss videre til den ordinære sykehistorien, hvor vi har vår egen tilnærming avhengig av erfaring, type praksis og ikke minst pasienten vi møter. Det sistnevnte er kanskje det viktigste, hvor vi benytter en pasient- og situasjons-spesifikk tilnærming ved anamneseopptaket.

Ryggmargskompresjon

Ryggmargskompresjon er en sjelden presentasjon i klinisk praksis, særlig når det ikke foreligger et traume. Mest kjent er cervikalt spondylolytisk myelopati (CSM) grunnet traume, spondylose eller skivelidelse, samtidig kan en epidural cyste/absess eller neoplasme gi tilsvarende presentasjon (2). Ved slike tilfeller, vil det være essensielt å huke ut røde flagg, da dette umiddelbart bør henvises videre. Essensielle punkter inkluderer å kartlegge mulig neoplasme og nevrologisk funksjon som vannlating og avføring. Et viktig poeng fra nevrologisk bakvakt, er å spørre pasienten om de kjenner at avføringen passerer, da smertepreget dysestesi og urinkontinens kan oppstå (14). Ved progressivt tilfelle vil dysestesier i over- og underek-

stremitetene presentere seg med mulige pareser. Reflekser viser tegn til hyperrefleksi og muskulær tonus øker sammen med rigiditet. Tilleggs-punkter i nevrologisk undersøkelse inkluderer patologiske reflekser som Hofmann's og Babinski. Finger Escape og Grip-and-Release signs kan også gjennomføres.

Diagnostisering kan være utfordrende, da tegn og symptomer ofte oppstår krypende og subtile. Nøkkelpunkter fra anamnese er pasienten sin evne til finmotoriske oppgaver som (33):

- Å lukke knapper, håndarbeid eller finne riktig nøkkel/gjenstand i lommen. Økt ustøhet i kombina-

sjon med det overnevnte

- Økt tone/rigiditet i under ekstremiteter («Rag Doll»)

Dette være utfordrende å diagnostisere særlig hos eldre, da mange i geriatrisk populasjon har komorbiditeter som også gir disse symptomene. Et viktig poeng å vurdere er muligheten av en eksisterende mononeuropati som kan maskere hyperrefleksia – pasienter har ofte mer enn ett problem (33).

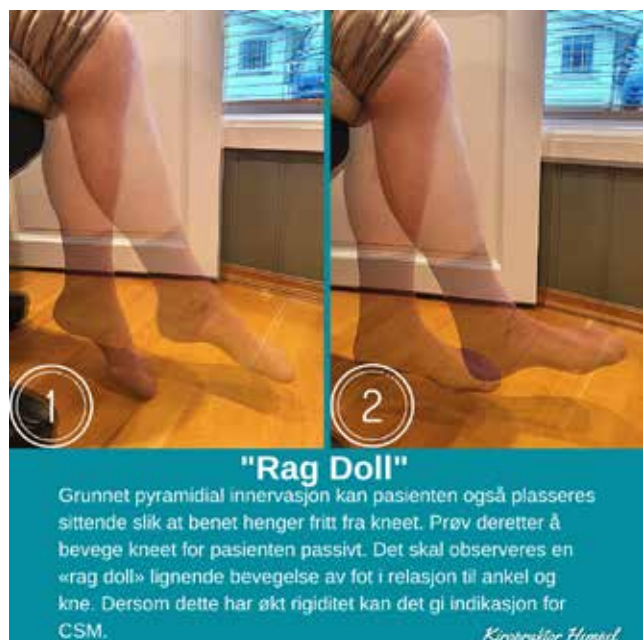
Cervikal radikulopati og radikulært smerte syndrom

Den mest kjente årsaken til cervikal radikulopati er spondylose eller såkalte aldersbetingede endringer

som redusert skivehøyde, hypertrofi av benvev og foraminal innsnevring (27). Skivelidelser kommer som nummer to, noe som enten kan gi direkte mekanisk kompresjon, kjemisk påvirkning (pro-inflammatoriske cytokiner) eller en kombinasjon (mest vanlig) (26). Svært sjeldent oppstår radikulopati som resultat av osteomyelitt, diskitt eller neoplasme. Samtidig bør sykehistorien gjenspeile triagering gjennom røde flagg og plukke opp tegn til infeksjon.

Siden cervikal radikulopati påvirker nerven ved sitt utspring fra ryggmargen, kan kombinert problemstilling med ekstremiteter maskere en cervikal årsak, oftest skulder patologi (f.eks. adhesiv kapsulitt, gjentagende anterior luksasjon, subakromielt smertesyndrom/tendinopati osv.) (33).

Den mest klassiske presentasjonen innebærer oftest nerverotnivåene C7, deretter C6 og C8 (8). Som kjent for mange, særlig etter å ha lest begrepsavklaringen, innebærer dette radierende unilaterale symptomer som smerte, nummenhet, prikking eller følt svakhet (16). Dominerende symptom varierer fra pasient til pasient, men primært vil de aller fleste ha en dominerende nakke- eller brystryggplager. Variasjon kan avgi debuterende symptomer som smerter medialt til scapula i cervikotorakale overgang, noe som kan debutere krypende gradvis, eller med en akutt, intens debut.



