

Fysioterapi mot intercostale smerter

– en kasusrapport

Av Astrid Tarlebø Berg

Spesialfysioterapeut, spesialist i rehabilitering med fordypning i hjerte- og lungefysioterapi MNFF. Klinikk for kliniske servicefunksjoner, St. Olavs Hospital
E-post: astrid.berg@stolav.no

Alle bildene er arrangerte og personen på bildene er ikke identisk med personen i kasusrapporten.

Innledning

De fleste mennesker vil før eller siden kjenne smerter i brystet som, i de fleste tilfeller, er av uskyldig karakter. Vår tids mediefokusering på hjertesykdommer har ført til at oppmerksomheten i stor grad kretser om smerter og reaksjoner som manifesterer seg i brystkassen. Dilemma er spissformulert av dr. Bjertnæs som spør «Når skal vi reagere raskt og hvordan skal vi tolke signalene slik at de riktige tiltakene blir utført?» (Adressa, 2006).

Brystmerter er et av de vanligst rapporterte symptomer i alle oversiktsrapporter fra en generell populasjon i ambulant virksomhet (1). Blant de vanligste årsaker til smertene er hjerte- og lungeproblemer antatt å være de viktigste. Etter at disse områdene er ekskludert, vil vanligvis andre tilstander som affiserer strukturene i og omkring brystveggen komme i betraktning. Store pasientgrupper fortsetter imidlertid å rapportere om smerter i brystet til tross for omfattende undersøkelser uten abnorme funn.

De fleste undersøkelser antyder en forekomst av brystmerter på 10-20 prosent med årsak i muskelskjelettsystemet (1). Innenfor dette området finnes en mengde differensialdiagnoser. Det totale omfang av muskelskjelettrelaterte brystmerter som krever

medisinsk oppmerksomhet er mangelfullt dokumentert. De fleste undersøkelser av insidens er gjort i akutenheter eller i forbindelse med kontroll etter hjerteinfarkt og sier lite om omfanget i allmennpraksis.

Ved søk i databasene EMBASE, CATS, MEDLINE, Cochrane med flere, har jeg ikke kunnet finne studier om fysioterapi som spesifikk behandling av muskelskjelettbedingede brystmerter i klinisk praksis. Flere artikler omhandler derimot behandling av brystmerter generelt ved bruk av tiltak som varme, traksjon, aktive øvelser og TENS.

I klinisk praksis gjennom mange år har jeg erfart at de fleste pasientene med smerter i brystveggen har myoser i intercostalmuskulatur. Kasuistikker basert på egne erfaringer hentyder utløsende årsaker ulikt (2). Smertene kan komme gradvis uten spesifikk utløsende årsak, være utløst av langvarig hoste, fall hvor pasienten tar seg for med en arm eller fra svært smertepregede postoperative forløp etter bypassoperasjon eller thoracotomi.

Respirasjonsmuskulaturens anatomi er sentral i brystregionen og erfaringsmessig en viktig kandidat for brystmerter. Musculus diafragma er hovedrespirasjonsmuskel som står for 75 prosent av ventilasjonsarbeidet og hovedinnerveres av nervus phrenicus (C 3-5). Musculi intercostales externi er inspiratoriske og musculi intercostales interni er ekspiratoriske respirasjonsmuskler. I tillegg kan også pasienter ha smerter fra assessorisk respirasjonsmuskulatur rundt hals og skuldre.

Denne kasusrapporten beskriver dype tverrfriksjoner som behandlingstiltak rettet mot en pasients intercostale smertepunkter. Dype tverrfriksjoner (3) ble valgt fordi det erfares som et nyttig tiltak i klassisk lokalbehandling. Pasienten ble muntlig og skriftlig

informert om kasusrapporten og gav meg skriftlig tillatelse til å formidle hans historie.

Kasusrapport

Pasienten er en 30 år gammel mann med et yrke som medfører en del tunge løft. Han er samboer med barn, ikke-røyker og nyter lite alkohol. Inntil plagene med brystmerter startet for ett år siden var han aktiv og frisk. Han angir at lunge eller hjertesykdommer ikke forekommer hos andre nære familie-medlemmer enn mor som har hatt angina fra 50-årsalderen. Pasienten henvises til meg fra en smerteklinikk ved et sykehus.

