



PFF muskel- og skjelettkongressen 2019: «Hva med hodet?»

Privatpraktiserende fysioterapeuters forbund (PFF) arrangerte den 15.-16. mars årets muskel- og skjelettkongress i Oslo. Med «hodet» som overordnet tema ble emner som hodepine, svimmelhet og kjeve-problematikk belyst av svært flinke forelesere. Her kommer en kort oppsummering av foredragene som ble presentert.



SILJE HOLSTAD
FYSIOTERAPEUT OG
STYREMEDLEM

Hodepine må diagnostiseres!

Spesialist i nevrologi Aud Nome Dueland innledet kongressen med å gjennomgå ulike hodepinetyper og hvordan de kan utredes og diagnostiseres. Dueland la først og fremst vekt på at de aller fleste som oppsøker hjelp for hodepine, har en primær hodepine, hvor hodepinen er en sykdom i seg selv. Sekundære hodepiner, hodepiner som er forårsaket av en annen underliggende sykdom, er sjeldne, men allikevel svært viktig å fange opp i anamnesen. Her presenterte hun en tommelfingerregel kalt «SNARET» for å kunne vurdere når hodepinen kan være farlig, og når man bør henvise til lege. SNARET står for følgende:

- S – Start og utvikling: Akutt tiltredelse og/eller gradvis forverring av hodepinen?
- N – Nevrologiske utfall og/symptomer: Kom symptomene hyperakutt, og ble de der?
- A – Allmennsymptomer og tegn: generell dårlig allmenntilstand? Føler pasienten seg syk?
- R – Risikofaktorer: Har pasienten annen underliggende sykdom?
- E – Eldre enn 50 år: Nyoppstått hodepine hos en person over 50 år skal alltid utredes!
- T – Tidligere hodepinehistorie: Er hodepinen annerledes enn den man har hatt tidligere?

Av primære hodepineformer vektla Dueland mye tid på migrene. Ifølge studier er migrene den hodepineformen som er hyppigst representert hos pasienter som oppsøker lege med anfallshodepine. Ved mistanke til migrene presenterte hun 3 enkle

spørsmål, kalt «PIN», som raskt kan gi en indikasjon på diagnosen:

- P – Photophobia-: Sjeneres du av lys under hodepinen?
- I – Indisposed: Fører hodepinen til at du har vært borte fra jobb eller indisponert 1 dag eller mer de siste 3 mnd.?
- N – Nausea: Blir du kvalm eller uvel når du har hodepine?

Dersom pasienten svarer ja på 2 av 3 spørsmål er det 93 % sannsynlighet for at hodepinen er migrene. Dersom pasienter svarer ja på 3 av 3 spørsmål er det 98 % sannsynlighet for migrene. Dueland oppfordrer alle til å bruke diagnostiske hjelpemidler som registreringsskjemaer og hodepinekalender i utredningen av hodepine, og hun viser til www.hodepinenorge.no.



Behandling av hodepine

Generelle utfordringer ved hodepine- og migrenebehandling er ifølge Dueland at mange ikke får stilt «riktig» diagnose, feilbehandling øker risiko for medikamentoverbruk, og urealistiske forventninger til behandlingsresultat. I tillegg er det for få som starter tidlig nok med forebyggende behandling til å kunne hindre at hodepinen blir verre og i verste fall kronisk. Det anbefales at pasienter med mer enn 2-3 migreaneanfall per måned, som har konsekvenser på funksjonsnivå, bør vurdere forebyggende behandling.

Ved behandling av migrene er det viktig å formidle at migrene er en kronisk sykdom som aldri kan kureres. Vi kan kun påvirke utløsende faktorer og gi pasienten verktøy til å kunne leve med sykdommen.

