



## Brev til redaktøren

Kommentarer på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes [tidsskriftet@legeforeningen.no](mailto:tidsskriftet@legeforeningen.no)

### Er lokale steroidinjeksjoner effektivt eller ikke?

Lars Slørdal & Tarjei Rygnestad viser i Tidsskriftet nr. 22/2003 (1) at det er mangelfull kunnskap om farmakologiske egenskaper, virkningsmekanismer og bivirkninger av lokale steroidinjeksjoner. Vi er enige i dette. De skriver at steroidinjeksjoner har tvilsom og i beste fall forbigående effekt ved skulderplager. Med bakgrunn i vitenskapelig litteratur og egen klinisk erfaring vil vi stille noen kritiske spørsmål til denne konklusjonen. Vi holder oss til skulderlidelser, fordi dette forekommer hyppig og ofte behandles med steroidinjeksjoner.

Mange av studiene på dette feltet holder ikke tilfredsstillende kvalitet. De fleste av de refererte studiene er gjort på «skuldersmerter», som kan være så mangt – ikke minst refererte smerter fra nakken. Skuldersmerter skyldes lidelser med ulikt forløp, eksempelvis akutt subdeltoidbursitt med spontan bedring i løpet av seks uker eller tendinitter som kan komme og gå i måneder og år. Ulike tilstander skal behandles forskjellig. Med ulik injeksjonsteknikk blir resultatene inkonsistente (2, 3). Injeksjoner basert på anatomisk presisjon gav suksess hos 60 %, mens det bare var vellykket hos 20 % når injeksjonen ble rettet mot «punktum maksimum» (2). Resultatet av steroidinjeksjoner var statistisk signifikant forskjellig avhengig av om injeksjonen var plassert korrekt anatomisk (3). Flere studier viser positiv effekt av steroidinjeksjoner. Injeksjoner var signifikant bedre enn fysioterapi etter sju uker, men forskjellen jevnet seg mer ut etter 26 og 52 uker (4).

En randomisert kontrollert studie uten statistisk signifikant effekt behøver ikke bety at tiltaket alltid er uvirksomt. Statistikk opererer på gruppenivå, mens individuelle reaksjoner kan være entydig positive. Vi har for eksempel sett hvordan steroidinjeksjoner ved akutt subdeltoidbursitt kan gi dramatisk og vedvarende effekt etter få dager. Det er den individualiserte håndtering av generalisert kunnskap som er kjernen i klinisk praksis. Manglende statistisk signifikans kan skyldes at studiegruppen var for liten eller at inklusjonskriterier eller intervensjon ikke har vært tilstrekkelig standardisert.

Vi trenger et bedre grunnlag for kunnskapsbasert praksis, basert på kliniske forsøk der skulderlidelser defineres mer

presist, og med standardiserte behandlingsstrategier som kan gjennomføres i populasjonsstudier (5).

#### Satya Sharma

Referansegruppen for muskelskjelettlidelser  
Norsk selskap for allmenntidmedisin (NSAM)

#### Litteratur

1. Slørdal L, Rygnestad T. Er lokale steroidinjeksjoner effektivt eller ikke? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 3224–5.
2. Hollingworth GR, Ellis RM, Hattersley TS. Comparison of injection techniques for shoulder pain: results of a double blind, randomised study. *BMJ* 1983; 287: 1339–41.
3. Eustace JA, Brophy DP, Gibney RP, Bresnihan B, FitzGerald O. Comparison of the accuracy of steroid placement with clinical outcome in patients with shoulder symptoms. *Ann Rheum Dis* 1997; 56: 59–63.
4. van der Windt DA, Koes BW, Deville W, Boeke AJ, de Jong BA, Bouter LM. Effectiveness of corticosteroid injections versus physiotherapy for treatment of painful stiff shoulder in primary care: randomised trial. *BMJ* 1998; 317: 1292–6.
5. Green S, Buchbinder R, Glazier R, Forbes A. Interventions for shoulder pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (2) CD001156.

