



Artikel fra Fysioterapeuten nr. 18, 2009

Fysioterapeuten

Hovedpinen forsvandt efter behandling ud fra Mulligans principper

skrevet af Fysioterapeut Josef Andersen, mulligan.dk@gmail.com. Foto: Henrik
Frydkjær og privat - 04.11.2009 3

I artiklen beskrives en case med en ung kvinde, der har lidt af kronisk hovedpine i 13 år. På baggrund af anamnese, undersøgelse og klinisk ræsonnering beskrives den behandling, der gjorde kvinden symptomfri.



Kronisk hovedpine påfører samfundet store socio-økonomiske omkostninger (1,2). For dem, der lider af hovedpine, har det ikke blot økonomiske konsekvenser, men går ud



over arbejde, fritid og livskvalitet (3,4), og især mennesker med kronisk hovedpine viser typisk symptomer på depression og angst (5,6).

Fysioterapeuter inden for det muskuloskeletale område tilbyder behandling af hovedpine, der skyldes dysfunktion i bevægeapparatet (7,8). Selv om håndteringen af denne patientgruppe hviler på en omhyggelig klinisk ræsonnering, vil nogle patienter med hovedpine være en stor udfordring. Det skyldes blandt andet, at mange af symptomerne er gennemgående i flere forskellige former for hovedpine, at patienterne ofte lider af mere end én form for hovedpine (9,10,11), og at hovedpineklassifikationen ikke nødvendigvis er optimal til at differentiere mellem diverse hovedpineformer (12,13,14).

Manuel og fysioterapeutisk behandling af hovedpine har hidtil været baseret på omstridt evidens (15,16,17,18,19,20,21), men resultaterne fra senere studier tyder på, at manuel terapi har en rolle i behandlingen af hovedpine (18,22,23,24,25,26).

En af de metoder, som benyttes af muskuloskeletale fysioterapeuter og som på det seneste har påkaldt stigende opmærksomhed, blev beskrevet af den new zealandske fysioterapeut Brian R. Mulligan (24,25,26,27).

Brian Mulligans tilgang til behandling af hovedpine og nakkerelaterede problemer baserer sig primært på empirisk evidens og bygger på årtiers erfaringer med manuel terapi til blandt andet patienter med hovedpine (27).



I denne artikel introduceres klinisk ræsonnering med

inddragelse af Mulligans undersøgelses- og behandlingsmetode. Jeg bruger Mulligans teknikker som et integreret led i undersøgelsen og oftest som en behandlingsmetode eller en del af den samlede behandling.

Følgende case beskriver undersøgelse og behandling af en ung kvinde med kronisk hovedpine. Behandlingen bestod udelukkende af almen information og Mulligans metode. En enkel teknik (CO/1 mobilisering), som jeg har udviklet, er beskrevet i denne artikel for første gang. Teknikken tager udgangspunkt i Mulligan-metoden. På side 12-13 kan man se de enkelte greb, der anvendes i casen og læse en kort præsentation af teknikkerne.

Denne artikel giver en overordnet beskrivelse af forløbet. På [fysio.dk](https://www.fysio.dk) bringes en længere version af samme case med flere detaljer i både undersøgelse, ræsonnering og behandling.

Ung kvinde med hovedpine

En 22-årig kvinde, der har lidt af intermitterende hovedpine, siden hun var ni år, henvender sig i klinikken. Kvinden har været i løbende behandling hos fysioterapeut, har forsøgt kiropraktor og håndkøbsmedicin, der dog kun hjalp kortvarigt. I gymnasietiden og på universitetet fik hun hyppigere og værre anfald af hovedpine, men har opgivet at

finde en behandling, der kan hjælpe hende. Kvindens hovedpine har fået alvorlige konsekvenser for hendes karrieremuligheder og har begrænset hende ikke kun i forhold til studierne, men også til fritidslivet. Hun fik diagnosen migræne af en neurolog, som ordinerede migræne medicin og anden medicin, som havde kortvarig effekt.

Fra begyndelsen af 2008 havde kvinden dagligt hovedpine. Efter seks måneder måtte hun opgive sit studie og valgte at blive sekretær i en virksomhed.

En neurolog henviste hende til behandling på et hovedpinecenter, hvor hun blev optaget i august 2008. En omfattende medicinsk undersøgelse førte til en verificering af migrænediagnosen. Hun fik ordineret adskillige piller blandt andre deles således: blodtryks-regulerende for at forebygge migræneanfald. Kvinden tog den ordinerede medicin i fem måneder med positiv effekt de første to måneder.