Innenfor forebyggende medikamentell behandling av migrene går vi svært spennende tider i møte, ifølge Dueland. Ny og bedre forståelse av migrenepatofysiologi har gjort det mulig å utvikle medikamenter spesifikt mot migrene. Det er f.eks. utviklet medikamenter som inneholder CGRP-antistoffer, fordi man har funnet ut at CGRP er et av de viktigste signalstoffene som skiller ut ved migreaneanfall. Pasienter med kronisk migrene måler i tillegg høyere nivåer av CGRP, også mellom anfall, enn de som ikke har migrene. CGRP-antistoffer er godkjent i Norge, men er foreløpig ikke på blå resept.

Temporomandibulær dysfunksjon – TMD

Manuellterapeut Elisabeth Heggem Julsvoll har spesialisert seg i undersøkelse og behandling av diagnoser

innenfor paraplybetegnelsen TMD. I følge Julsvoll oppsøker 4-7 % av Norges befolkning behandling for kjeveproblematikk, flertallet er kvinner, og årsaken er ofte multifaktoriell. Paraplybetegnelsen TMD omfatter diagnoser som artralgi (leddsmerte), TMD-relatert hodepine, myalgi (muskelsmerte) forskyvning av leddskive uten normalisering (med eller uten begrenset gapeevne), hypermobilitet og degenerativ kjeveledds sykdom (osteoartritt/artrose). I undersøkelsen presiserte Julsvoll viktigheten av å se på alle dimensjoner av ICF; aktivitetsnivå, funksjonstester (gjespe, tygge, smile, le, pusse tenner, snakke), miljø og personlige faktorer. Videre bør man utelukke mulige differensialdiagnoser som clusterhodepine, temporal artritt, betennelse i glandula parotis, trigeminus nevralgi og herpes zoster, blant flere.



I løpet av foredraget gikk Julsvoll systematisk igjennom undersøkelse og behandling av alle diagnosene som inngår i TMD. Hun viet spesielt mye tid til leddskiveproblematikk og hvordan man må adressere dem ulikt ut ifra om pasienten presenteres med forskyvning av leddskive med eller uten tilbakegang, eller med eller uten begrenset gapeevne. Av behandlingsteknikker ble det blant annet vist mobiliseringsgrep, muskulær behandling og aktive øvelser pasienten selv kan gjøre.

Svimmelhet og balanseforstyrrelser

Dag 2 innledet fysioterapeut Aina Kristin Paulsen fra Ahus kongressen med å ta for seg det svært omfattende temaet svimmelhet og balanseforstyrrelser. I løpet av foredraget ble grunnleggende anatomi i balanseorganet og balansesystemet gjennomgått, samt undersøkelse og behandling med fokus på hvordan vi som terapeuter kan tilnærme oss den svimle pasienten.

Med gode forkunnskaper kan man allerede i anamnesen avdekke en rekke tilstander som kan indikere årsaken til pasientens symptomer. Akutte oppståtte symptomer er f.eks. typisk for de fleste vestibulære sykdommer og hjerneslag. Vertigo (nautisk eller rotatorisk bevegelsesillusjon) er det mest typiske symptomet på vestibulær dysfunksjon. Videre kan også tidsforløpet på symptomene (vedvarende eller anfallsvis) gi oss indikasjoner. Gjentatte anfall av vertigo som varer under 60 sek. og er assosiert med stillingsendring, er som oftest BPPV, mens anfall av minutters til timers varighet kan være vestibulær migrene, angstanfall med transitorisk iskemisk atakk (TIA) eller Menières. Derimot kan kontinuerlig og kraftig vertigo som varer i minst 24 timer og er assosiert med kvalme og ubalanse (kalt vestibulært syndrom (AVS)) være forårsaket av vestibularisnevritt, labyrinthitt, hjerneslag eller multipel sklerose (MS). Det er også viktig å kartlegge utløsende faktorer som stillingsendringer, trykkforandringer, hørselsymptomer og emosjonelle eller sosiale situasjoner. Hørselsymptomer som forvrenging av

lyd, bortfall av hørsel og tinnitus er typisk for Menières anfall, mens svimmelhet utløst av høye lyder eller trykkøkning i kroppen (vasalva) kan være en skade i buegangstaket.