Relevante opplysninger fra legejournal

Pasienten henvises til sykehuset fra primærlegen, og han skrives inn på grunn av uttalte smerter i venstre sides thorax. Legene på sykehuset mistenker først lungeemboli etter langvarig hoste med noe purulent ekspektorat, men mest tørrhoste. Dog finner de ikke holdepunkter for en tentativ diagnose og pasienten utskrives. Smertene tiltok deretter i intensitet og var verre ved dyp inspirasjon, tungt arbeid og trening. Han hadde noen episoder med små mengder hemoptyse (blodig oppspytt) og blir så innskrevet på sykehus igjen. Pasienten er sykemeldt og gjennomgår en rekke undersøkelser for å finne årsaken til hans intense smerter.

Røntgen thorax gav usikre funn. Bronchoscopi viste oppvekst av pneumokokker og sparsomt med stafylokoccker. Han ble penicillinbehandlet, men stafylokocckene var resistente. CT-thorax av lungearteriene viste ingen patologi. Der var ingen cardio-pulmonal lidelse. Legene fant etter hvert uttalte thoraxmyalgier på venstre side og et Tietzes syndrom. Sistnevnte er inflammasjon av en eller flere costale benhinner med tydelige

Sammendrag

Kasusrapporten beskriver behandlingsforløpet for en 30-årig mann med langvarig smertesyndrom i thorax. Han fikk 12 behandlinger, en per uke, med dype tverrfriksjoner og standard varmepakning. Etter hvert gjenopptok han gradvis egentrening i form av turgåing, jogging og styrketrening med vekter for overkroppen. Han kom tilbake i full jobb etter å ha vært sykemeldt

i cirka åtte måneder. To år etter avsluttet trening er pasienten fortsatt i full jobb, uten symptomer og i god form. En pågående randomisert kontrollert studie gransker effekten av behandlingen som er beskrevet i denne kasusrapporten for pasienter med smerter grunnet intercostale myoser.

Nøkkelord: Intercostale myoser, smerte, fysioterapi, dype tverrfriksjoner

hevselser superiort. Etter to måneders utredning ble pasienten igjen akutt lagt inn på lungeavdelingen. Han hadde da store problemer ved anstrengelse, betydelige thoraxmyalgier og kraftige hosteanfall som varte til han brakk seg. Tietze-syndromet var da borte, men brystsmertene intercostalt var betydelig verre. Han fikk kortison og antibiotika og ble henvist til gastroskopi. Sistnevnte uten patologiske funn. Fire måneder etter var pasienten til ny kontroll ved lungeavdelingen. Han hadde da smerter i venstre hemithorax og retrosternalt, var ikke i jobb og hadde gitt opp aktiviteter som jogging, styrketrening og bowling. I stedet lå han nå stort sett på sofaen og hostet. Innimellom gikk han til fysioterapi i nærmiljøet. Terapien besto vesentlig av trening i trekkapparat. Han var nå nøye utredet, og sykehuslegene konkluderte med thoraxmyalgier etter langvarig hoste som forklaring på smertetilstanden.

Ved kontroll på sykehusets avdeling for nevrologi og klinisk neurofysiologi en måned senere angav pasienten økte smerter etter fysioterapi. Plagene ble kraftig forverret ved all bruk av venstre arm, ved løping, hopping, hoste og berøring. Pasienten anga ingen sikre lindrende faktorer annet enn å holde seg i ro. Smertene, som initialt var fortil på thorax på venstre side, var nå som et stramt belte rundt venstre og bakre del av brystkassen. Smertene var i perioder så sterke at han synkoperte. Mistankene om flått og allergier ble avkrefet. En rekke blodprøver ble tatt, alle med negativt resultat. Full neurologisk status var uten anmerkning. Pasienten ble så henvist til MR-undersøkelse av medulla og cerebrum. Legene antydte også at spinalvæsken burde undersøkes og skjelettscinigrafi ble foretatt.

Ved ny kontroll fem måneder etter sykdomsdebuten var alle undersøkelser negative, unntatt skjelettscintigrafien som viste oppladning lateralt i 4. costa samt ujevnt opptak i 5. costa, begge på venstre side. Metastaser fra okkulte tumorer ble overveid. Helkropps- og SPECT-scintigrafi ble gjort, og man konkluderte med funn tilsvarende tidligere nevnte 4. costa, muligens etter å ha hostet på seg ribbensfraktur.

