

1. Active Straight Leg Raise test (ASLR)

Startposition: Patient i ryggliggande på bänk. Raka avslappnade ben med fötterna 20 cm isär. Fötter tillåts rotera utåt.

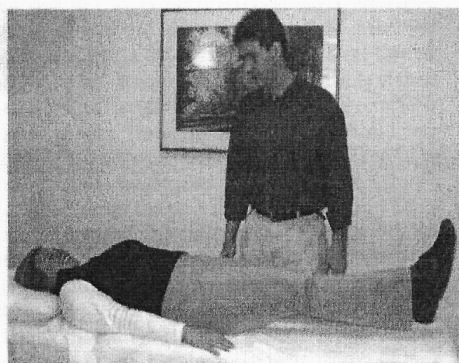


Fig. 2a: Step one in the active straight leg raise test. The patient is asked to lift the leg off the table without bending the knee.

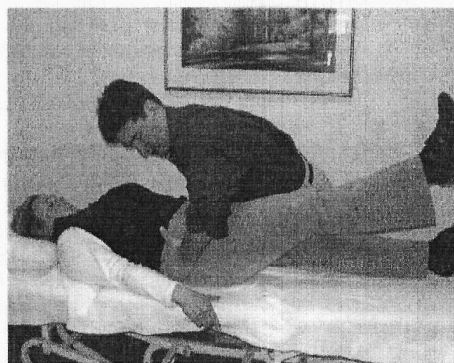


Fig. 2b: Step two in the active straight leg raise test. If the patient reports pain during the active straight leg raise the examiner then applies compression through the pelvis directed at the sacroiliac joints.

Utförande: Testomgång A. Testet utförs efter instruktionen ”försök lyfta ditt ben 20 cm upp från underlaget utan att böja i knäet”. Patienten ombeds skatta smärta, tyngdkänsla eller trötthet vid utförandet:

- 0 = inga besvär
- 1 = minimala besvär
- 2 = lite besvär
- 3 = ganska besvärligt
- 4 = mycket besvärligt
- 5 = omöjligt att utföra

Upprepa för andra benet. Poängen räknas ihop. Totalpoängen blir således totalt maximalt 10.

Testomgång B. Patienten ombeds utföra testet igen men då med samtidig kompression mot cristakanterna. Kompressionen utförs manuellt eller via bälte. Kraften kan appliceras mot bakre, mellersta eller främre delen av crista iliaca. Patienten skattar besvärsintensiteten som ovan. Höger och vänster sidas poäng adderas. Jämför poäng med och utan cristakompression.

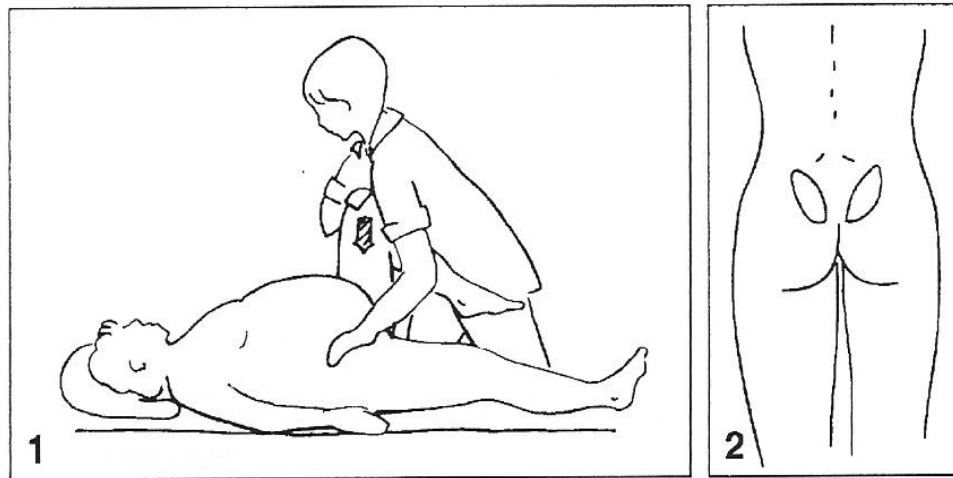
Markant skillnad mellan testomgång A och fas B eftersöks. Kompressionen leder till ökad formstängning av SI-leden och därmed minskad belastning på smärtande strukturer. Skillnad mellan fas A och fas B innebär att patienten sannolikt kommer att ha nytta av ett bälte som bidrar till formstängning.

Utmärkt sensitivitet och specificitet för bäckenledssmärta (11, 27, 29).

ASLR är också ett bra test för att mäta besvärens svårighetsgrad (28).

2. Posterior Pelvic Pain Provocation test (P4-test)

Startposition: Patient i ryggliggande på bänk.



Utförande: Ena benet flekteras till 90° i höft och knä. Kraft appliceras via aktuellt knä ner longitudinellt längs femur mot bäckenet. Bäckenet stabiliseras av terapeutens hand mot kontralaterala SIAS. Försiktighet bör iakttas då testet kan vara mycket smärtsamt.

Utmärkt sensitivitet för SI-ledssmärta. Låg sensitivitet för symfysiolys. Utmärkt sensitivitet för en- och dubbelsidigt sakroiliakasyndrom. Utmärkt specificitet. (22, 24, 9).

3. Menell's test

Startposition: Patient i ryggliggande på bänk.

Utförande: Ena benet lyfts till 30° flexion och 10° abduktion i höftleden. Longitudinell kraft appliceras i femurs längsriktning mot bäckenet, först i riktning kraniellt mot bäckenet därefter kaudalt från bäckenet. Detta innebär att sagittell rörlighet appliceras mot SI-leden.

Mycket god sensitivitet för SI-ledssmärta. Mycket låg sensitivitet för symfysiolys. God till mycket god sensitivitet för en eller dubbelsidigt sakroiliakasyndrom. Utmärkt specificitet. (22).

4. Patric's/FABEr test

Startposition: Patient i ryggliggande på bänk.



Utförande: Ena benet flekteras, abduceras och utåtrotteras så att hälen vilar på kontralaterala benets knäskål. Smärta kan upplevas över bäckenleder, inguinalt, medialt låret eller medialt knäet.

Mycket god sensitivitet för bäckengördelsyndrom då smärtupplevelsen förläggs till dessa leder. God sensitivitet för symfyiolys, en- och dubbelsidigt sakroiliakasyndrom. Utmärkt specificitet. (11, 22, 25,).

5. Isometrisk höftadduktion

Startposition: Patient i ryggliggande på bänk. Raka ben eller knän flekterade till 90°. Terapeutens hand mellan patientens knän.

Utförande: patienten genomför isometrisk adduktion. Svårighetsgraden vid utförande korrelerar med besvärens svårighetsgrad och testet ASLR avseende mätning av besvärens svårighetsgrad. (28).

6. Modifierat Trendelenburg's test

Startposition: Patienten står med ryggen mot undersökaren.



Utförande: Övergå i enbensstående. Patienten flekterar aktuell höft och knä till 90°. Smärta kan upplevas över alla bäckenleder. Traditionellt söker man efter om höften på den flekterade sidan sjunker kaudalt. Detta är dock ej vad som eftersöks vid bäckenledssmärter.

Mycket god sensitivitet för symfysiolys. Utmärkt specificitet. Låg sensitivitet för en- och dubbelsidigt sakroiliakasyndrom. Utmärkt specificitet. (22).

7. Palpation av symfysis pubis

Startposition: Patient i ryggliggande på bänk.

Utförande: Hela symfysens framsida palperas försiktigt.

Utmärkt sensitivitet för symfysiolys och för bäckengördelsyndrom. (22, 25).