En annen viktig faktor i utredningen er å skille mellom perifer og sentral opprinnelse hos pasienter med kontinuerlig vertigo. Her refererer Paulsen til HINTS-batteriet som består av 3 øyemotoriske tester: 1. Nystagmus undersøkelse, 2. Test av Skew/vertikal skjeling og 3. Hit-hodeimpulstest. Ved mistanke om sentral opprinnelse skal pasienten henvises til videre utredning. Sannsynligheten er høy for at det foreligger en sentral årsak til svimmelheten hvis EN av de følgende funn er til stede:

- Nystagmus som skifter retning med blikkretning (blikkretningsnystagmus)
- Positiv Skew deviation (vertikal skjeling)
- Normal hodeimpulstest

Sannsynligheten for perifer årsak til svimmelheten oppstår hvis ALLE de tre følgende er til stede:

- Nystagmus følger Alexanders lov
- Negativ Skew deviation
- Patologisk hodeimpulstest

Disse testene er mer sensitive for hjerneslag som årsak til akutt vertigo (AVS) enn MR de første 48 timene etter symptomdebut!

I løpet av foredraget fikk alle deltakerne praktisert tester og rehabiliteringsøvelser for blant annet vestibularisnevritt og BPPV. Vestibulær rehabilitering bygger på fire grunnelementer:

1. Øvelser for å forbedre blikkstabilitet (VOR)
2. Øvelser for substitusjon og habituering
3. Balanseøvelser – statiske og dynamiske
4. (Gang)trening, samt reposisjonsbehandling for BPPV

Nyere forskning viser at vestibulær rehabilitering kan være effektivt for pasienter med sentral opprinnelse for svimmelhet som hjerneslag og MS. Det er blant annet vist å kunne

dempe fatigue hos MS pasienter og hjelpe pasienter med mild traumatisk hjerneskade raskere tilbake i normalfunksjon og arbeidsaktivitet.

Kosthold og fettsyrers påvirkning på hjernens funksjon

Vegard Holum, utvikler av en egen maritim omega-3 oljeblending, tok for seg betydningen av kosthold og fettsyrer på hjernens funksjon og på den fysiske helse. Holum innledet foredraget med å fortelle om hvordan maten vi spiser har endret seg igjennom tidene, og at den i dag inneholder få naturlige bakterier, mye karbohydrat og mye flerumettet fett fra plantekilder. Dette er ifølge Holum et kosthold vi ikke er genetisk ment å spise, og som vil kunne påvirke omega-6/3-balansen og derigjennom øke inflammasjonsnivået i kroppens celler.

Omega 6/3 balansen handler om forholdet mellom omega 6 fettsyrer, her arakindonsyre (AA), som har inflammatoriske egenskaper, og omega 3 fettsyren EPA, som har anti-inflammatoriske egenskaper. Forskere mener forholdet mellom AA og EPA bør være 3:1-1:1 for å være i det anti-inflammatoriske området. I dag ligger derimot en gjennomsnittlig nordmann på 15:1. Høyt insulinnivå vil også kunne påvirke balansen mellom AA/EPA negativt. Holum anbefaler at man supplerer daglig kosthold med naturlig, ukonsentrert fiskeolje, som har høyt innhold av EPA-fettsyrer, for å utligne forholdet.

Trening mot tensjonshodepine

Avslutningsvis snakket fysioterapeut og PhD-kandidat Bjarne Kjeldgaard Madsen om fysioterapeutiske undersøkelser og behandlingsstrategier for hodepinepasienter. Han jobber til daglig ved hodepinesenteret i København. Han viser til studier de har utført hvor man ser at pasienter med tensjonshodepine scorer lavere på styrke og motorisk kontroll omkring nakken enn friske, og likeledes hvordan forbedret muskelstyrke i affisert muskulatur kan redusere muskelsmerter og tensjonshodepine. Han viser blant annet til øvelser for dyp cervicale fleksorer og ekstensorer, samt øvre trapezius.