Ved ny kontroll på lungeavdelingen seks måneder etter smerteoppstart hadde pasienten fortsatt like store smerter og hadde ikke klart å gjenoppta sitt arbeid. Smertene kom da i bølger eller anfall hvor han ble kaldsvett, kvalm og fikk brekninger. Han var hypersensitiv for letteste overflateberøring av venstre sides thorax. Pasienten ble så sendt til MR-undersøkelse av ribbene og venstre thorax, igjen uten funn. Hans situasjon ble diskutert med nevrolog som antydte neuritt som årsak

til pasientens etter hvert store smerteproblem. Han ble igjen innkalt til ny undersøkelse. Også denne uten abnorme funn.

Etter syv måneder konkluderte legene at pasienten var ferdig utredet. Hans smertetilstand ble forstått som en følge av sterk og vedvarende hoste med mulig costafaktur. Symptomatisk smertebehandling var indisert, og pasienten ble henvist til Senter for smerte og sammensatte lidelser. Da hadde pasienten lite smerter i ro, men den minste bevegelse gav sterke smerter som vedvarte i timer.

Smertene medførte oppkast, og han var svært dårlig mens dette sto på. Tidvis var han også plaget med parestesier i de tre ulnare fingrene på venstre hånd. Undersøkelsen gjorde pasienten raskt så smertepåvirket at han begynte å hoste og den måtte avbrytes. Smertene nå ble oppfattet som nevroatiske og Neurotin ble gitt. Men det gav ingen effekt, på tross av opptrapping. Pasienten hadde tidligere prøvd Morfin, Somadril og Paralgin forte uten effekt.

Etter vel åtte måneder ble pasienten så undersøkt ved Senter for smerte og sammensatte lidelser. Lege, spesialsykepleier og fysioterapeut med spesialkompetanse i manuellterapi deltok. Pasienten oppgav da smerteintensiteten på VAS (visuell analog skala) til et snitt på 5, med 3 i ro og mellom 8 og 9 ved aktivitet. Tallet 9 tilsvarende nær uutholdelig smerte. Han hadde da vært sykmeldt i ni måneder og ønsket inderlig å komme tilbake til jobb og en normal tilværelse. Smertene

beskrev han som stikkende, verkende og betydelig forverret ved aktivitet.

Manuellterapeuten i smerte-teamet fant følgende: betydelig atrofi av muskulaturen på venstre side av thorax ventralt og dorsalt, nedsatt thoraxekspirasjon, lett forstyrret venstresidig scapulae-thoracal rytme og smerter ved bruk av venstre arm. Bevegeligheten av venstre overekstremitet var normal. Videre var bevegelighet i thoracalcolumna lett nedsatt i alle retninger og spesielt mot venstre, mens alle bevegelsene ga smerte i ytterstilling. Pasienten pustet forsiktig og anga smerte ved dyp inspirasjon. Ved segmentell aktiv undersøkelse av thoracalcolumna var bevegeligheten betydelig nedsatt. Rotasjon mot venstre i segmentet Th 5 til Th 10 ga smerter. Ved test av ribbena fant terapeuten nedsatt bevegelighet og smerter fra 5. til 10. costa på venstre side. Ingen videre undersøkelser ble gjort da pasienten ble kvalm, og konsultasjonen måtte avbrytes. Pasienten ble så henvist til meg ved fysioterapiavdelingens poliklinikk.

Initial status, min undersøkelse

Pasienten kommer gående til førstegangs undersøkelse. Samboer kjører ham den vel en timers turen til sykehuset, da han ikke føler seg i stand til å kjøre bil selv. Han beveger seg langsomt og forsiktig og puster høycostalt. Han sier han er oppgitt og sliten etter utallige undersøkelser og langvarig medikamentell behandling med



Figur 1. Pasienten behandles i optimalt avspent stilling i rygg- eller sideleie.

mange bivirkninger og manglende effekt. Forklaringene hans er tydelige og greie. Han uttrykker dyp bekymring for kanskje ikke å kunne få tilbake en normal tilværelse og fortvilelse over smertene som øker ved den minste anstrengelse. Videre gir han tydelig uttrykk for i hele sykdomsforløpet å ha følt at smertene kommer fra brystveggen, men samtidig for ikke å ha fått gehør for dette hos noen instanser utenom ved Senter for smerte. Pasienten har nå begynt på aktiv sykmelding. Dette fordi han ønsker å holde kontakt med jobben, og fordi han mener å bli psykisk ødelagt av å ligge hjemme på sofaen og kjenne på smertene. Han er muskuløs i overkroppen, har antydning til traktbryst, og angir at han alltid har vært armsterk. Jeg unnlater videre undersøkelser for ikke å provosere smerte. I stedet forholder jeg meg til funnene fra smerte-teamet.

