

IMS del 1 og 2

Fredag 21. januar møttes kursdeltakere igjen til en etterlengtet del 2 i den nyttige behandlingsformen IMS (IntraMuskulær Stimulering). Del 1 ble avholdt i Bergen i november 2009. Fysioterapeutene/akupunktørene Ronnie Hilland og Rune Enehaug har utarbeidet dette kurset som presenteres for Akupunkturforeningens medlemmer. Med seg har de også instruktørene Dr. Jon Schjeldrup og Dr. Knut Birger Kvist.

Tekst og foto | **Mette Trolie**, Etter- og videreutdanningsutvalget (EVU)

På den første kursdagen av del 1 fikk vi innføring i hva IMS er ad modum Gunn. Dr. Chan Gunn har en Medical Degree fra Cambridge, er klinisk professor ved tverrfaglig smertesenter ved University of Washington Medical School, Seattle, USA, og er President of The Institute for the Study and Treatment of Pain, Vancouver, Canada. Han er grunnleggeren av IMS, og en pionér innenfor smertebehandling. Han har utviklet et totalt system for å diagnostisere og behandle myofascielle smertesyndrom – kroniske smertetilstander som oppstår i muskel/skjelettsystemet uten at det kan påvises noen klar skade eller betennelsestilstander. IMS forklarer denne store kategori av smerter på en ny måte. I stedet for å ta utgangspunkt i at smertene er signaler fra vevsskade, forklares det som nerver som ikke fungerer som de skal, og at det har utviklet seg funksjonsforstyrrelse og supersensitivitet i det perifere nervesystem. Denne type smerte, kalt nevropatisk smerte, oppstår når nerver ikke fungerer normalt på grunn av små irritasjoner. Nervene blir hypersensitive og det fører til at uskyldige og harmløse signaler til muskulaturen lett misoppfattes som smertefulle. Selv når utbredte medisinske tester viser at det ikke er noe galt har pasienten smerter. Denne type smerter har hittil fått lite oppmerksomhet i medisinske kretser.

Vanligvis har ikke legene problemer med å behandle smerter som er forårsaket av skader (for eksempel brudd) eller betennelsestilstander (leddgikt/reumatoid atritt). Det er vanskeligere for leger å behandle smerter som ikke viser tegn til bløtvevsskade eller betennelsestilstander, slike som vi finner ved rygg-nakke smerter, fibromyalgitalstander, tennisalbue, musearm, whiplashtilstander og frossen skulder m.m.

IMS anvender en lite kjent, men fundamental fysiologisk lov for å forklare hypersensitiviteten

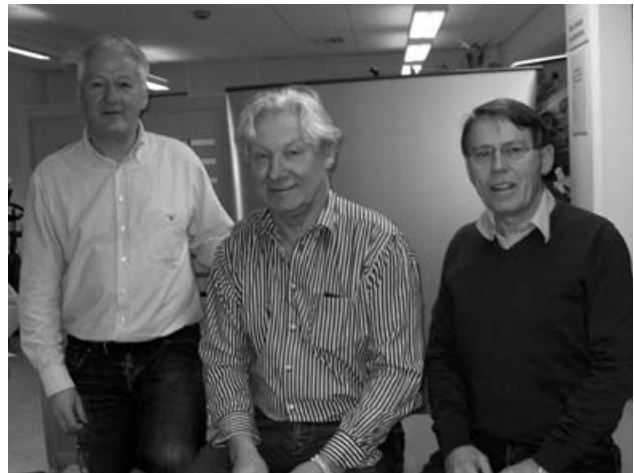
som oppstår ved perifer nevropati, Cannon and Rosenblueth's law of denervation: «When a unit is destroyed, in a series of efferente neurons, an increased irritability to chemical agents develops in the isolated structure or structures, the effect being maximal in the part directly denervated.» Med andre ord, når en nerve er under pari, forstyrret i forhold til utgangspunktet, og ikke fungerer ordentlig (nevropati), blir den hypersensitiv og vil agere uberegnelig. Dette prinsippet er fundamental og universell, til tross for at det ikke er særlig kjent, og ikke har fått den oppmerksomhet det burde ha.

