

Akutt vond rygg er vanlig og kunnskapen om årsaker og behandling utilstrekkelig. Hvordan skal man da som kliniker forholde seg?

Når anbefalinger ikke samstemmer

I dette nummer av Tidsskriftet er det to artikler om behandling av akutte korsryggssmerter (1, 2). Artiklene taper forskjellig kunnskapsgrunnlag, preges av ulik argumentasjon og har til dels ulike konklusjoner. Begge kan karakteriseres som usystematiske oversiktsartikler, selv om Lærum og medarbeidere noe klarere redegjør for bakgrunnen for den kunnskapen som presenteres. Mens Rygnestad angir at hans fremstilling er basert på ikke-systematiske søk på Medline samt hans kliniske og vitenskapelige erfaring, er Lærum og medarbeideres grunnlag en gjennomgang av forskjellige europeiske retningslinjer for korsryggssmerter samt Cochrane-oversikter og andre viktige enkeltartikler fra perioden 2005–09 (1, 2).

Det er ikke unaturlig at en farmakolog og en sammensatt klinisk gruppe har ulikt syn på klinisk håndtering i allmennpraksis. Likevel reiser det spørsmålet om hvilken kunnskap som er gyldig for dette området og hvilken kunnskap man som allmennpraktiker har behov for. Når det gjelder noe så typisk allmenmedisinsk som korsryggssmerter, må man i tillegg spørre seg hvilke miljø som kan servere valid informasjon til praktikerne. At kunnskapen kommer fra ulike kilder, er ikke problematisk i seg selv – slik må det være i et klinisk førstelinjefag som allmenmedisinen. Mye grunnleggende allmenmedisinsk viten er skapt på denne måten. Elementer fra ulike fag spiller sammen med kjennskapet til allmenmedisinsk epidemiologi og allmennpraktikerens erfaringsbaserte kliniske kunnskap i håndteringen av aktuelle pasienter (3). Spørsmålet er om den kunnskapen som presenteres, er nyttig i praksis.

Ett eksempel kan være at det i begge artiklene anbefales at diazepam «eventuelt kan gis i kortere tid på kveldstid ... hvis muskelspasmer er et problem» og «skal brukes med forsiktighet og kun over kort tid» (1, 2). Dette er problematisk enten anbefalingene kommer fra farmakolog eller fra et miljø som står de norske retningslinjene nær. Korsryggssmerter er en ekstremt vanlig tilstand i befolkningen – og i allmennpraksis. Vi vet at første gangs forskrivning av diazepam er en av de viktigste prediktorene for senere fast forbruk og at begrunnelsen for førstegangsforskrivningen sjelden er faglig (4). Vi har så altfor lett for å tenke at den enkelte pasient representerer unntaket, men slike unntak blir lett hyppige nok til å representere en problematisk del av vår kliniske praksis. I tillegg er det min kliniske erfaring at muskelspasmer i seg selv er sjeldne og at de oftest er sekundære til pasientens smertetilstand. Jeg mener at diazepambruk bør tas ut av retningslinjene, ikke minst siden etablert bruk av midlet fremdeles slett ikke er uvanlig og svært vanskelig å behandle (5).

Begge artiklene flagger de ikke-steroid antiinflammatoriske midlenes plass i behandlingen. Kan det tenkes at denne indikasjonen for NSAID-midler savner grunnlag? Lærum og medarbeidere viser til to nyere studier der det ikke er forskjell i behandlingseffekt mellom manipulasjon, NSAID-midler og placebo (2). Vi har kanskje for stor tro på at akutte smertetilstander i bevegelsessystemet ledsages av inflammasjon og overvurderer dermed lett indikasjonsområdet for ikke-steroid antiinflammatoriske midler (6).

