



Behandlingsvalg ved skuldersmerter

En ny omfattende gjennomgang har undersøkt konservative behandlingsmuligheter for subakromielle skuldersmerter. Trening seiler, ikke uventet, frem som det beste alternativet for å håndtere disse plagene. Men studien presenterer også nye og overraskende funn. Og disse møter motstand fra uventet hold.



AV JØRGEN JEVNE
KIROPRAKTOR OG
FYSIOTERAPEUT

Skuldersmerter er en av de hyppigste årsakene til at pasienter oppsøker fysioterapeut. Smerter i skulderen er svært vanlig med økende alder og de fleste av oss vil oppleve skuldersmerter i kortere eller lengre perioder av livet [1]. For mange klinikere fremstår skulderen som komplisert, spesielt på grunn av sin unike anatomiske oppbygning og det overveldende antallet

tester[2-5] samt usikkerhet rundt undersøkelse[6] og diagnosesetting [6-8]. Gjennom betydelig forskning de siste 30 årene har man forsøkt å kategorisere og systematisere vår forståelse av skuldersmerter og gjøre det enklere for klinikerne å møte disse pasientene. Dessverre baserer mye av forskningen seg på historisk bagasje og overbevisning, og som en konsekvens av dette er fortsatt vår forståelse av skuldersmerter begrenset.

Impingementbegrepet har vært gjenstand for betydelig debatt de siste 10 årene [9-11]. Siden det nå virker

tydelig at operasjon av 'impingement' ikke har bedre effekt enn trening [12-15] eller placebokirurgi [16,17], er det nærliggende å stille spørsmålsteget til hele denne mekaniske modellen for skuldersmerter. Mange klinikere og forskere har argumentert for at vi bør tilnærme oss disse plagene på en annen måte. Spesielt fokus bør ligge på måten vi kommuniserer våre funn og vår forståelse av smertens opphav, og ikke minst betydningen av tiltakene vi iverksetter. Ett ledd i dette er å gi smertetilstanden en forklaring som tilsier at plagene ikke er rent mekaniske: rotatorcuff relaterte skulderplager, rotator cuff tendino-

pati, subakromielt smertesyndrom eller ikke-spesifikke skuldersmerter er noen av forslagene. Det betyr at på tross av at mange mener de snakker om en 'spesifikk forståelse' av problemet, så snakker man i realiteten om den samme pasientpopulasjonen.

Med dette bakteppet, er det kanskje ikke overraskende at behandlingsveiene for skuldersmerter har vært uoversiktlige og forbundet med forskning som bærer preg av at man ikke helt forstår tilstanden man ser på. Dette viser seg gjennom at man bruker varierende inklusjonskriterier og forskjellige tester, mens artikkelen utgir seg for å forske på den samme tilstanden. På tross av mye forvirring rundt optimal behandling av skuldersmerter, har de fleste fysioterapeuter allikevel fått med seg at treningsterapi har vært det foretrukne behandlingsvalget for skuldersmerter i en årrekke. Helt siden 1993 har man sett at trening og kirurgi har vært sidestilt i behandlingen av disse pasientene [18]. I senere år har det kommet tydeligere anbefalinger, og mange har til og med gått så langt som å si at subakromielle dekompressjoner bør opphøre i sin helhet. Dette gjør at treningsterapi står igjen som hovedtiltaket i håndteringen av disse plagene. Men hvor sterk er egentlig anbefalingen til treningsterapi? Og hva slags trening skal man gjøre?

En 2020 systematisk gjennomgang med meta-analyse

En helt rykende fersk artikkel publisert i april 2020 i JOSPT undersøker effekten av forskjellige konservative tiltak på subakromielle skuldersmerter [19]. Artikkelen hadde til hensikt å oppdatere funnene som ble presentert av Chris Littlewood i 2013 [20], hvor man konkluderte at «Exercise and multimodal physiotherapy might be effective interventions for rotator cuff tendinopathy, although the clinical significance of this effect is unclear.» Videre påpeker Littlewood at konklusjonen i deres systematiske gjennomgang baserer seg i stor grad på små, randomiserte kontrollerte studier som rapporterer utfall på en varierende måte, noe som medfører at konklusjonen bør leses med forsiktighet.