IMS er en undersøkelse og en behandling av kroniske smerter i muskel-skjelettsystemet som er ledsaget av sensoriske, motoriske og autonome manifestasjoner. Disse igjen indikerer en funksjonell og/eller en patologisk forandring i det perifere nervesystem – dette kaller vi nevropati, eventuelt radiculopati (nevropati på nerverotnivå). Årsaker til nevropati kan være mange, men den mest vanlige er spondylose, eller degenerasjon av ryggsøylen ofte på grunn av overbelastning. Spondylosetilstanden forårsaker press på nerverøtter og medfører nevropati og muskelforkortning. Vanligvis utvikler spondylose seg stille og gradvis, helt til det plutselig viser symptomer av bare en liten påvirkning som gjerne er ubemerket av pasienten selv. Spondylose kan ha varierende grader, men tidlig og begynnende spondyloetiske forandringer kan gi radiculopati.

Dr. Gunns vektlegging av radiculopati er ikke uten grunn: ved en akutt skade på en frisk nerve er det ikke en langvarig produksjon av smertesignaler, mens samme påvirkning på en nevropatisk nerve kan gi en produksjon av smertesignaler som blir vedvarende. Med andre ord, for at smerte skal bli et vedvarende symptom må de affiserte fibrene allerede være irriterte eller defekte i utgangspunktet.



Ronnie Hilland demonstrerer for kursdeltakerne.



Ronnie Hilland, Rune Enehaug og Dr. Knut B. Kvist.

Dette er grunnen til at enkelte personer utvikler sterk smerte etter en tilsynelatende mindre skade, og forklarer hvorfor smerten fortsetter lengre enn forventet.

De fleste muskel-skjelettsmerter er ledsaget av sensoriske og motoriske forandringer. Disse igjen viser «unwell nerves», det vil si patologiske forandringer i både dorsale og ventrale rami av nerven (radiculopati). Kliniske kjennetegn er: smerter som kommer og går, kan opptre lenge etter en liten traume, brennende og dyp smerte, segmental smerte, milde stimuli som lager store smerter, nedsatt leddbevegelse. Dersom smerte er tilstede er det alltid fulgt av: muskelforkortning, triggerpunkt, autonome og trophiske forandringer.

Manifesteringer av nevropati

Autonome:

- Vasokonstriksjon (forskjeller i temperatur, områder som føles kaldere).
- Sudomotor (økt svette som kan etterfølges av smertefulle bevegelser, eller nålebehandling).
- Pilomotorrefleks er ofte hyperaktiv, viser seg som gåsehud.
- Trophodem (cellulite, positiv «matchstick» test: ødemerker etter trykk på huden med en fyrstikk).

Sensoriske:

- Hyperpati i huden (fører man for eksempel en spiss gjenstand over huden vil den føles mer skarp over affiserte dermatomer).
- Allodynia (ømheter i muskulatur, spesielt over motorpunkter).

Motoriske:

- Fordi smerter først og fremst er relatert til muskler er muskulære tegn mest relevant.
- Muskelforkortning – en viktig faktor ved nevropatisk smerte er muskelforkortning på grunn av muskelkramper og kontrakturer. Dette er et begrep som er helt sentralt og viktig i IMS-undersøkelse og -behandling. Et eksempel: forkortning av dype

rotatorer, eventuelt multifidi, øker presset på disc og lager smerte ved økt trykk eller direkte press på nerverot. Dette presset kan igjen lage nevropati som fører til økt smerte og videre forkortning av overnevnte muskler. Muskelforkortninger medfører også smerter på grunn av drag og irritasjon på omkringliggende sener og ledd. Dette kan medføre slitasjeplager som senebetennelser og leddplager. Muskelforkortninger kjennes som «trådaktige» bånd, ømme områder (triggerpunkter), og ved radiculopati kan det også finnes kontralateralt og i paraspinal muskulatur.

- Innskrenket leddbevegelse (ofte som et resultat av muskelforkortningen).
- Enthesopati – senefester til ben kan ofte være fortykket.