En cykelulykke forværrede hendes hovedpine, hvorefter medicinen ikke længere havde effekt. I februar 2009 besluttede kvinden at kontakte mig for en udredning.

Første kontakt

Kvinden fortalte, at hun havde konstant hovedpine af variabel intensitet. I gennemsnit var hovedpinen på 7/10 VAS og var aldrig på 0/10 VAS. Hovedpinen var unilateral eller bilateral med højredominans, men patienten kunne ikke være sikker på, at hovedpinen holdt sig til en bestemt side i det samme anfald. Hovedpinen startede i nakken og bredte sig til tindingen med trykken rundt om enten begge øjne eller kun det ene.

Patienten havde hovedpine, når hun vågnede, og det hjalp ikke på hovedpinen, at hun sov; tværtimod. Hun beskrev to former for hovedpine: migræne med forudgående synsforstyrrelser og den kroniske hovedpine, som hun anså for at være den værste, fordi den var der hele tiden. Hun led af migræne to eller tre gange om ugen. Hovedpinen var ikke associeret med lyd- eller lysfølsomhed eller symptomer, der kunne hidrøre fra vertebrobasilære forstyrrelser. Hendes syn blev sløret i forbindelse med hovedpinen. En synsprøve viste intet abnormt. Hendes generelle fysiske tilstand var god.

Patienten kunne ikke identificere bevægelser eller udgangsstillinger, der forværrede eller lettet symptomerne; hun var klar over, at hun havde en uhensigtsmæssig holdning i siddende stilling. Hovedpinen blev ikke værre under fysisk aktivitet som cykling, gang, trappegang eller motion. Hun mente ikke, hun var stresset af sit studie eller arbejde, men at hovedpinen stressede hende.

Cervikalcolumna var ikke tidligere grundigt undersøgt. Hun havde fået anvist retraktionsøvelser (McKenzie), som hun holdt op med, da de forværrede symptomerne.

Da patienten demonstrerede øvelserne, viste det sig, at hun ikke udførte dem efter McKenzies forskrifter.

Se video:

På Fag & Forskning kan du læse om Josef Andersens behandling af en skulderskaded patient og se videoklip af selve behandlingen

Læs historien

Patienten var overraskende realistisk, når hun skulle forholde sig til hovedpinen og sine forventninger til behandlingen.

Hun havde ikke de store forventninger efter at have konsulteret adskillige gode neurologer og fysioterapeuter. Kvinden ønskede blot en forklaring på, hvorfor hun havde hovedpine, og hvorfor den blev værre med tiden.

Klinisk ræsonnering

Denne case illustrerer, hvor komplekst hovedpine kan manifestere sig. Der er oplysninger i casen, som begrundet behovet for en manuel terapeutisk undersøgelse og andre, som støtter det modsatte.

Bekræfter behovet for muskuloskeletal udredning:

- Begrænset effekt af medicinsk behandling.
- Udredning og behandling har ikke taget højde for, at nakken eller traume kunne være årsag til symptomerne. En traumatisk årsag kan derfor ikke udelukkes.
- Forværring af symptomer efter at have sovet og ingen forværring ved fysisk aktivitet er ikke typisk for migræne.
- Pt. oplever, at den kroniske hovedpine kommer fra nakken.

Afkræfter muskuloskeletal hypotese:

- Der var ordineret medicinsk behandling af neurolog. Baggrund for medicinering kender jeg ikke.
- Styrken af hovedpine og aura før anfald af hovedpine er typisk for migræne.
- Effekt af medicinsk behandling af migræne i starten.

Det er desuden værd at bemærke, at arbejdets karakter, computerarbejde og kognitive krav kan være med til at fastholde hovedpine, hvilket patienten dog afkræfter.

Studieophør havde ikke positiv effekt på symptomerne.

Forværringen efter cykelulykke peger ikke på én specifik diagnose, men mange trafikofre får de første migrænesymptomer i forbindelse med uheldet. Patienten benægter, at stress har en betydning.

Fysioterapeutens information til patienten

Patienten fik følgende informationer:

"Jeg er ikke sikker på, at manuel terapi kan hjælpe dig, da du har haft hovedpine længe, og vi ikke kender årsagerne til symptomerne, der kan være neurologisk betingede. I dit tilfælde kan der være god grund til at gå videre med en uddybende undersøgelse, da det kunne tænkes, at nakken kan være årsagen til problemerne".

Patienten fik at vide, at hun ikke nødvendigvis kunne forvente en afklaring eller forbedring som følge af den videre undersøgelse og eventuelle behandling.