#### L. Slørdal & T. Rygnestad svarer:

Vi takker Satya Sharma for kommentarene til artikkelen hvor vi kritiserte bruken av steroidinjeksjoner ved muskel- og skjelettplager (1). Sharma påpeker – med henvisning til en enkelt artikkel fra *BMJ* (2) – at «flere studier» viser «positiv effekt» av steroidinjeksjoner ved skulderlidelser. Vi forstår fremdeles denne studien dit hen at man ikke påviste vedvarende forskjeller av klinisk betydning mellom steroidinjeksjoner og annen terapi (1), og kan ikke se at Sharma kommer med informasjon som rokker ved denne tolkingen.

Medikamentell behandling må alltid være tuftet på vitenskapelig dokumentasjon av effekt og bivirkninger på bakgrunn av systematiske randomiserte placebokontrollerte undersøkelser. Som ved all annen medikamentell behandling er det ved bruk av lokale steroidinjeksjoner en ikke ubetydelig placeboeffekt. Behandlingseffekten må være bedre enn denne. All medikamentell behandling har bivirkninger, og steroidterapi kan indusere til dels alvorlige utilsiktede effekter. Hvis man lar inntrykket fra behandling av enkeltpasienter bli bestemmende for hvordan man forholder seg til terapialternativer, unndrar man seg etter vår mening både faglig ansvar og det vitenskapelige fundament vi skolemedisinere ynder å påberope oss i andre sammenhenger.

Vi er naturligvis helt enig med Sharma i at vi behøver mer systematisk innhentet viten på dette feltet. Inntil kunnskapen foreligger og eventuelt viser noe annet, bør vi etter vår mening avholde oss for å eksponere pasienter for behandling uten dokumentert nytte, men med vel dokumenterte, om enn sjeldne, bivirkninger (3–5).

#### Lars Slørdal

#### Tarjei Rygnestad

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

#### Litteratur

1. Slørdal L, Rygnestad T. Er lokale steroidinjeksjoner effektivt eller ikke? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 3224–5.
2. van der Windt DA, Koes BW, Deville W, Boeke AJ, de Jong BA, Bouter LM. Effectiveness of corticosteroid injections versus physiotherapy for treatment of painful stiff shoulder in primary care: randomised trial. *BMJ* 1998; 317: 1292–6.
3. Nallamshetty L, Buchowski JM, Nazarian LA, Narula S, Musto M, Ahn NU et al. Septic arthritis of the hip following cortisone injection: case report and review of the literature. *Clin Imaging* 2003; 27: 225–8.
4. Carnahan MC, Goldstein DA. Ocular complications of topical, peri-ocular, and systemic corticosteroids. *Curr Opin Ophthalmol* 2000; 11: 478–83.
5. Mace S, Vadas P, Pruzanski W. Anaphylactic shock induced by intraarticular injection of methylprednisolone acetate. *J Rheumatol* 1997; 24: 1191–4.

### Polymyalgia rheumatica og spørreskjemaundersøkelser

Jan Tore Gran presenterer i Tidsskriftet nr. 23/2003 et materiale om polymyalgia rheumatica og arteritis temporalis, fremkommet gjennom en spørreskjemaundersøkelse blant medlemmer av en nystartet pasientgruppe under Norsk Revmatiker Forbund (1). Han ønsker å dokumentere noen av temaene han har tatt opp tidligere (2), blant annet at det brukes feil startdose prednisolon og at det er mulig feildiagnostisering ved sykdommen.

I studien innrømmer forfatteren at det ikke ble gjort forsøk på å kvalitetssikre dataene. Likevel hevder han at «enkelte resultater var så entydige at noen konklusjoner kan trekkes». Ja, kan man det? Her blir pasienter spurt 5–10 år etter sykdomsdebut om de husker hvilken dose prednisolon de fikk fra begynnelsen. Fikk pasientene et åpent spørsmål om dette? Eller ble hukommelsen hjulpet med at de skulle krysse av på en skala fra 10 mg til 60 mg? De som arbeider med spørreskjemaer, vet at hvis det siste er tilfellet, vil det lett bli en