Diagnose og behandling

IMS er en sikker og god behandlingsform, men noen kontraindikasjoner gjelder, det skal ikke anvendes i tidlig fase av svangerskap, ved lokal infeksjon og hemophilia (eller hos pasienter som bruker antikoagulerende midler). IMS-behandling er helt avhengig av en mest mulig riktig og presis diagnose. Gjennom kurset har vi fått lære oss teknikker og redskaper som hjelper oss i å stille korrekt diagnose. I eksaminasjon av pasienten har vi lært oss tester som for eksempel Faber test, Trendelburgs tegn og Hammerlock test. Vi må se på holdning, ta og føle på områder på pasienten for å se etter tegn på nevropati, og se på bevegelsesfriheten i ledd og muskulatur, og å ta med i betraktning hvilket segment som er involvert. Ved å utøve dette vil vi ikke bare få subjektive opplevelser av forbedring, men også objektive.

Målet er å løse muskelforkortningen. Nåleinnstikk palperes til fysiske ømme punkter (triggerpunkt og motorpunkter) i de relevante muskler. Hvis muskelen er «normal» er nålingen smertefri. Hvis muskelen er hypersensitiv og forkortet vil det kjennes nesten som en liten krampe. Muskelen «griper» nålen. Nålen fører til at muskelen spenner seg først, for så å slappe av. Det gir en følelse

av avspenning og varme og lindrer smerten. Når muskelforkortningen er sluppet vil hyperfølsomme områder bli redusert og det konstante drag i den korte muskelen vil avta. Muskelforkortningen er en svært viktig faktor i muskel/skjelettsmerter og at den løses er det viktigste målet. Det neste er å fjerne kilden til irritasjon i ryggsoylen. Lokal smerte kan ofte bli løst ved å nåle muskler i og nær det smertefulle område. Om vedvarende smerter skyldes radiculopati, nerveirritasjon i spinae på grunn av forkortede paraspinal muskler, og forårsaker trykk på nerveroten, må også de behandles.

Effekten av IMS bygger seg gradvis opp. Man behandler vanligvis en gang i uken, musklene må få tid til å spennes ned. Antall behandlinger er avhengig av varighet og sykdomstilstand, og hvor raskt kroppen klarer å tilheles. Tilhelingstiden kommer også an på nervens tilstand, yngre tilheles ofte forttere en eldre. Hvis smerten nylig har oppstått kan gjerne én behandling være nok.

I IMS er det helt nødvendig med god forståelse og kunnskap om anatomi, og også funksjonell anatomi. IMS anvender teknikker som stammer fra tradisjonell kinesisk akupunktur, men den er basert på vestlige vitenskapelig, nevrofysiologiske prinsipper. Denne behandlingsmetoden krever god veiledning og opparbeidelse av erfaring gjennom å praktisere. Man må ofte inn i dyp muskulatur, unngå farlige innstikk og å vite teknikker og prinsipper for å gjøre det på en sikker måte. Dette var en del av kursinnholdet i IMS – del 1 og del 2.

Etter del 1 fikk kursdeltagerne tid til å opparbeide seg erfaring og kunne så komme tilbake for mer veiledning i del 2, med relevante spørsmål i

forhold til sin praksis. Igjen ble det lagt stor vekt på anatomi. I del 2 fikk vi en unik anatomiundervisning. For første gang i historien her i landet fikk vi som akupunktører tilgang til undervisning på Anatomen ved Haukeland Universitetssykehus. Der fikk vi undervisning av Professor Reidar Myklebust. Det var lagt frem ekte preparater fra diverse kroppsdeler som vi i grupper gjennomgikk med instruktører. Vi fikk se og ta på ekte muskler, se hvordan det virkelig ser ut, se hvor nerver går, hvordan muskler ligger i forhold til hverandre, går over i sener, fester seg, osv. Se hva det er vi faktisk stikker i. Undertegnede, og mange med meg, opplevde det som særs nyttig og inntrykksfullt. Resten av helgen hadde vi teori og mye praktisk øving både med pasienter og på hverandre. Hele tiden med veiledning av dyktige og aktive instruktører som alle er godkjente internasjonale instruktører i IMS – ad modum Gunn, Ronnie Hilland, Rune Enehaug og Dr. Knut Birger Kvist. □

Kilder

Chan Gunn, *The Gunn Approach to the Treatment of Chronic Pain*

Kurskompendier forfattet av Ronnie Hilland, Rune Enehaug og Dr. Knut Birger Kvist

Internett siden til Gunn: iSTOP, www.istop.org



Foto: Ane Kausland