Tiltak	Antall systematiske gjennomganger	Antall med evidensstyrke høy eller moderat	Antall med lav risiko for bias	Konklusjon
Treningsterapi	7	7	7	Sterk anbefaling for treningsterapi
Manuellterapi i kombinasjon med treningsterapi	6	4	5	Sterk anbefaling for manuellterapi i kombinasjon med treningsterapi
Multimodal behandling	3	0	2	Uavklart
Kortisteroidinjeksjon	4	2	4	Moderat anbefaling for injeksjon som enkeltstående tiltak eller i kombinasjon med trening
Laserterapi	6	4	4	Sterk anbefaling for å ikke inkludere laserterapi for subakromielle skuldersmerter
Ultralydbehandling	5	2	3	Ultralydbehandling anbefales ikke for behandling av subakromielle skuldersmerter
Trykkløsebehandling	3	2	3	Samtlige systematiske gjennomganger konkluderer med at trykkløse ikke ser ut til å ha effekt på subakromielle smerter

Den aktuelle gjennomgangen fra 2020 oppdaterer vår viten med studier (systematiske gjennomganger) som har blitt publisert etter Littlewoods artikkel fra 2013, men undersøker det samme: ikke-kirurgiske, ikke-farmasøytiske tiltak for subakromielle smerter. Denne aktuelle studien inkluderte totalt 16 artikler og man undersøkte behandlingseffekten av treningsterapi, treningsterapi kombinert med manuell terapi, multimodal behandling, kortikosteroidinjeksjon, laserterapi, ultralyd og trykkløsebehandling. (Se for øvrig tabell)

Treningsterapi

7 systematiske gjennomganger relatert til treningsterapi ble funnet siden 2013. Tre av disse rapporterte at evidensen hadde høy styrke, men fire rapporterte moderat evidens-

styrke. 6 av 7 rapporterte lav risiko for bias. Man fant generelt god evidens for treningsterapi for behandling av subakromielle skuldersmerter, spesielt på kort sikt. Man finner en mengde forskjellige tilnærminger i de forskjellige protokollene; scapulafokusert rehabilitering, rotatorcuff fokusert rehabilitering og skulderfleksibilitetsøvelser. Forskerne er ikke i stand til å skille den ene fra den andre. De konkluderer med at man kan gi en 'sterk anbefaling' for treningsterapi for subakromielle skuldersmerter.

Treningsterapi kombinert med manuell terapi

De finner 6 systematiske gjennomganger som vurderer treningsterapi i kombinasjon med manuell terapi. Av disse har to høy evidensstyrke, to moderat og to lav evidensstyrke.



Fem av de seks rapporterte lav risiko for bias. På tross av svært varierende funn i den systematiske gjennomgangen, kommer forskerne likefullt med en 'sterk anbefaling' for manuell terapi i kombinasjon med trening, på lik linje med trenings-terapi alene. Dette kommenteres ytterligere senere i artikkelen.

Multimodal behandling

De finner tre systematiske gjennomgangene som undersøker multimodal behandling av subakromielle smerter. Samtlige har lav evidensstyrke og én av de tre rapporterer høy risiko for bias. Forskerne kommenterer helt riktig på at 'multimodal behandling' er et heterogent begrep som kan bety helt forskjellige tiltak. Mange definerer dette som et batteri av ikke-kirurgiske tiltak, herunder passive modaliteter, manuell behandling, trening, steroidinjeksjon og elektroterapi. Usikkerheten rundt hva multimodal behandling består av, gjør generelt evidensen vanskelig å tolke. Ytterligere er selve studiene av dårlig kvalitet, som gjør at man ikke kan komme med noen klar anbefaling for bruk av multimodal behandling.