Pasienten legger seg forsiktig på benken i rygliggende stilling. Når han roterer trunkus, angir han smerte. Etterpå ligger han anspent med høycostal pust. Dette retter seg noe med en pølle under knærne og flere puter under hodet som gir lett flektert overkropp. Han klarer ikke å løfte armene mot taket i rygliggende stilling på grunn av brystsmarter. Ved min palpasjon med en finger angir han uttalt ømhet over intercostalmuskulaturen i de fleste nivåer på venstre side. Jeg kjenner stramme, strenglignende strukturer.

Første behandling

Han får så min standard behandling for intercostale smertetilstander (4). Jeg tverrfriksjoner forsiktig men dypt intercostalt fortil på brystet i både 4. og 5. intercostalrom, hvor smertene er mest intense (figur 1). Dette gjør jeg etter grundig å ha forklart pasienten sammenhengen mellom langvarige muskelspenninger og smerter. Jeg anslår at slike tilfeller ikke nødvendigvis er noen varig tilstand, samt at jeg har lang erfaring med behandling av denne type smerter, for slik å gi ham tro på at han kan få hjelp. Behandlingen går ut over pasientens smertegrense, men ikke over toleransgrensen. Pasientens reaksjon på behandlingen følges nøye underveis, og han blir bedt om å si fra dersom det blir for vondt.

Etter 15 minutters behandling med tverrfriksjoner, lette strykninger og basale respirasjonsøvelser, avsluttes behandlingen da pasienten ikke lenger klarer å ligge på ryggen. Han snur seg over på siden og setter seg opp med noe hjelp, blir så uvel, kvalm og svimmel, men unngår å kaste opp. Etter å ha fått vann blir han sittende en stund under min overvåkning, før han reiser seg støttende på knærne. Han klarer ikke å rette seg helt ut



Figur 2. Dype tverrfriksjoner utføres ved bruk av peke- eller langfinger. Eventuelt kan man stabilisere med en finger over den andre for å skåne distale interphalangealledd.

i stående, men går med columna flektert og lateralflektert til venstre bort til bilen. Samboeren kjører han hjem, fordi han erfaringsmessig blir kvalm og uvel etter behandling og undersøkelser.

Andre behandling, første uke

Pasienten kommer til ny behandling etter en uke. Han kjører da bil selv og rapporterer umiddelbar effekt av behandlingen i form av lettere respirasjon og mindre smerte. I forhold til pasientens utgangspunkt og langvarige smerteproblematikk er dette overraskende, både for meg og pasienten.

Jeg behandler ham i høyre sideliggende med stor pute under hodet og mellom knærne for mer avspent utgangsstilling (figur 2). Tverrfriksjonerer dypt i 5., 6. og 7. intercostalrom i området rettlinjert ned fra venstre axille, fordi pasienten angir at smertene er sentrert der. Han tolererer behandlingen godt nå og blir ikke uvel eller kvalm, selv om behandlingen er ubehagelig. Han blir instruert i dyp, basal respirasjon og gjør scapulamobiliserende øvelser. Dernest masserer jeg kanten av musculus latissimus dorsi som er stram og øm. Avslutningsvis ligger pasienten med varmpakning for avspenning og termisk effekt. Han uttrykker forsiktig optimisme i forhold til sine smerter, og angir dette tiltaket som det første som retter seg mot hans hovedproblem.

Sjette behandling, femte uke

Etter endte fem behandlinger, en gang per uke, jobber pasienten hver dag i aktiv sykmelding. Han har startet forsiktig å gå turer og trene med lette vekter, og rapporterer at han tolererer dette bra. Søvn er blitt bedre, og han har avsluttet all medikamentbruk. Han tolererer stadig dypere tverrfriksjoner, kan puste fritt basalt og flektere armene fullt uten smerter. Videre har han ikke hatt kvalmeanfall eller andre symptomer siste uke. Dog hoster han fremdeles av og til og klarer ikke å løfte tungt med venstre arm. Ellers angir han å fungere ganske bra i det daglige, både på jobb og i fritid.

