

Subakromiell dekompresjon

– spikeren i kista eller enda flere spørsmål?

Få områder i kroppen har vært diskutert så heftig som skuldersmerter og behandling av disse. Sammen med diskusjonene rundt hofter og knær, har operasjon av subakromielle smerter blitt gjenstand for omfattende forskning og senere debatt. En rykende fersk litteraturgjennomgang setter to streker under svaret om operasjonens effekt. Men er dette spikeren i kista eller sitter vi igjen med enda flere spørsmål?



AV JØRGEN JEVNE
KIROPRAKTOR OG
FYSIOTERAPEUT

Den nesten ufattelige økningen av elektive kirurgiske inngrep de siste 30 årene innen knær [1], hofter [2] og skuldre [3] belyser ortopediens mørke hemmelighet: vi utfører operasjoner i stadig større omfang uten at vi stopper opp og stiller oss spørsmålet om vi overhodet burde. Vi ser nå resultatene av et helsevesen som mange steder i verden har vært insentivstyrt, og hvor man har skapt oppfatninger om kunstig effektive operasjoner for langvarige og ofte ikke-kurerbare tilstander. Når man først nå begynner å få en litteraturmengde stor nok til å forandre klinisk praksis, så ser man tilbake på flere tiår med et helsevesen som åpenbart har skapt misoppfatninger [4,5] i en befolkning som blir stadig mer plaget av kroppslige plager av diffus og uspesifikk karakter. Og her ligger noe av det paradoksale at vi tilbyr spesifikke tiltak for uspesifikke tilstander, og blir overrasket når resultatene går på tvers av erfaringer og tilsynelatende fornøyde pasienter. Dette kan betraktes som et helseparadoks [6], og historien gjør at vi må forvente at på tross av overveldende evidens, er siste ord ikke sagt.

Spikeren i kista for hjørnesteinsoperasjonen?

Subakromiell dekompresjon, akro-

mioplastikk, impingementoperasjon. Kjært barn har mange navn, og med økt tilgang og forbedrede operasjonsteknikker har omfanget av disse operasjonene økt eksponentielt [7-9]. Den tvilsomme æren for denne økningen kommer fra forskning av laber kvalitet på 70-tallet, hvor Charles Neer beskrev impingementbegrepet for første gang [10]. Snart femti år senere er det fascinerende å se hvor stor betydning Neers betraktninger har hatt på helsevesen, behandlingsinstitusjoner, klinikere og pasienter. På samme måte som det etter hvert ble rutine å gjøre meniskoperasjoner på godt voksne, har økningen av impingementoperasjoner blitt så vanlig at det har nærmest vært en hjørnestein på ortopediske avdelinger. Dette på tross av at man aldri har funnet holdepunkter for å si at pasientene blir bedre av operasjon enn av trening [11-15]. Kalenderen skulle vise 2018 før man fikk de etterlengtede placebo-kontrollerte studiene på dette feltet, i henholdsvis The Lancet [16] og i British Medical Journal [17]. I kjølvannet av disse to studiene, kombinert med den allerede godt etablerte forskningen på området, ble det nylig publisert en omfattende analyse i BJSM [18]. Denne analysen er en del av et større arbeid som vil bli publisert som såkalte «Rapid Recommendations» i BMJ. Sist vi så dette innenfor vårt område var i 2017, hvor man gjorde et betydelig nummer ut av kneartrose og degenerativ meniske-



sjon [19]. Her gikk man så langt som å anbefale pasienter helt vekk fra artroskopisk behandling av disse tilstandene. Det er liten tvil om at disse store publikasjonene er tungtveiende og bidrar til å endre praksis over hele verden. Det blir nå spennende å se i de neste månedene om subakromiell dekompresjon får den samme, harde medfarten.

Hva er «vellykket behandling»?

Med bakgrunn i det ovenstående er det grunn til å tro at man i årene som kommer vil komme med stadig tydeligere utmeldinger omkring den manglende effekten av kirurgi på subakromielle smerter. Når dette da kommer etter eksponentiell

Hva vet vi allerede om dette emnet?

