

# Klinisk retningslinje for udredning og klassificering af personer med nakkebesvær

*Dette er en kort oversigt over anbefalinger til fysioterapeuter, der arbejder med patienter med nakkebesvær og -smerter.*

Anbefalingerne i denne kliniske retningslinje omhandler fysioterapeutisk undersøgelse og diagnostik til patienter med nakkebesvær herunder uspecifikke nakkesmerter med eller uden udstråling til skuldre, arme eller øverste del af ryg eller bryst. Neurologiske udfald og hovedpine er kun med i det omfang, de kan relateres til nakkeproblemer.

Denne korte version af anbefalingerne er tænkt som et supplement til hele rapporten, der kan downloades fra [fysio.dk/fafo/faglige-anbefalinger](https://fysio.dk/fafo/faglige-anbefalinger)



## Udredning af patienter med nakkebesvær

Diagnostisk udredning af patienter med komplekst nakkebesvær bør foregå i et tværfagligt samarbejde mellem fysioterapeuter, læger, speciallæger, psykologer og kiropraktorer. I langt de fleste tilfælde er nakkesmerter godartede og kræver ikke tværfaglig indsats. Denne retningslinje beskriver fysioterapeutisk udredning af patienter med nakkesmerter med eller uden udstråling til hoved, arme eller øvre del af ryggen. Anbefalingerne er graderet med bogstaverne A-D, hvor A angiver højeste og D laveste grad af evidens.

Retningslinjen anbefaler, at fysioterapeuten vurderer patienten med henblik på følgende (A-D svarer til evidensgrader):

- Udelukkelse af alvorlig patologi og diagnoser, som kræver anden udredning eller behandling (D).
- Overvejelse af risiko for langvarigt forløb (A).
- Klassifikation af patienter med nakkesmerter med henblik på ensartet registrering (D).
- Klassifikation med henblik på symptom-baseret inddeling af nakkesmerter (B, D).

## Alvorlig patologi

Der er bred enighed i litteraturen om, at første del af undersøgelsen så vidt muligt skal udelukke alvorlig patologi eller bidrage til iværksættelse af relevant supplerende udredning med laboratorietest eller billeddiagnostik (D).

### Anamnese

I anamnesen skal der spørges ind til følgende: traumer, osteoporose, myelopati, tidligere cancer, vægttab, feber og infektioner. Man bør desuden supplere med spørgsmål vedrørende:

- 1. neurons symptomer: føleforstyrrelser i hænder og/eller fødder, muskelatrofi i hænder, usikker gang, forstyrrelser af sfinkterfunktion, multisegmentær atrofi eller ændret følesans, og problemer med vandladning.
- Neoplastiske ændringer
  - o Risikofaktorer: over 50 år, tidligere cancer.
  - o Symptomer: uforklarligt vægttab, konstante smerter uden lindring ved hvile, natlige smerter.
- Symptomer på ligamentær instabilitet og/eller vertebrobasilær insufficiens: occipital hovedpine, nedsat følesans, meget nedsatte aktive bevægeudslag i alle retninger, tegn på cervical myelopati, svimmelhed eller lethed i hovedet relateret til nakkebevægelser, dysfasi, dysartria, dobbeltsyn (diplopia), blodtryksfald (drop attacks) og positive fund fra kranielle nerver.

- Symptomer på inflammatoriske eller systemiske sygdomme: temperatur over 37 gr., blodtryk over 160/95 mmHg, hvilepuls over 100/min., hvilerespiration over 25/min. og træthed

### Klinisk undersøgelse

I undersøgelsen kan indgå test med henblik på afklaring af alvorlig patologi relateret til 1. og 2. neuron, knogler, ligamenter og a. vertebrobasilaris. Man kan eksempelvis undersøge følgende:

- Test for 1. neuron: Babinskis test, hyperrefleksi, klonus, rigiditet, Rombergs test, gang, koordinationstest for arm og ben og test af følesans
- Test for 2. neuron: reflekser, kraft og følesans (vibrationssans)
- Perkussionstest
- Test for lig. alara og lig. transversum.
- Test for arteria vertebralis med ekstension og rotation af columna cervicalis.

## Differentialdiagnoser

I litteraturen er der enighed om en række differentialdiagnoser, som skal overvejes indledende og ved mangel på behandlingsresultat (D). Listen nedenfor angiver hovedgrupperne, man skal være opmærksom på:

### Malignitet

- Cancer
- Tumor (spinal, medullær, ossøs)
- Metastaser

### Neurologiske lidelser

- Myelopati
- Radikulopati
- Cervikal stenose

### Vaskulære lidelser

- Arteriosklerose
- Stroke
- Angina pectoris

### Infektiøse lidelser

- Hudinfektioner
- Urinvejsinfektioner
- HIV
- Epidural absces
- Tuberkulose
- Griesels syndrom

### Reumatologiske lidelser

- Ankyloserende spondylit (Mb. Bechterew)
- Inflammatorisk artrit
- Rheumatoid artrit
- Systemisk Lupus Erythematosus
- Polymyalgia Reumatica

## Risiko for langvarigt forløb

Der er i litteraturen god dokumentation for sammenhænge mellem langvarige smerteforløb og/eller sygemelding og psykologiske faktorer som depression, indstilling til smerte og fysisk belastning. Sociale faktorer som f.eks. trivsel på arbejdspladsen har også betydning for forløbet (A).