Kortikosteroidinjeksjon

Forskerne finner fire systematiske gjennomgangene som undersøker kortikosteroidinjeksjon for subakromielle smerter. To er av moderat evidensstyrke og to er av lav. Risiko for bias er lav i alle fire gjennomgangene. Evidensen er ikke entydig, men er i retning av favorabel effekt, spesielt på kort sikt og i kombinasjon med treningsterapi. Forskerne kommer med en 'moderat anbefaling' for kortikosteroidinjeksjon som en enkeltstående behandlingsform eller i kombinasjon med treningsterapi.

Laserterapi

Man finner seks systematiske gjennomgangene som undersøker effekten av laserterapi. Av disse har én høy evidensstyrke, tre moderat og to lav evidensstyrke. Risiko for bias er høy i én av disse, uavklart i én og de resterende fire har lav risiko for bias. Basert på den dårlige evidensbasen og ingen tegn til at laser gir noen tilleggseffekt i kombinasjon med andre tiltak eller som enkeltstående

tiltak, kommer forskerne med en 'sterk anbefaling' om at laserterapi ikke bør brukes som et tiltak for subakromielle smerter.

Ultralydbehandling

Fem systematiske gjennomgangene undersøker behandling med ultralyd for subakromielle skuldersmerter. To er av moderat styrke og resten er av lav evidensstyrke. Risiko for bias er høy i ett av studiene, uavklart i ett og i de siste tre lav. Forskerne understreker at evidensen er svært svak, men at man ikke har funnet tilleggseffekt utover placebo i randomiserte kliniske studier. Man kommer derfor med en anbefaling om å ikke utføre ultralyd for behandling av skuldersmerter.

Trykkbølgebehandling

Tre systematiske gjennomgangene undersøker trykkbølgebehandling for behandling av subakromielle plager. To er av moderat styrke og én er av lav. Risiko for bias var lav i alle tre. Forskerne konkluderer med at samtlige systematiske gjennomgangene konkluderer med at trykkbølgebehandling ikke ser ut til å ha effekt ved behandling av subakromielle smerter.