Åttende behandling, syvende uke

Etter syv behandlinger er pasienten fortsatt i jobb på aktiv sykemelding. Han klarer nå å løfte tyngre ting over hjertehøyde (figur 3). Forteller at han fikk stikkende smerter i thorax etter en spesielt aktiv dag på jobb. Smertene var da mest intense ved dyp inspirasjon. Jeg gav da åttende behandling med dype tverrfriksjoner i 3., 4. og 5. intercostalrom, etterfulgt av varme. Pasienten anga å være helt symptomfri rett etter dette. Dernest ble han instruert i aktive øvelser med nedtrekk for armene, 20 repetisjoner x 4 serier. Pasienten benytter treningsutstyr hjemme. Han blir satt opp til ny time en uke etter, for vurdering sammen med min kollega fra Senter for



Figur 3. Pasienten kan heve armene uten smerter etter kort tids behandling.

smerte og sammensatte lidelser. Sistnevnte er samme manuellterapeut som undersøkte pasienten to måneder tidligere.

Reevaluering på smertesenteret

Jeg siterer fra manuellterapeutens undersøkelsesjournal: «Finner en pasient i bedring og som fungerer svært mye bedre i dagliglivet. Ved undersøkelse finner man god bevegelighet i hele thoracalcolumna og ingen tegn til nedsatt bevegelighet i ribbe-hvirvel forbindelsene. Atrofien, som var tydelig rundt venstre skulderblad, har normalisert seg. Pasienten har intet ubehag ved undersøkelsen, og det er en enorm forskjell fra forrige undersøkelse. Han har normalt respirasjonsmønster, og dype innpust er ikke smertefulle. Det ble utført en manipulasjon av segmentene Th 6 til Th 8 som slipper greit. Ikke behov for ny kontroll ved Smertesenteret.»

Pasienten fikk ikke ubehag etter denne undersøkelsen i motsetning til ved første undersøkelse. Han følte seg nå myk og fin i overkroppen og var styrket i troen på å bli helt bra. Pasienten har begynt å jogge igjen og var ute i halvannen time et par dager etter nevnte undersøkelse uten å få symptomer. Nå tar han ferie og begynner i full jobb etter den. Vi avtaler ny time om en måned på grunn av min ferieavvikling. Ved akutt behov i min ferie tilbys pasienten å kontakte smertesenteret og manuellterapeuten som han kjenner

fra før. Dette føler pasienten er trygt, og han uttrykker takknemlighet.

Ved ny kontakt etter en måned har han vært i full jobb i vel fire uker og fungerer tilnærmet normalt. Han trenger ikke å reservere seg i jobben, selv i situasjoner med høye løft eller statisk arbeid. Dog har han kjent antydning til stikking i venstre flanke enkelte ganger, men dette har ikke manifestert seg. Han kjenner på kroppen at han har vært inaktiv siste året, men klarer nå gradvis å trene seg opp i egen regi. Pasienten planlegger nå rypejakt og gleder seg. Parestesiene i fingrene er borte.

Også ved denne konsultasjonen tverrfriksjonerer jeg dypt intercostalt på venstre flanke. Jeg finner tilnærmet normale strukturer, og pasienten angir ingen smerter. Imidlertid høres han fortsatt tett ut og snakker nasalt. Han angir fremdeles å føle seg tett, har mye slim og hoster og harker noe. Tettheten anser han som utløsende årsak til smerteproblemet som startet for cirka ett år siden. Han er redd for at det skal blusse opp igjen, og undres om han likevel er allergisk mot noe i arbeidsmiljøet, selv om dette er utredet med negativt resultat.

Sluttstatus

Etter 12 behandlinger i løpet av tre og en halv måned er pasienten i full jobb, har tatt opp tidligere aktiviteter som jogging og styrketrening og bowling, sover godt og er svært glad for å være i normal funksjon igjen. Han gir uttrykk for trygghet over å ha fått god innsikt i årsakssammenhengen mellom lang tids muskulære spenninger og smerter. Etter manipuleringen av øvre del av thoracalcolumna føler han ikke lenger at noe er galt i det området.