Enkle spørgsmål kan afsløre risikofaktorer for et langvarigt forløb. Ved yderligere mistanke om psykosociale risikofaktorer – eller ved manglende fremgang - kan anvendelsen af Örebro spørgeskema føre til en dialog med patienten om dennes psykiske tilstand og indstilling til nakkesmerter. Ved mistanke om depression anbefales henvisning til test hos egen læge eller psykolog. Patientens perspektiv kan vurderes på baggrund af forskellige screenings spørgsmål.

### Anamnese

I forbindelse med anamnesen bør der spørges ind til patientens forståelse og forventninger omkring egen situation (Fear avoidance):

- Opleves smerterne skadelige og invaliderende? (angst for bevægelse)
- Skal alle smerter være ophørt, før arbejdet kan genoptages?
- Er der forventning om øgede smerter ved aktivitet eller arbejde?
- Er der forventning om, at det værste kan ske?(katastrofering)
- Er patienten passiv i forbindelse med genoptræning?

Man bør spørge ind til følgende vedrørende patientens adfærd:

- Bruger patienten mere tid sengeliggende?
- Er der nedsat aktivitetsniveau og tilbagerækken fra daglige aktiviteter?
- Undgår patienten normal aktivitet og har tendens til inaktivitet?
- Angiver patienten meget stærke smerter?
- Er patienten afhængig af hjælpemidler?
- Er der nedsat søvnkvalitet?
- Er der øget alkoholforbrug eller brug af andre rusmidler siden smerterne begyndte?
- Ryger patienten?

For mere specifik udredning anbefales følgende spørgeskemaer: Neck Disability Index, Screening for depression, Fear Avoidance Belief Questionnaire (FABQ) og Örebro Muskuloskeletal Questionnaire.

### Undersøgelse

Undersøgelsen kan indeholde Waddells undersøgelse for cervikale non-organiske tegn (CNOS), som omfatter:

- Palpationsømhed
- Simulation
- Cervikalt bevægeudslag
- Regionale forstyrrelser
- Overreaktion.

## Overordnet klassifikation af nakkesmerter

Der er international konsensus om at inddele personer med nakkesmerter i følgende overordnede grupper (D):

1) I relation til påvirkning i hverdagen og underliggende patologi:

- **Grad I nakkesmerter:** nakkesmerter og tilhørende nakkeproblemer UDEN symptomer og fund, som antyder alvorlig strukturpatologi og ingen eller kun lidt påvirkning af daglige aktiviteter.
- **Grad II nakkesmerter:** nakkesmerter og tilhørende nakkeproblemer UDEN symptomer og fund, som antyder alvorlig strukturpatologi med stor påvirkning af daglige aktiviteter.
- **Grad III nakkesmerter:** nakkesmerter og tilhørende nakkeproblemer UDEN symptomer og fund, som antyder alvorlig strukturpatologi men med tilstedeværende neurologiske udfaldssymptomer som f.eks. ændrede reflekser, nedsat kraft og/eller sensoriske udfald.
- **Grad IV nakkesmerter:** nakkesmerter og tilhørende nakkeproblemer MED symptomer og fund, som antyder alvorlig strukturpatologi.

Patienter med posttraumatiske nakkesmerter er ikke omfattet af denne klassifikation.

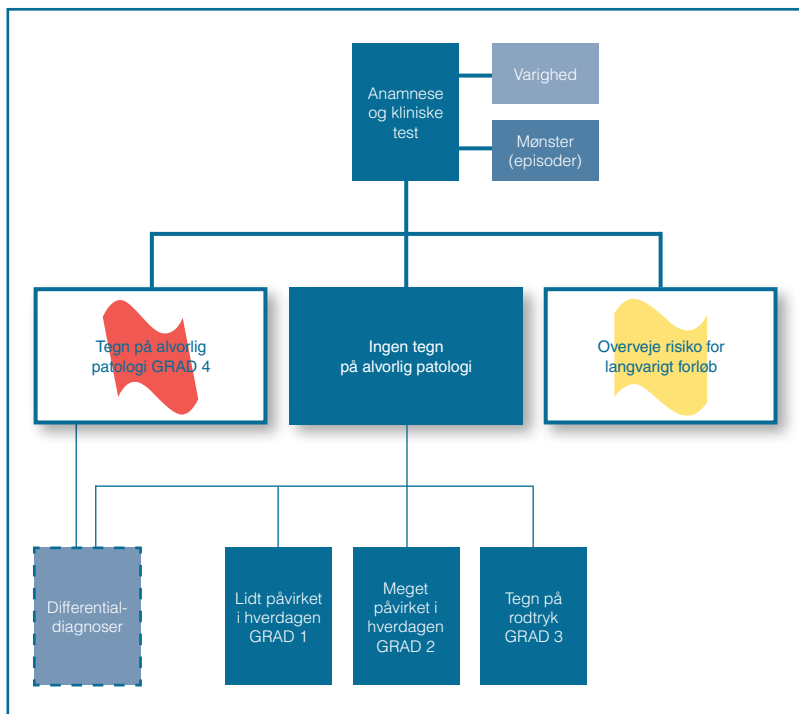
2) Varighed:

- smerter i mindre end 7 dage
- smerter i mere end 7 dage, men mindre end 3 måneder
- langvarige smerter, i mere end 3 måneder.

3) Mønster:

- én enkelt episode
- minimum 2 episoder med symptomfrihed imellem episoderne
- vedvarende smerter uden smertefri perioder

Den overordnede klassifikation finder sted efter udredningen for alvorlig patologi (grad 4) og baseres på både oplysninger fra anamnesen og kliniske undersøgelser (grad 3 neurologiske udfald).



Figur 1. Klassifikation af nakkebesvær efter mønster, varighed, psykologiske faktorer, alvorlig patologi og påvirkning i hverdagen.

## Symptombaseret klassifikation af nakkesmerter

Fysioterapeuten kan med udgangspunkt i patientens symptomer bruge en række kliniske undersøgelser som en del af klassificeringen:

### *Radikulopati (B, D)*

Hos patienter med radikulære symptomer anbefales brug af klinisk test for cervikal rodpåvirkning (B), neurologisk undersøgelse (D) samt undersøgelse for retningspræference (B).

### Anamnese

Man bør spørge ind til følgende:

- Har patienten ændret følesans?
- Har patienten nedsat kraft?
- Er der smerter? Smerteudbredning, smertekarakter og intensitet.

### Undersøgelse

Man bør benytte følgende test:

- Spurlings test: forværring af symptomer
- Traktion: lettelse af symptomer
- Plexus brachialis test /Upper limb nerve test 1
- Neurologisk undersøgelse ved mistanke om nervepåvirkning eller rodirritation
- Mulig centralisering/retningspræference ved gentagne bevægelser

Der er stor sandsynlighed for cervikalt rodtryk, når der er positive fund ved de tre øverste test og patienten klassificeres som Nakkesmerter grad 3.

### *Refererede symptomer (B)*

Ved refererede symptomer anbefales undersøgelse med gentagne bevægelser med henblik på, om symptomerne kan centraliseres eller ej. For at identificere det symptomudløsende segment anbefales segmentær palpation med passive accessoriske bevægelser.

### *Bevægerestriktion (B)*

Til identifikation af bevægerestriktioner anbefales undersøgelse af bevægeudslag og specifik intersegmentær palpation af bevægelighed i columna cervicalis.

### *Muskelfunktion (B)*

Ved følger efter overbelastningsskader eller langvarige smertetilstande anbefales brug af cervical fleksionstest og udholdenhedstest

### *Childs et al's klassifikation*

I denne klassifikation inddeler patienterne i grupper baseret på den behandling, der antages at være mest effektiv (B). Patienter inddeles efter problemets art i følgende grupper: mobilitet, centralisering, træning, smertekontrol og hovedpine. Behandlingen rettes mod problemet med mobilisering/manipulation, retningspecifikke øvelser, gradvis generel træning, opøvelse af neuromuskulær kontrol og manipulation. Undersøgelserne, der benyttes, er nævnt ovenfor og har god evidens. Hvorvidt denne klassifikation betyder, at patienter har bedre behandlingsresultat, er ikke endeligt dokumenteret.

---

### Ordforklaring

NDI: Neck Disability Index (<http://fysio.dk/fafo/Maleredskaber/Maleredskaber-alfabetisk/Neck-Disability-Index/>)

CCF: Cranio Cervical Fleksionstest (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18804003> og Falla D. "Smerter fører til dysfunktion i de dybe nakkefleksorer". Fysioterapeuten (2007) 16, side 8-12)

Spurlings test: Foramen kompressionstest (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17013656>)

FABQ: Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (<http://fysio.dk/fafo/Maleredskaber/Maleredskaber-alfabetisk/FABQ/>)

Örebro: Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire (<http://fysio.dk/fafo/Maleredskaber/Maleredskaber-alfabetisk/Orebro-Musculoskeletal-Pain-Questionnaire>).

---

---

---

### Forfattere

Den kliniske retningslinje er udarbejdet af:

Fysioterapeut, ph. d. Per Kjær

Fysioterapeut, Heidi Eirikstof

Fysioterapeut, MR Inge Riis

I samarbejde med Danske Fysioterapeuter

---

---

*Udredning og klassificering af nakkesmerter*



**Danske Fysioterapeuters**  
**KLINISKE RETNINGSLINJER**