Undersøgelse

For at screene det muskuloskeletale system for dysfunktion blev der anvendt metoder, der er beskrevet af G. D. Maitland, Watson, Grant, Janda, Jull, Elvey og Butler. Herudover blev patienten undersøgt ifølge B.R. Mulligan.

Den overordnede kliniske ræsonnering, som jeg typisk anvender, er beskrevet af Jones & Rivett (32). Der henvises til en overordnet beskrivelse af den kliniske ræsonnering med udgangspunkt i artiklerne skrevet af Inge Riis m.fl. og Anders Skov i Fysioterapeuten nr. 11 2009, side 8-21.

Primære fund ved den fysisk undersøgelse

Kvinden havde en sammensunken holdning og havde svært ved at opretholde en smertefri og hensigtsmæssig holdning. Der var klare tegn på nakkedysfunktion, specielt i forbindelse med aktiv højrerotation og ekstension. Der var specifik ømhed ved palpation på flere cervikale niveauer; stærkeste reaktion ved højre C0/1-C2/3 og centralt C6-T1. Palpation af højre C1/2 øgede den velkendte hovedpinefølelse.

Kvinden havde svært ved at isolere de dybe nakkemusklerved Cranio Cervical Fleksion Test (CCFT)(22), og der var svage tegn på neural affektion ved Passive Neck Flexion Test (PNF). Neck Flexion Rotation Test (FRT)(24) var positiv, rotation til højre var ca. 15 grader, normal rotation til venstre (ca. 40+ grader). Der var ingen tegn på vertebrobasilær involvering og ingen specifikke tegn fra kæbeledet. Sensomotorisk system blev ikke testet.

Supplerende undersøgelse

Headache SNAG førte til reduktion af hovedpine fra 7/10 til 5/10 efter et forsøg på 20 sekunder. NAGS i ca. 60 sekunder på C3- C7 førte til en subjektiv lettelse af muskulære spænding. Et forsøg med Reverse NAGS i ca. 60 sekunder på C7-T3 gav også lettelse i den muskulære spænding, der også kunne mærkes, når kvinden skulle opretholde en god holdning i den siddende stilling.

Ræsonnering

Beskrivelsen af min undersøgelse viser, hvordan Mulligans koncept kan integreres. Mulligan-teknikkerne bruges kun én gang i slutning af undersøgelsen for at teste en potentiel effekt.

Undersøgelsesfund støtter i denne case klart antagelsen om nakkeinvolvering. Sammenhæng mellem de subjektive informationer og de fysiske tegn tyder på, at der er tale om hovedpine, som enten skyldes muskuloskeletal dysfunktion, eller at hovedpinen fører til dysfunktioner.

Disse fund (subjektive og objektive) fører til følgende behov på kort sigt:

- Vejledning og forklaring: sammenhæng mellem holdning, smerte, nakke og hovedpine.
- Fysioterapeutens og klientens rolle i forløbet.
- Øvre cervikal rotation til højre skal forsøges genoprettet.
- Smertereduktion i afficerede led og eventuel reduktion af hovedpine.
- Specifik genoptræning eller stimulering af muskulære kontrol.
- Neurologen kontaktes ved behov for samarbejde om problemet.

Overordnet mål

Det overordnede mål var, at kvinden blev smertefri og vendte tilbage til arbejde og fritidsliv, hvis det var muligt. Kvinden var aktiv med til at opstille mål, der blev justeret løbende, i takt med at hun fik det bedre.

Læs mere om de anvendte teknikker

Behandling den første dag

Bevægeligheden i C1/2 i rotation mod højre havde førsteprioritet, da hovedpine ofte relateres til dysfunktion i netop dette segment. Jeg vurderede på baggrund af responsen i undersøgelsen, at headache SNAG kunne anvendes til at dæmpe hovedpinen, og at kvinden skulle arbejde med muskulær kontrol og holdning.

Enkle forklaringsmodeller blev brugt til at øge patientens forståelse af fundene og deres betydning for det videre forløb, og jeg opstillede små men veldefinerede behandlingsmål og -strategier. Jeg sørgede løbende for at informere patienten om formålet og den forventede virkning af teknikkerne.

Fem gentagelser med HA SNAGS, 30 sekunder pr. sæt reducerede hovedpinen fra 5/10 til 0/10. Tre gentagelser med NAGS (C3-C6) efterfulgt af tre gentagelser med Reverse NAGS (C7- T3), i gennemsnit 60 sekunder pr. gentagelse. Re-test viste en klar forbedring i patientens evne til at korrigere holdningen i nakken, uden at der opstod gener.

