KLINISK UNDERSØKELSE AV HOFTE

Smerter og ubehag med opphav i hofteleddet forekommer i alle aldersgrupper, men er vanligst i den eldre delen av befolkningen. For eksempel er gradvis utvikling av smerter fortil i lysken, lateralt på låret og ned mot kneet en typisk sykehistorie ved hofteleddsartrose. Vanlig røntgen er førstevalget ved radiologisk utredning av mistenkt hoftepatologi.

Ved mistanke om affeksjon av nerverøtter eller ryggmarg bør full nevrologisk undersøkelse av underekstremitetene utføres. Dette vil ofte være relevant å utføre.

Det er viktig å ha i bakhodet at smerter i hofteområdet kan ha opphav fra andre anatomiske strukturer. For eksempel kan arterielle stenoser, gynekologiske sykdommer og andre patologiske prosesser i bekkenet være årsaken til pasientens plager.

Oppsettet på hvilken rekkefølge man utfører undersøkelser i er her bare et forslag. I en vanlig klinisk setting er det like riktig å gjennomføre undersøkelsen i den rekkefølgen som er praktisk og naturlig, forutsatt at den gjennomføres systematisk og slik at man kan sammenlikne begge sider.

Sist oppdatert: 12.10.20

Scan koden under for å se video av undersøkelsen

FØR UNDERSØKELSEN

Forklar kort hva som skal skje og be om samtykke. Pasienten må kle av seg på underkroppen (inn til undertøyet). Noen av de spesifikke testene bør utføres med pasienten på undersøkelsesbenk.

Utfør håndhygiene før og etter undersøkelsen.

UTSTYRSLISTE

Undersøkelsesbenk

GJENNOMFØRING AV UNDERSØKELSEN

GENERELL DEL

1. INSPEKSJON

Orienterende: Følg med mens pasienten kommer inn på kontoret og kler av seg. Foreligger det åpenbare bevegelsesinnskrenkninger eller halting? Se etter alignment eller åpenbare akseavvik i underekstremiteter eller rygg.

Generell inspeksjon: Gå rundt pasienten og se etter misfarginger, atrofi, hevelser og fasikulasjoner. Bemerk eventuell asymmetri. Inspiser pasientens gangmønster. Be pasienten gå på tå og hæl. Utfør Trendelenburgs test ved å be pasienten stå på ett bein, og observer om bekkenet senkes på motsatt side (testen er positiv). Stå bak pasienten. Stående: Be pasienten stå med bena samlet og begge knærne helt ekstendert. Palper ut cristakanten bilateralt, la hendene dine ligge på toppen av vingene og se etter høydeforskjell (kan representere anisomeli).

2. PALPASJON

Liggende i sideleie: Palper ut trochanter major, og muskelfestet av gluteus medius for å se om dette reproduserer pasintens smerter. Palper dypt glutealt, tuber ischi og tractus iliotibialis og be pasienten rapportere eventuell smerte (kan gi mistanke om tilstander i muskelfester og bursa).

3. AKTIV BEVEGELIGHET

For å få utbytte av undersøkelsen er godt samarbeid med pasienten viktig. Be pasienten gi beskjed straks noe kjennes smertefullt eller ubehagelig. TIPS: Det kan være lurt å teste isometrisk for fleksjon, abduksjon og adduksjon like etter aktiv og passiv bevegelighet mens pasienten fortsatt ligger på ryggen. Slik unngår man at pasienten må snu seg flere ganger på undersøkelsesbenken.

Man tester fleksjon, ekstensjon, abduksjon og adduksjon med pasienten på undersøkelsesbenken, begge sider testes. Fleksjon, abduksjon og adduksjon utføres med pasienten i ryggleie. Ekstensjon utføres i mageleie. Innover og utover rotasjon utføres som hovedregel ikke aktivt, men kan gjøres stående. Bemerk eventuelle innskrenkede bevegelsesutslag, anstrengte/smertefulle bevegelser og følg med på om det er noen sideforskjell mellom beina.