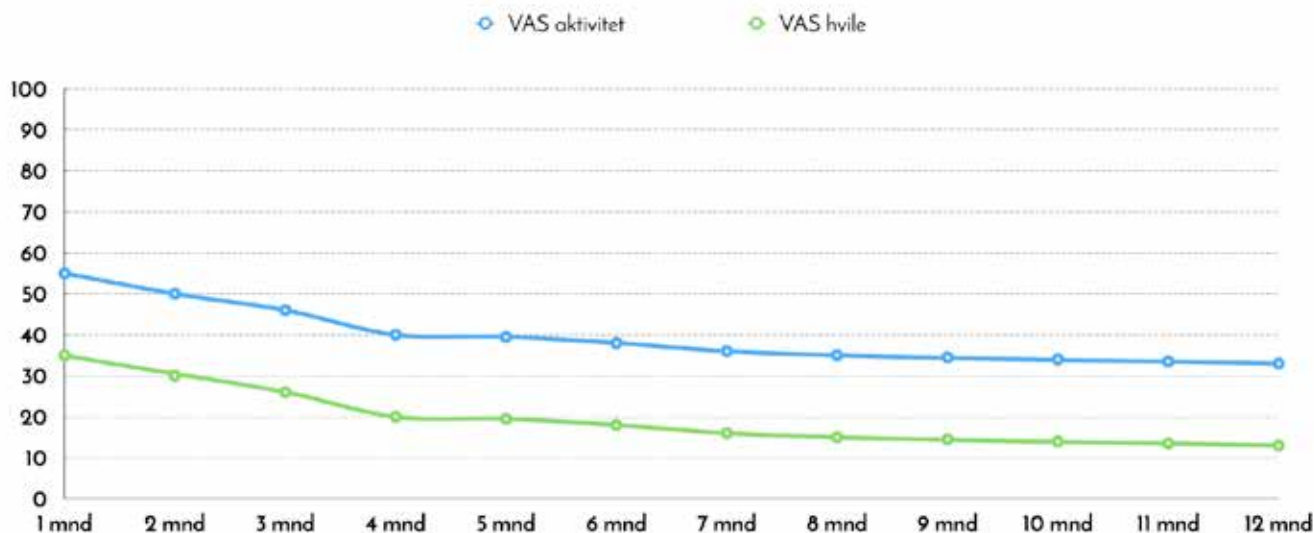
Kliniske betraktninger

Hovedtrekkene fra denne systematiske gjennomgangen fra april 2020 følger den generelle trenden i litteraturen. Treningsterapi seiler frem som det soleklare førstevalget i håndteringen av muskelskjelettplager, i dette tilfellet på subakromielle plager. Forskerne peker spesielt på mengden studier, i heterogene settinger og med konsistente positive resultater som bakgrunnen for valget av en 'sterk anbefaling'. Det bemerkes også at evidensstyrken er gjennomsnittlig noe sterkere i 2020 enn den var i 2013, noe som tyder på at enkeltstudiene som publiseres er av noe høyere kvalitet. Når dette er sagt er det viktige kliniske betraktninger som dessverre ikke kommer så tydelig frem i akademiske publikasjoner. Selv om man kommer med en 'sterk anbefaling' rundt treningsterapi for subakromielle skuldersmerter, vet fortsatt klinikerne lite til ingenting om hva denne tilnærmingen bør inneholde.

Klinikerne som står med pasienten foran seg er fortsatt avhengig av en god dose klinisk resonnering rundt valget av øvelser, antall repetisjoner og sett, frekvens, intensitet og restitusjon. Det bør også være et tankekors at studiene inkluderer en myriade av forskjellige treningsprotokoller som peker i samme retning; treningsterapi er effektivt for håndtering av skulderplagene. Dette må bety at det ikke finnes ett enkeltstående effektivt treningsprogram som omfavner alle pasienter med subakromielle plager, og man kan i stedet bruke evidensen som et mulighetsrom for å skape gode relasjoner til pasienten og iverksette treningsprotokoller som er tilpasset den enkelte og dennes hverdag.

Chris Littlewood, som hovedforfatterne selv henviser til gjentatte ganger og forfatteren bak den opprinnelige systematiske gjennomgangen fra 2013, har skrevet et brev til redaktøren i kjølvannet av denne studien [21]. Han påpeker at evidensbasen og styrken i denne i dag, på tross av flere studier, i stor grad er identisk med nivået i 2013. Han mener derfor ikke man kan komme med en 'sterk anbefaling' av treningsterapi. Som nevnt, påpeker han at det fortsatt er store hull i vår forståelse rundt treningsterapi som tiltak og ikke minst hvordan det optimale treningsopplegget for en skulderpasient ser ut. Han påpeker også at konfidensintervallene i de systematiske gjennomgangene er store, noe som indikerer usikkerhet rundt resultatene. Littlewood selv mener at konklusjonen i 2020-artikkelen bør være på linje med den han selv trakk i 2013: «We therefore believe it would be more accurate to conclude that, based on the rating system used in this review of systematic reviews, there is evidence for using exercise for subacromial shoulder pain, but the clinical importance of the size of the differences observed is uncertain.»

Videre drøfter Littlewood forskernes 'sterke anbefaling' rundt treningsterapi kombinert med manuellterapi. De har konkludert med sin sterke anbefaling basert på studiene med høy eller moderat evidensstyrke.