Sidst i behandlingen fik kvinden vejledning om det videre forløb, og vi gjorde status over forløbet indtil videre. Patienten blev opfordret til at tage på arbejde de næste dage, hvis hun magtede det.

Anden behandling – tre dage senere

Kvinden blev smertefri efter første behandling og vågnede næste dag uden hovedpine. Hovedpinen vendte tilbage i løbet af næste dag og var mere intens - 8/10 VAS. I de tre dage mellem behandlingerne svingede hovedpinen mellem 0/10 - 8/10. Patienten var overrasket over forandringen, og at hun oplevede flere smertefri perioder. Det var første gang, hun oplevede smertereduktion som respons på en given behandling. Hun kunne nu gennemføre holdningskorrigerende øvelser uden smerte. Disse øvelser virkede dæmpende på den muskulære smerte.

Patienten var også tydeligt begejstret for, at der måske alligevel var en forklaring på hovedpinen. Hendes hovedpine var på dagen 6/10, hvilket, hun mente, skyldtes, at det var hårdt at komme på arbejde efter en sygdomsperiode.

Min undersøgelse kunne bekræfte patientens forklaring. Hun var bedre til at korrigere holdningen og var klart mindre følsom ved palpation. Hendes nakkebevægelighed og andre fund var uændrede.

Behandlingen blev gentaget som på førstedagen: tre gentagelser med Headache SNAG, der førte til reduktion af hovedpinen fra 6/10 til 0/10. En gentagelse af NAGS og Reverse NAGS førte til yderligere reduktion i smerte og spænding i øvre thorakale columna.

Der blev suppleret med tre sæt af C1/2 SNAG mod højre med umiddelbar ændring i aktiv rotation. FRT viste nu kun en deficit på 10 grader i rotation mod højre i sammenligning med venstrerotation. Hun var klart overrasket over den lethed, der var, i

rotationen til højre, men bemærkede, at hun stadigvæk følte sig lidt stiv i den cervico-thorakale overgang.

Til slut blev C1/2 rotation SNAG gentaget, samtidig med at patienten selv aktivt øgede rotationen i den sidste del af den smertefri rotationsbevægelse til højre (overpres). Dette førte til, at højre- og venstrerotation blev ens, målt på FRT.

Jeg afsluttede med at forklare patienten sammenhængen mellem dysfunktion i nakken og hovedpinen, hvorefter der blev gjort status på dagens behandling. Patienten blev opfordret til at fortsætte holdningskorrektionsøvelser foran spejlet få minutter om dagen. Hun blev forsikret om, at prognosen ser ud til at være mere lovende end først antaget.

Tredje behandling – syv dage senere

Hovedpinen var i forbindelse med tredje behandling på 0/10 på VAS og med en intensitetsmargin på 0/10-3/10. Undersøgelsen viste, at patientens bevægelighed i nakken var normal, og at kvaliteten af bevægeligheden også var tilfredsstillende. PNF-test var negativ og holdningskorrektur var ikke længere et mål for behandlingen. CCFT var stadigvæk positiv, og i forbindelse med FRT var der et deficit på 10 grader.



I forbindelse med behandlingen afprøvede jeg

Kvinden lærte at behandle sin hovedpine med en øvelse, der brugte teknikken fra HA SNAG. Ved at fiksere C2 med kanten af håndklædet, kan kvinden ved aktivt at trække hovedet bagud mobilisere C2 i ventral retning.

mobiliseringsteknikken C0/1, da den har vist sig at være effektiv til at korrigere for manglende stabilitet og deficit i C1/2-rotation. Det er min erfaring, at C0/1-dysfunktion påvirker de stabiliserende dybe muskler og forstyrrer glidning i C1/2.

Tre gentagelser af C0/1 kombineret med øvre nakkeflexion og -ekstension i liggende stilling sænkede aktiviteten mærkbart i de overfladiske muskler under nikkebevægelse. Jeg gennemgik de dybe nakkeflexorer og -ekstensorers rolle som stabiliserende

muskler. Derudover blev patienten opfordret til at gennemføre HA SNAG-hjemmeøvelse for at forebygge hovedpinen (se foto).