Tips: det kan være lurt å legge en hånd på bekkenet til pasienten for å kontrollere at bevegelsen tas ut i hofteleddet og ikke ved at bekkenet roterer.

4. ISOMETRISK TEST

Man utfører isometrisk test for alle de 6 bevegelsesutslagene. Fleksjon og ekstensjon testes på en side om gangen. Adduksjon, abduksjon og rotasjon kan testes på begge sider samtidig.

5. PASSIV BEVEGELSE

Passiv bevegelse testes ved at pasienten bes slappe helt av, og undersøkeren utfører leddutslaget mens pasienten ikke spenner noen muskler. Det er viktig å ta bevegelsen helt ut og kjenne på endefølelsen i leddet. Hensikten med en slik test er å forsøke å skille mellom smerte som har opphav i kontraktile vs. ikke-kontraktile strukturer.

Man velger ofte å undersøke rotasjon i både mageleie og ryggleie. Pasienter med artrose og nedsatt ekstensjon kan ha problemer med å legge seg i mageleie. I en slik situasjon kan man undersøke rotasjon i ryggleie. Det er også slik at man vil få strekk på ulike muskler avhengig om man ligger på rygg eller mage, og om hoften er flektert eller ikke.

SPESIFIKKE TESTER

Hvilke tester man velger å utføre hos den enkelte pasient avhenger av anamnese og funn ved den generelle delen av undersøkelsen. Selv om pasienten kommer med plager relatert til én hofte, bør man som hovedregel utføre undersøkelsen også på den antatt friske siden

Fabers test

FABER-test: (flexion, abduction, external rotation). Pasienten ligger på undersøkelsesbenk. Utføres ved å legge pasientens ankel over mot motsatt kne. Fikser motsatt cristakant og trykk kneet på det kryssede benet nedover. Testen er positiv dersom dette utløser den smerten pasienten tidligere har kjent.

FABER-test er imidlertid ikke spesifikk for hofteleddspatologi, og kan slå ut også ved smerter i lumbalcolumna og ileosacralleddet. Poenget er at pasientens smerte reproduseres ved testen, og gir således en indikasjon på at patologi foreligger.

Impingement

FADIR-test: (flexion, adduction, internal rotation). Pasienten ligger på undersøkeslesbenk. Ta tak i pasientens ankel og bring femur i nær maksimal fleksjon, adduksjon og innoverrotasjon.

Testen er positiv hvis dette utløser betydelig smerte. Positiv test indikerer intraartikulære plager, impingement eller skade av labrum.

Ettbenstest

Be pasienten holde ettbenstående i 30 sekunder og rapportere eventuell smerteøkning lateralt (gir mistanke om greater trochanteric pain syndrome (GTPS))

Hofteleddsartrose

Ved hofteleddsartrose er bevegelsesutslag innskrenket for fleksjon og innoverrotasjon, samt smerter i ytterstillingene typiske funn. Aktiv og passiv testing er allerede utført i undersøkelsens generelle del. Artrose er typisk grunn for hoftesmerter hos eldre pasienter, mens impingement opptrer oftere hos yngre.

FORSLAG TIL KORT KOLLEGIALRAPPORT VED NORMALE FORHOLD

Normal gangfunksjon og ingen synlige feilstillinger i underekstremiteter eller columna. Forøvrig intet påfallende ved inspeksjon. Ingen palpasjonsømhet ved palpasjon. Symmetriske leddutslag bilateralt, ingen bevegelsesinnskrenkninger. God, sidelik kraft. Ingen smerter, verken ved aktiv eller isometrisk testing.

FAGLIG MEDVIRKENDE

Gunn Hege Marchand, overlege ved klinikk for fysikalsk medisin og rehabilitering og førsteamanuensis NTNU
Tina Wik, overlege ved ortopedisk avdeling St. Olavs Hospital

KILDER

-FABER Test. Hentet fra https://www.physio-pedia.com/FABER_Test
Bickley, L. S. (2017). Bates' Guide to Physical Examination an History Taking (12th Edition), Wolters Kluwer