Typisk gjenkjennes den akutte og intense presentasjonen oftere som den typiske cervikale radikulopati. Dette til tross for at den spondylo-litiske er mer vanlig. Dette kan ha sammenheng med «hvem som skriker høyest», med andre ord der kontrasten fra «frisk» til «syk» blir tydeligst.

Vel opplyst om hvordan dermatome mønstre ikke alltid representerer påvirket nivå, indikerer epidemiologiske data at dette er ca. 50/50 ved hver enkelt kasus (24). Samtidig, grunnet multi-innervasjon og overlapp, er sensibilitet ofte mindre påvirket enn ved perifer nevropati, grunnet monoinnervasjon. Ta for eksempel radialisnerven: Nerverot nivå C5-T1 har alle fibre som tar del i denne nerven, så ved påvirket C6 nerverot, vil fortsatt flere av strukturene forsynt av radialisnerven ha jevn konduksjon av signaler. Dog

ved en «Crutch palsy» eller «Saturday night palsy» er radialisnerven påvirket, distal til pleksus, som gir tydeligere krafttap og dystestesier. Dette gjelder da altså både for dermatom- og myotom distribusjon (34). Subjektivt krafttap er kanskje det minst rapporterte symptomet ved cervikal radikulopati, så om det skulle være tilfelle, bør perifer årsak utelukkes. Dersom objektivt målbar nevrologi er redusert, bør videre utredning vurderes (7).

Tre nøkkelpunkt fra klinisk undersøkelse er Spurlings tegn/test, shoulder abduction relief test og cervikal traksjonstest. For de aller fleste er Spurlings tegn kjent fra blant annet kollega Jørgen Jevne sin artikkel «Nakkerelatert Skuldersmerte» fra «Fysioterapi i Privat Praksis Nr. 3 2020» - denne artikkelen anbefales. Shoulder abduction relief test gjen-

nomføres ved å plassere pasienten sin affiserte hånd på hodet, og la den hvile en stund opp mot to minutter. Deretter vurderer man endring av symptomer, der testen er positiv ved lettelse av symptomer. Sist er cervikal traksjonstest, hvor pasienten kan sitte eller ligge. Benytt aksialt traksjon til hode, og ved lettelse av utstrålende symptomer, anses testen som positiv. Denne klusteren har en høy spesifisitet, men kun med 50 % sensitivitet. Det betyr at hvis testen er positiv er det en sterk indikasjon på radikulopati, men om testen er negativ, kan pasienten fortsatt ha radikulopati. I så fall anbefales det å monitorere symptomer, og komme tilbake til testene ved oppfølgende besøk (33).

Kilder/referanser presenteres i neste blad, sammen med Del2

Vegetar- og vegankost – ekspertuttalelse fra Nasjonalt råd for ernæring

I slutten av september 2021 ble det utarbeidet en ny rapport på Helsedirektoratets initiativ om vegetarisk og vegansk kosthold. Dette er kostholdsstrategier som stadig får økt oppmerksomhet, særlig blant de unge i befolkningen. Helsedirektoratets rapport har til hensikt å bidra til økt kunnskap relatert til de kostholdsvalg et gunstig plantebasert kosthold beror på. I denne artikkelen presenteres hovedfunnene fra denne rapporten.



AV ANDREA NÆSS
IOC DIPLOMA IDRETTSERNÆRING
M.S.C. HUMAN ERNÆRING

Det er flere ulike årsaker til at stadig flere beveger seg mot et plantebasert kosthold. Et grønnere skifte i matveien er for mange et hensyn til kloden vår som klima og miljø. For andre er det helsemessige utfordringer som krever kostholdsendringer, religiøse grunner eller etiske hensyn som dyrevelferd. Å spise vegetarisk betyr i hovedsak å basere kostholdet på matvarer fra planteriket. Underkategoriene av et vegetarisk kosthold

avhenger av i hvor stor grad du inkluderer matvarer fra dyreriket, der noen for eksempel ønsker å beholde egg, meieriprodukter, fisk eller kjøtt av og til (bilde 1). Hvis kostholdet kun består av matvarer fra planteriket, er du per definisjon veganer.

Fordeler

Rapporten viser til at vegetarianere og veganere generelt sett er opp-tatt av å ha gode levevaner. Større helsebevissthet viser seg både i form av mer fysisk aktivitet og sjeldnere røyking sammenlignet med personer som ikke følger en slik kostholdsfilosofi. Et plantebasert kosthold er forbundet med lavere risiko for

en rekke livsstilssykdommer som overvekt, hjerte-og karsykdom og diabetes. Vegetarianere og veganere har økt sannsynlighet for et lengre liv, lavere blodtrykk og bedre fettprofil i blodet. Et høyt innhold av beskyttelsesfaktorer som antioksidanter gjennom frukt og grønt, nøtter, frø og kjerner, grove kornprodukter og belgvekster er sykdomsforebyggende. Det samme gjelder lavt inntak av mettede fettsyrer, rødt og bearbejdet kjøtt, salt og sukker. Å prioritere kombinasjonen av slike matvarevalg, er derfor helsefremmende.

Utfordringer

Det er flere hensyn man må ta i