Utvikling av smerte over tid viser ofte beskjedne resultater, på tross av sterke anbefalinger i forskning

På tross av dette finner man svært beskjedne effektstørrelser, og enkelte systematiske gjennomganger har ikke en gang disse oppgitt, når man leser fulltekstartiklene. Dette, kombinert med at konfidensintervallene er brede, indikerer en stor grad av usikkerhet rundt denne anbefalingen. Den 'sterke anbefalingen' rundt manuellterapi i kombinasjon med trening fremstår derfor feilaktig, basert på den nåværende litteraturen. Dette er et meget viktig poeng i en slik systematisk oversiktsartikkel fra respekterte forskere: som kliniker er man avhengig av korrekt forskningsformidling. De færreste klinikere har tid, mulighet og kompetanse til å gå slike anbefalinger i sømmene. Følgelig er man prisgitt at forskerne kommuniserer korrekt informasjon basert på studiene som foreligger. I dette tilfellet har mange allerede tatt til orde for at anbefalingen omkring «sterk anbefaling» av manuellterapi for skuldersmerter er villedende. Det er derfor nyttig læring både for forskere og klinikere, og følge med på korrespondansen i kjølvannet av slike publikasjoner, enten via brev til redaktører (som Littlewoods ovenfor) eller diskusjon på sosiale medier (forskjellige arenaer på twitter og Facebook er glimrende arenaer for dette).

Avslutningsvis er det viktig at leseren forstår at evidensstyrken og

'styrken bak anbefalingen' ikke forteller noe om hvor effektivt tiltaket er. Det forklarer kun at tiltaket har effekt. Det er derfor også forskernes ansvar å tydeliggjøre at en sterk anbefaling av treningsterapi for subakromielle plager er basert på at man har god evidens for å si at treningsterapi fungerer. Og i en akademisk situasjon er dette kanskje nok. Men i en klinisk setting er det også viktig at man reflekterer rundt hvor godt tiltaket fungerer. Spesielt når tiltaket er tidkrevende og omfattende for pasienten. Dessverre ser man ofte beskjedne effektstørrelser i treningsstudier på pasienter med muskelskjelettrelaterte problemstillinger. Mange er ikke 'klinisk relevante' på tross av at studien er 'statistisk signifikant'. For å ta et pragmatisk eksempel så kan man finne statistisk signifikante resultater, men i praksis har pasientens vist en egentlig beskjeden endring i løpet av intervensjonsperioden. Det er godt kjent at den største smertereduksjonen forekommer i løpet av de første tre månedene i intervensjonsperioden. Store endringer etter dette forekommer sjelden. Skal man da utsette en pasient for en 6 måneders treningsprogram som medfører mye tid og innsats, så bør også pasienten være informert om hvilke faktiske endringer han vil kjenne. Man vil nok være overrasket over at smertereduksjonen er forholdsvis liten hos mange pasien-

ter. Og svært sjelden snakker vi om opphør av smerte. Dette kan altså, i en akademisk setting, fremstilles som en sterk anbefaling av treningsterapi, mens det i det virkelige liv virkelig bør være en øyeåpner for hvor effektivt tiltaket er. Se for øvrig illustrasjon.

Det blir derfor viktig at kliniker selv vurderer treningstiltaket man iverksetter opp mot den enkelte pasient. Her kommer flere viktige momenter inn: etterlevelse, selv-mestring og gjennomførbarhet er bare noen av disse. Leseren anbefales også å lese Stian Christophersens artikkel «Just do it» i dette bladet for utfyllende viten om nettopp dette.

I april 2020 kan vi konkludere med at treningsterapi er førstevalget i håndtering av subakromielle skulderplager. Som fysioterapeut kan man trygt iverksette dette tiltaket med god samvittighet, vel vitende om at en fersk systematisk gjennomgang gir tiltaket en 'sterk anbefaling'. Kliniker anbefales allikevel å være ydmyk ovenfor tiltakets totale effekt på pasientens smertetilstand, og bes tenke nøye gjennom hvilke faktorer man legger til grunn når man utarbeider treningsprogram for pasienter med subakromielle plager.

Se kilder/referanser side 36.