



Få sving på vonde (laterale) hofter

Denne artikkelen er en oppfølging av artikkelen i forrige nummer om laterale hoftesmerter. Vi går gjennom øvelser som er beskrevet i protokollen til den såkalte LEAP-studien, som ble publisert av Mellor og kollegaer i 2018 (protokoll 2016, appendiks S1). Her er en gjennomgang av noen av øvelsene.



AV LARS MARTIN FISCHER
OSTEOPAT

Intervensjonen i studien gikk over 8 uker, og pasientene fikk undervisning om laterale hoftesmerter og håndtering via DVD og folder i tillegg til veiledning av fysioterapeut. Essensen er at pasientene bør unngå stillinger og belastninger som skaper økt kompresjon over trochanter major (se forrige nummer for mer utdypende lesning). Dette prinsippet er også førende i valg av øvelser.

Pasientene kunne tillate smerte på 5/10 NRS (Numeric rating scale), så lenge den avtok etter trening og ikke økte på utover kvelden og neste dag. Det er verdt å merke seg at selv ganske uttalte smerter ble tolerert, og dette er i tråd med mye annen forskning på feltet som antyder at det er farligere å underdosere enn å trigge smerter. Øvelsene ble satt opp som et progressivt belastningsregime med rom for individuelle tilpasninger, i samråd med fysioterapeut. Jeg vil ikke gå gjennom antall repetisjoner og serier fra protokollen, da dette er satt opp for en studie, og du må først og fremst finne den ideelle belastningen for din pasient.

De 8 ukene består først av en uke med tilvenning og en uke med introduksjon til belastning. Her utføres lette øvelser med fokus på å unngå provokasjon av symptomer, aktivere gluteal muskulatur i forskjellige stillinger og bekkenkontroll. Øvelsene kan gjøres hver dag. Fra uke 3 begynner den progressive belastningen med to økter per uke. Samtidig utføres aktiveringsøvelser hver dag i denne perioden.

Uke 1 – Tilvenning

Alle øvelsene er så lette at de kan utføres hver dag, spesielt aktiveringsøvelsene. Belastningen de legger til grunn i LEAP-studien er



«lett» til «noe anstrengende», det vi si i området 11-14 på Borg skala. Aktiveringen gjøres stående, ryggliggende og som vist på bilde 1-1, sideliggende. Utgangsstillingen er lett abduksjon eller nøytral. Unngå å begynne aktiveringen fra en addusert stilling, benytt derfor puter eller annen oppbygning i sideleie. Kraften i kontraksjonen økes sakte, og man holder aktiveringen i 5-15 sekunder uten å bevege benet videre i abduksjon. I tillegg kjøres knebøy og bekkenløft. Disse utføres rolig med fokus på kontroll av bekkenet

og behøver ikke gå spesielt dypt i denne tilvenningsfasen. Senere i forløpet vil disse øvelsene komme i mer utfordrende varianter.

Uke 2 – Introduksjon til belastning
Alle øvelsene fra første uke viderefø-

res, men om mulig øker man belastningen gjennom repetisjoner, serier og holdetid. I tillegg introduseres knebøy med offset (2-1) og bekkenløft med offset (2-2). Fortsatt utføres øvelsene daglig, og dette oppsettet tar pasienten med seg som hjem-





3-4



3-5



3-6



3-7



3-8

metrening i de kommende ukene. Belastningen kan tillates å øke noe denne uken, så lenge restriksjonene med tanke på symptomer overholdes.

Uke 3-8

Hjemmetreningssrutinen bør nå være godt innarbeidet. Eneste endring på denne er at vi nå legger på en strikk eller et miniband på sidestegene (3-1). Nå er tiden inne for å intensivere arbeidet i treningssalen under din veiledning. I protokollen er det lagt opp til 2 økter i uken, og jo mer du kan være med pasienten under trening, jo bedre kan dere sammen

justere belastning og vedlikeholde fokus på stilling (unngå stillinger som øker kompresjon – adduksjon). På et eller annet tidspunkt må vi selvsagt slippe opp på denne begrensningen, men det er ingen hast. Pasienten belaster progressivt mer og mer – og er på rett vei. Hjemmetreningssprogrammet fungerer også fint som oppvarming.

Bilde 3-2 og 3-3 viser progresjon i bekkenløft. Vi går videre fra offset til å løfte én fot, ekstendere og så til slutt legge inn en DIPS – senke setet ned mot underlaget til det akkurat er nær før vi løfter opp igjen.

Knebøy kan nå progredieres til å utføres på ett ben. Bruk støtte ved behov. Her er det viktig at du hjelper pasienten med å overholde hofte-kne-fot-aksen for å unngå unødig kompresjon over trochanter. Pasienten bør holde blikket fremover for å opprettholde god stilling, så bruk gjerne speil. Tilsvarende fokus er også viktig i neste øvelse – steg opp på trinn (3-4). Her kan du enkelt justere vanskelighetsgrad med høyde på trinnet og hvor høyt pasienten flekterer i hoften. Marker gjerne på toppen med 1-2 sekunders hold.

Bilde 3-5 viser glidende sidesteg. Her kan du benytte en klut eller annet for å redusere friksjonen mot underlaget. Stå gjerne i en døråpning for støtte. Høfter og knær flekteres noen grader og bruk et

miniband ved ankelen. Bevegelsen utføres sakte og kontrollert 2-3 sekunder hver vei. Stambenet skal stå helt i ro under hele øvelsen.

De neste tre øvelsene er i protokollen utført på et fjærbelastet skilbrett, men i mangel av dette viser jeg øvelsene utført i slynge med strikk eller miniband rundt ankelen, noe som vil utfordre mer på muskulær kontroll og stabilitet. Bilde 3-6 og 3-7 viser to variasjoner av abduksjon. Pass på i varianten med bøy i knær og hofter at bevegelsesutslaget tas ut i hofteabduksjon. Her vil man fort bli fristet til å kompensere og ekstendere i kneet. Målet er å opprettholde kne- og hoftefleksjonen gjennom hele bevegelsen. 3-8 viser utfall bakover og igjen er det viktig at du hjelper pasienten med å opprettholde stillingen som reduserer kompresjonskreftene over trochanter.

Oppsummering

Dette er selvsagt bare en måte å gjøre det på, men den er prøvd ut i en relativt stor studie og har attpåtil gitt gode resultater. For dere som ser mange av disse pasientene, anbefaler jeg å ta en kikk på disse artiklene og ikke minst protokollen dere finner i appendikset. Ta gjerne kontakt med redaksjonen hvis du trenger hjelp til å finne frem til disse.

Se kilder/referanser side 36.