Jeg målte smerte med VAS tre ganger. Ved oppstart, etter to måneder og ved siste behandling. Det ble registrert: nåværende smerte, gjennomsnittlig smerte siste 14 dager og verste smerte i løpet av de siste 14 dager. På VAS tilsvarer tallet 1 ingen smerte, mens 10 angir utholdelig smerte.

Registrerte VAS-skårer:

1 x (ved behandlingsstart):	6-4-9
2 x (etter to måneder):	2-2-2
3 x (etter tre og en halv måned):	1-1-1

Pasienten fikk tilbud om å ta kontakt ved behov, og vi avsluttet etter 12 behandlinger. Kopi av fysioterapijournal ble sendt alle impliserte aktører. Etter åtte måneder tok jeg kontakt med pasienten. I tiden som fulgte hadde han ikke hatt kontakt med sykehuset, var fortsatt i full jobb og aktiv i fritiden. Han hadde ingen symptomer fra thorax, men var fortsatt tett i nesen med mye slim i luftveiene. Fremdeles hostet han og følte seg sliten. Han hadde ikke kontaktet verken primærlegen eller sykehusets lungeavdeling, da han ikke trodde de kunne tilby mer hjelp. Ei ville han bry meg.

Med pasientens samtykke tar jeg så kontakt med overlegen ved lungeavdelingen angående en spirometriundersøkelse. Etter kort tid ble spirometri- og metacholintest utført. Sistnevnte er en provokasjonstest for å undersøke om luftveiene er hyperreaktive. Pasienten hadde ved spirometri et fall på 20 % i FEV (forsert ekspiratorisk volum) på en kumulativ dose Metacholin à 817 mikrogram. Legene konkluderte derfor at han hadde en bronkial hyperreaktivitet og at det var en sannsynlig utløsende årsak til den vedvarende hosten. Han fikk astmamedisin for inhalering morgen og kveld. Dette skulle han bruke i tiden fremover, sannsynligvis i inntil ett år og kanskje lenger. Han ble ikke satt opp til flere kontroller ved sykehuset.

Diskusjon med sluttrapport

I skrivende stund er det gått to år siden siste behandling hos meg, og pasienten er i god form og uten symptomer fra thorax eller luftveiene. Seks måneder etter siste test på sykehuset sluttet han med all medisin.

Metoden dype tverrfriksjoner ble valgt fordi det erfaringsmessig er en god teknikk for behandling av stram muskulatur. Spesielt gjelder det for intercostalmuskulaturen som har kort avstand mellom utspring og feste. Ettersom det er så trangt på behandlingsstedet, er det vanskelig og komme dypt ned i muskulaturen på annen måte.

Vevstrykket og behandlingsintensiteten mener jeg hele tiden må justeres etter pasientens reaksjon på behandlingen. Hovedmålet er å redusere smerten, for derved å normalisere respirasjon. Bunkan og Schultz (5) hevder at skadede muskelceller endrer sin biokjemi slik at nociseptorer reagerer. I musklene er det særlig ischemi som kan gi smerte (6). Det kan dannes myofasciale

triggerpunkt definert som «et hyperirritabelt fokus i en muskel eller dens fascie som forårsaker smerte» (6). Smerten er der i hvile eller ved bevegelser som strekker eller belaster muskelen og triggerpunkter kan palperes som knuter eller strenger i muskelvevet.

Denne pasienten var gjennom en lang rekke undersøkelser ved ulike sykehusavdelinger. Han opplevde at fokus ikke var på det han selv mente var problemet, og at han gjennom hele forløpet måtte stå på selv for å komme videre. Han anser seg selv som en ressurssterk person, men ble likevel utslitt av å forholde seg til stadig nye aktører med stadig nye tiltak som gav til dels sterke bivirkninger. Det er kjent at intercostale smerter kan være så intense at pasientene mistenkes for å ha hjerteinfarkt eller alvorlig lungesykdom. I de fleste tilfeller burde det likevel være enkelt å undersøke thorax på et tidlig stadium. I dette tilfellet burde nok en prøvebehandling vært igangsatt på et tidligere tidspunkt. Men ved muskulære smerter i thorax kan det dessverre synes som om at helsepersonell har tradisjon for å gi pasienten beskjed om at tilstanden ikke er alvorlig og at de må lære seg å leve med smertene. Fysioterapeuter bør promotere og ta seg av tverrfriksjonsbehandlingen i disse tilfellene.