Står vi da igjen med paracetamol som basispreparat ved akutte korsryggssmerter? Forfatterne av de to artiklene i dette nummeret er uenige om nødvendig dosering. Mens Lærum og medarbeidere betrakter 1 g × 4 som maksimal daglig dose, hevder Rygnestad at

dette er i minste laget i akutfasen. Ved kraftige smerter kan startdosen være opptil 2 g, og første døgn kan opptil 6 g være nødvendig (1). I en nyere kommentar påpekte imidlertid Bjordal og medarbeidere at evidensgraden for paracetamol er redusert fra «good» til «fair» (6). Paracetamol er et av våre aller mest brukte preparater, det samme er tilfellet på verdensbasis. Likevel mangler det altså god nok dokumentasjon av effekt.

Det går som en rød tråd gjennom begge artiklene at et godt behandlingsresultat ved akutte korsryggssmerter er avhengig av at pasienten er aktiv og får tilbake mestringfølelsen. Da kan selv kortvarig sengeleie være u hensiktsmessig. All ekstern støtte/alle behandlingstiltak, kanskje også bruk av reseptblokken, kan gjøre pasienten mer passiv. Når en pasient kommer til legekontoret for egen maskin, med eller uten dramatikk, eventuelt også selvmedisinert med for eksempel paracetamol, burde han bli møtt av en lege som berømmer den aktiviteten legebesøket innebærer – en som forsikrer at smerten er ufarlig og (etter undersøkelse) klarer ryggen som smertefull, men sterk. Kan pasienten bli enda mer fysisk aktiv, vil han sannsynligvis trenge mindre smertestillende. Verken vi eller pasienten bør glemme at bevegelse er en viktig profaktor ved skade.

Rygnestads figur viser at de fleste raskt blir bra, men samtidig hvordan man kan tenke seg et «terapeutisk vindu» av relativt kort varighet. 90 % av alle med akutte korsryggssmerter er bra innen seks uker, deretter øker faren for kronisitet. 5 % har fremdeles behandlingsskrevende plager etter 12 uker, og da er disse allerede inne i et kronifiserende forløp. Retningslinjene anbefaler henvisning til/igangsetting av tverrfaglig rehabilitering dersom plagene ikke er gått over innen 6–8 uker (7). Da blir det kritisk hvilken henvisning allmennpraktikeren først initierer. Hver henvisning innebærer et forløp som tar tid. Går henvisningen først til kirurg, kommer pasienter 3–4 uker senere til tverrfaglig rehabilitering. Jeg finner ikke artiklene i dette nummeret eller de norske retningslinjene tilstrekkelig klare på dette punkt (1, 2, 7).

Anders Bærheim

anders.barheim@isf.uib.no

.....
Anders Bærheim (f. 1948) er professor i allmenmedisin ved Institutt for samfunnsmedisinske fag ved Universitetet i Bergen.

Litteratur

- Rygnestad T. Legemiddelbehandling av akutte korsryggssmerter. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 2242–3.
- Lærum E, Brox JI, Werner EL. Vond rygg – fortsatt en klinisk utfordring. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 2248–51.
- Kirkengen AL, Nessa J, Holtedahl KA. Grunnlag og grenser for klinisk kunnskap. I: Hunsbakk S, red. Allmenmedisin. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003: 99–104.
- Anthierens S, Habraken H, Petrovic M et al. The lesser evil? Initiating a benzodiazepine prescription in general practice: a qualitative study on GPs' perspectives. Scand J Prim Health Care 2007; 25: 214–9.
- Veatne T, Selbekk AS, Sand R. Fastlegers forskrivning av B-preparater. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 1925–7.
- Bjordal JM, Klovning A, Slørdal L. Delte meninger om legemidler ved ryggsmert. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 1423–4.
- Lærum E, Brox JI, Storheim K et al. Nasjonale kliniske retningslinjer. Korsryggssmerter – med og uten nerverotaffeksjon. Oslo: FORMI/Sosial- og helsedirektoratet, 2007. www.formi.no [15.10.2010].