Fjerde behandling – syv dage senere

Patienten fortalte, at hun kun havde oplevet få og korte episoder med mild hovedpine efter sidste behandling. På fremmødedagen havde hun været fri for hovedpine, indtil hun blev overrasket af en svær episode (7/10), mens hun var på arbejde. Episoden varede højst fem minutter. Hun indrømmede, at hun ikke gad lave hjemmeøvelserne, fordi hun følte, at hovedpinen kun i allerværste fald var 1-2/10 og varede så kort tid, at det var uden betydning for hende. Hun havde ingen gener eller smerte i de tidligere beskrevne områder ved palpation, og alle relevante test viste, at alle forhold var tæt på normale fund. Vi blev derfor enige om at se tiden an i to uger for at se, om disse ændringer holdt.

Vi blev i forbindelse med en telefonopfølgning ti dage senere enige om, at der nu ikke var længere behov for behandling. Kvinden led ikke længere af hovedpine eller migræne. Hun var lykkelig og glad og kunne leve et normalt liv.

I dag et halvt år efter vi afsluttede forløbet, er kvinden stadig smertefri og er ikke længere generet af nogen form for hovedpine. I en mail har hun fortalt, at hun har fået sit liv tilbage, kan gå på arbejde og ud med sine venner uden at være bange for at skulle melde fra på grund af hovedpine.

Diskussion

En case som denne har selvfølgelig visse begrænsninger, dels fordi ord har svært ved at beskrive det faktuelle forløb til fulde, dels fordi der ikke blev anvendt valide måleredskaber at holde behandlingsresultatet op imod.

Mulligans hypotese er enkel: hvis hovedpinen kan ændres ved at påvirke de øverste segmenter i cervikalcolumna, må årsagen til hovedpinen søges her. Denne case er således et eksempel på, at man i for høj grad har støttet sig til en usikker migrænediagnose frem for at søge årsagerne til problemet i det muskuloskeletale system.

Det Internationale Hovedpine Selskab (IHS) har for længst anerkendt nakkedysfunktioner som direkte eller indirekte årsag til ofte forekommende hovedpine (28,29), hvilket understøttes af adskillige anatomiske og eksperimentelle studier (14,30).

Foredrag fra IFOMT-kongres i Rotterdam i 2008 og på Fagfestivalen i Odense i 2009 samt flere litteraturstudier tyder på begrænset eller tvivlsom evidens af manuel terapi til

behandlingen af hovedpine(31).

Hvis vi som fysioterapeuter skulle følge den eksisterende evidens, ville vi blot have en minimal rolle i behandling af hovedpine. Men der er enkelte højkvalitetsstudier (22,26), der set i sammenhæng med klinisk erfaring, peger på, at der er belæg for manuel terapeutisk behandling for cervikogen hovedpine. Andre studier har til gengæld vist overraskende effekt af manuel terapi på spændingshovedpine og migrænehovedpine (31).

Videnskabeligt funderet evidens vil derfor i bedste fald kun kunne give overordnede retningslinjer for praksis (33). Dette er velunderstøttet af et kvalitativt studie foretaget af Grant og Nier blandt muskuloskeletale fysioterapeuter, som jævnligt arbejder med hovedpinepatienter (34). Når klinikerer ikke udelukkende kan basere sine valg ud fra eksisterende evidens, bliver det nødvendigt at supplere den systematiske kliniske ræsonnering med viden fra egne erfaringer og empiriske evidens.

Studier fra 2009 støtter mine kliniske antagelser angående potentialet i Mulligans tilgang i behandling af hovedpine og nakkerelateret svimmelhed (25,26).

Fysioterapeuter, osteopater, kiropraktorer og læger opfordres derfor til at lære og inddrage disse teknikker i den muskuloskeletale udredning af hovedpine, specielt i forhold til patienter, som er svære at diagnosticere.

Den aktuelle case vidner om svagheden i den generelle tilgang til undersøgelse og behandling af hovedpine. For stort fokus på egne "favorithypoteser og -diagnoser" og manglende test af modstridende hypoteser er en velkendt fejl i klinisk ræsonnering (32). Derfor efterlyses større grad af åbenhed og samarbejde mellem fysioterapeuter, læger og øvrige sundhedsfaglige grupper om diagnosticering af denne patientgruppe.

Der er desuden behov for at identificere subgrupper, der vil have gavn af den behandlingsmetode, der er beskrevet af Mulligan. Metoden bør testes og valideres med højkvalitetsstudier.

Læs mere om de anvendte teknikker

[Referenceliste til artiklen](#)

[PDF](#)

Lang version af caserapporten

Josef Andersen

Josef Andersen er medlem af International Headache Society (IHS) og Mulligan Concept Teachers Association (MCTA). Der er ikke ydet økonomisk støtte til denne casebeskrivelse.

Læs portræt af Josef Andersen