Bunkan og Schulz (5) mener at årsakene til pasienters plager kan finnes perifert i skadet eller irritert vev, på ryggmargsnivå, eller sentralt i individenes opplevelse av situasjoner. Gjennom mange års behandling av intercostale smerter erfarer jeg at mange pasienter kan hjelpes med dype tverrfriksjoner.

Metoden synes effektiv, og virkningen kan være slående, gjerne bare etter få behandlinger – som for denne pasienten.

En pågående randomisert kontrollert studie ved St. Olavs Hospital sammenligner to ulike tiltak ved intercostale smertetilstander. Eksperimentbehandlingen er standard varmpakning og dype tverrfriksjoner, mens kontrollbehandlingen er bare varmpakning. Det inkluderes fortsatt pasienter, og jeg har hittil inkludert 22 av de planlagte 30 pasientene. Resultatene fra studien foreligger forhåpentligvis i løpet av 2007.

Kasusrapporten baserer seg delvis på en tidligere artikkel (2) som er tilgjengelig på www.fysioterapeuten.no. Behandlingsprosedyren «Dype tverrfriksjoner som behandlingstiltak ved intercostale smertetilstander» (4) fås ved forespørsel til artikkelforfatter per e-post.

Litteratur

1. Shepard M, Cooper B, Brown AC, Kalton G: Psychiatric illness in general practice. Oxford: Oxford University Press; 1966.
2. Berg AT. Fysioterapi ved intercostale smertepunkter Fysioterapeuten 2001; 8: 11-4.
3. Cyriax J: Textbook of Orthopaedic Medicine: diagnosis of soft tissue lesions. London: Balliere Tindall; 1975.
4. Intercostale myoser, fysioterapi oppfølging. Prosedyre ved Fysioterapiavdelingen ved St. Olavs Hospital HF. Tilgjengelig via e-post til forfatter.
5. Bunkan BH, Schultz CM: Medisinsk massasje. Oslo: Universitetsforlaget; 1991.
6. Wall PD, Melzack R: Textbook of pain. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1984.

Abstract

This case study describes the treatment of a 30 year old male with a long history of chest wall pain due to intercostal myosis. He received 12 treatments, once per week, of deep friction massage towards tender points in intercostal muscles, followed by a standard heat-pack. Gradually he regained physical training such as walking, jogging and weightlifting for the upper body. He also returned to work after being on sick-leave for more than eight months. After two years he reports well-being, having no symptoms and are working full time. An ongoing randomised controlled trial is scrutinizing the effect of the treatment described in this case report for patients with pain due to intercostals myosis.

Key words: Intercostal myosis, pain, physiotherapy, deep friction massage

Fagaktuelt på Fysioterapeutens nettsider

Fagredaktør legger med jevne mellomrom ut korte sammendrag av aktuelle studier og kunnskapsopsummeringer på våre nettsider for Fag og vitenskap. Dette finner du under «Aktuelt» på www.fysioterapeuten.no/fag. Her finner du også lenke til hele studien eller den publiserte artikkelen som Fysioterapeutens sak er basert på.

De siste sakene lagt ut i 2006 var:

- Diagnostisering og behandling av nakkeslengskader.
- Evidens for fysioterapi og ergonomi ved nakke og overekstremitetsplager?
- Fysioterapi for lateral epikondylitt gir best langtidsresultat.
- Sjokkbølger effektivt mot seneforkalkning.

Hva finner du ellers på Fysioterapeutens fagsider?

- Alle fagartiklene som er publisert i Fysioterapeuten.
- Lenker til aktuelle databaser og tidsskrifter.
- Oversikter over doktorgrader, hovedfag og mastergrader.
- Retningslinjer for publisering av artikler i Fysioterapeuten.

Slik finner du Fysioterapeutens fagstoff på nettet:

www.fysioterapeuten.no - klikk på «Fag og vitenskap» i menyen på høyre side, eller direkte via nettadressen: www.fysioterapeuten.no/fag
Spørsmål og tips kan sendes til fagredaktor@fysio.no