- Subakromiell dekompresjon er en vanlig prosedyre
- Ikke-blinde studier med høy risiko for bias har ikke vist noen betydelig effekt av subakromiell dekompresjon utover treningsterapi for pasienter med subakromielt smertesyndrom
- To nylig publiserte placebokontrollerte studier med lav risiko for bias viser minimal til ingen effekt av kirurgi på denne tilstanden

økning i samme inngrep gjennom flere tiår, vil det bli klinikernes viktige oppgave å gjøre realitetsorientering, forventningsavstemning og edruelig informering omkring tingenes faktiske tilstand. En av hovedingrediensene i dette blir å forklare pasienter med langvarige skuldersmerter at man ikke lenger bør snakke om å «fikse skulderen». Dette kommer tydelig frem når man ser på effektstørrelsene i kliniske studier, hvor man er mer opptatt av å måle smertereduksjon i gruppene og se om disse er klinisk relevante, enn om pasienten er smertefri etter 12 måneder. Med andre ord kan kriteriet for en vellykket operasjon være at man har redusert smerter på en VAS skala fra 7 til 3. Dette kan naturligvis være både statistisk og klinisk signifikant, men man er jo ikke smertefri. I klartekst vil derfor mange pasienter, også etter operasjonen, ha betydelige smerter både ved hvile og ved bruk, selv om operasjonen anses som klinisk og forskningsmessig 'vellykket'. Med et stadig større fokus på 'high value' og 'low value' håndtering av muskelskjelettplager, så vil man kunne forvente at operasjon for subakromielle smerter kommer langt ned på listen. Det er kostnadsdrivende og med relativt sett liten effekt utover andre og billigere alternativer. Det blir naturligvis derfor også viktigere at fysioterapeuter selv tar sin nye rolle på alvor, og at man beveger seg vekk fra tanker om å 'kurere' til å håndtere smertefulle tilstander i muskelskjelettapparatet.

Flere spørsmål enn svar

Subakromiell dekompresjon vil utvilsomt fortsette, både i offentlig og privat regi. Det må understrekes at det er tusenvis av fornøyde pasienter som etter månedsvis med treningsterapi, injeksjoner, teiping og manuelle teknikker finner sitt svar og endelige løsning gjennom en operasjon. Og det er egentlig her hvor skoen trykker. For hvem er disse pasientene? Litteraturen har ikke klart å avdekke en spesiell subgruppe av pasienter med subakromielle plager som har bedre indikasjon for kirurgi [20]. Snarere tvert i mot peker forskningen i retning av at de pasientene som ikke blir bedre av trening, heller ikke blir bedre av kirurgien. Det provoserende svaret på dette kan være at subgruppene av pasienter har fordelaktige psykososiale profiler som gjør at de har god/bedre prognose, uavhengig av behandlingen [21]. Et annet moment som ofte trekkes frem er generaliserbarheten av resultatene

i kliniske studier. Pasientene som ofte blir bedre av trening i kliniske studier, har allerede forsøkt tre-seks måneder med trening før de blir innrullert i studiene. Hvorfor skulle treningsterapi plutselig ha effekt nå? Er det slik at fysioterapeutene involvert i prosjektet er bedre til å håndtere disse pasientene? Er det slik at treningsprogrammet er mye bedre? Kan det være at effekten av «å bli studert» (en såkalt Hawthorne effekt) gir høy(ere) compliance til trening og således medfører bedre resultater enn tidligere? Eller er det helt andre, og fullstendig uspesifikk, effekter som gjør at pasientene på mirakuløst vis plutselig blir bedre av trening, selv om de har prøvd det før. Selv studier som inkluderer ventelistepasienter, som altså ikke får noen form for behandling utover den praktiske oppfølgingen med spørreskjemaer underveis i studieperioden, rapporterer bedring underveis i forløpet [16,22]. Dette taler for at vi ikke kjenner de underliggende mekanismene som gjør at pasienter opplever bedring. Dette gjelder både i klinisk praksis og i studier. Og nettopp på grunn av vår manglende vilje (og evne?) til å forstå disse underliggende faktorene, vil vi antageligvis se at klinisk erfaring og pasienters preferanser vil oppveie for selv den tyngste evidens i mange år fremover.

Ønsker du referanser, ta kontakt med redaksjonen.

Hva bidrar denne analysen med?

- Sammenlignet med placebooperasjon, ser det ikke ut til at faktisk kirurgi bidrar til ytterligere effekt på smerte, funksjon eller livskvalitet hos voksne med subakromielle smerter
- Sammenlignet med treningsterapi, ser det ut til at kirurgi bidrar med en liten, men sannsynligvis ubetydelig effekt på smerte og antageligvis ingen effekt på funksjon hos pasienter med subakromielle smerter
- Beslutningstakere, kliniske retningslinjer, leger og andre klinikere samt pasienter bør revurdere bruken av subakromiell dekompresjon i klinisk praksis