

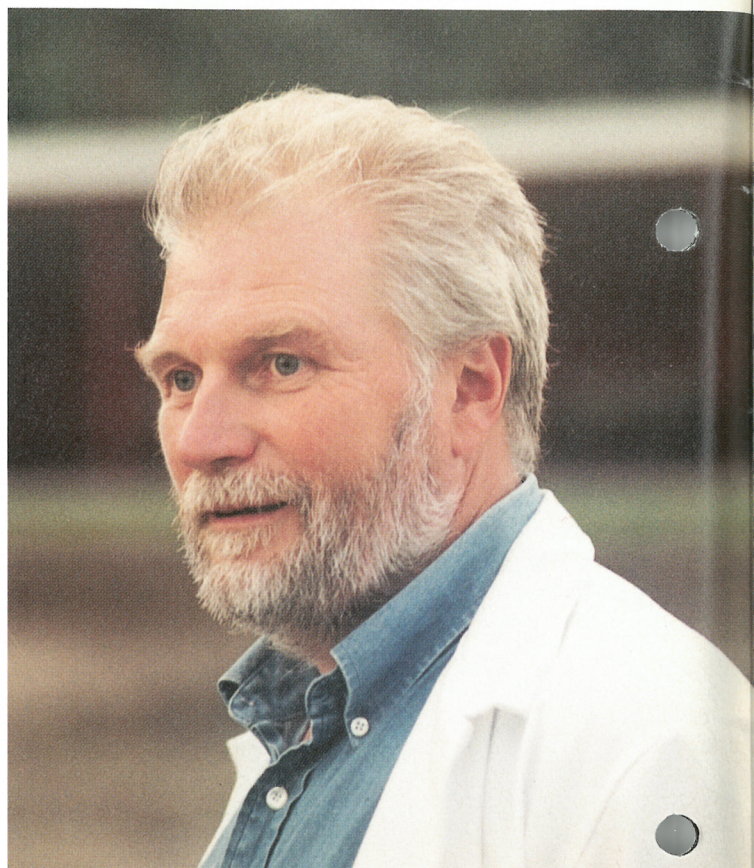
Korsryggssmerter

– en funksjonell forstyrrelse

AAGE INDAHL INTERVJUET AV GUNNAR STRØNO

Aage Indahl har drevet ryggforskning siden 1991. Forskningen har delvis vært klinisk, delvis eksperimentell basalforskning. Resultatene har bidratt både til ny forståelse av patofysiologien bak ryggplager, og til ny lærdom om hvordan ryggpasienten skal behandles klinisk. Hans doktoravhandling¹ er vel verd å lese for den som er interessert i ryggproblemer.

Ved siden av forskningen har han drevet vanlig klinisk virksomhet som fysikalsk medisin. Han var tidligere overlege ved Sentralsykehuset i Østfold, og er nå overlege ved Kysthospitalet i Stavern.



– La oss først rydde litt i begrepene, så vi vet hva vi snakker om. Når vi holder smerter på grunn av cancer, frakturer og andre slike «røde flagg» utenom, hvordan er det da best å dele opp ryggsmertene?

– Når vi står overfor en pasient i vår kliniske hverdag, er det stort sett to tilstander vi kan diagnostisere. Det ene er hvor vi finner kliniske tegn på nerverotsaffeksjon, altså isjias. Det andre er ryggssmerter, som kan være med eller uten utstråling, men hvor det ikke er tegn til at nerveroten er affisert. Det kan vi kalle «uspesifikke ryggssmerter» eller lumbago. Det er ingen kliniske undersøkelser, hvor finurlige og avanserte de enn måtte være, som har vist seg å bringe oss noe nærmere en mer spesifikk diagnose.

– Vi ser ofte pasienter med smerter som stråler ned i setet og beinet, men uten nevrologiske utfall. Er ikke det rotsmerter?

– Hvis det ikke er objektive nevrologiske funn, er det små sjanser for at selve nerven er affisert. Slike utstrålende smerter er sannsynligvis «referred pain».

– Hva med slike begreper som «låsnings» eller «subluksasjon» i ileosacralleddene eller fasettleddene?

– Disse tilstandene finnes ikke. Det finnes ikke reproduerbare metoder for å teste slike «låsnings» eller subluksasjoner. Man kan imidlertid ha kramper eller kontrakturer i for

eksempel multifidusmuskulaturen, som kan gjøre at bevegligheten mellom segmentene blir dårlig, men det er noe helt annet enn en «låsnings» av leddet.

Det eksisterer en eneste beskrivelse i verdenslitteraturen av en luksasjon av fasettledd. Det var en kaiarbeider i England som sto under en kran i et hiv. Festet røk, og arbeideren fikk et étt tonns tungt aggregat i hodet. Han fikk en luksasjon av fasettleddene til L5. Han ble operert og fiksert, og ett år etter var han i tilbake i fullt arbeid på kaia.

– Hva er årsaken til lumbago?

– Det vet vi ikke sikkert, men det ser ut til at forstyrrelser i annulus fibrosus i mellomvirvelskivene spiller en stor rolle. Skivene er kroppens største avaskulære strukturer, og de er utsatt for degenerative forandringer. Det ser ut til at afferente impulser fra særlig de laterale og postero-laterale områdene i skivene fører til forstyrrelser i det fine samspillet mellom hemming og stimulering til muskulaturen. Resultatet blir at man får kraftige og langvarige statiske kontraksjoner i ulike deler av muskulaturen, som igjen fører til smerter.

Vi har gode eksperimentelle data som peker på at dette er den basale patofysiologien. Så er naturligvis ryggen en meget komplisert struktur, med en rekke muskler hvor aktiviteten skal koordineres over mange segmenter for at den skal fungere skikkelig. Smerte ett sted kan forstyrre dette, for eksempel ved å influere på den sentrale hemmingen av andre strukturer igjen, og så kan det balle på seg, og man får en dysfunksjonell tilstand.

– Du sier at det er degenerative forandringer i skivene som trigger prosessen. Betyr det at man bør være forsiktig med ryggen for å spare skivene sine?

– Nei, det ser ut som om dette i all hovedsak skyldes arv, og at hva man gjør eller ikke gjør ikke spiller så stor rolle. Tvillingstudier viser at tungarbeid versus lett arbeid øker risikoen for skivebetingede plager i de nederste to segmentene med bare en prosent. I de tre øverste segmentene er risikoen økt med fem prosent, men det er jo som oftest de to nederste segmentene som er problemet.

– Så de gamle plakaten på veggene på arbeidsplassene med «løft riktig, spar ryggen», har ingen ting for seg?

– Nei, det ser ikke slik ut. Det er ingen forskning som tyder på at det «å løfte riktig» har noe for seg. Kanskje heller tvert imot. Det er en kjempeundersøkelse fra USA som viser at arbeidstakere i en stor bedrift som gikk på «ryggskole», fikk mer ryggplager enn de som var randomisert til kon-

trollgruppen. Men alt i alt ser det ut til at ryggen tåler så mye «misbruk» at den til og med tåler at vi «løfter riktig», selv om det er galt!

– Men hvis det er degenerative forandringer i skivene som fører til lumbago, kan vel en lumbago utvikle seg videre til isjias? Bør man ikke da være forsiktig?

– En lumbago utvikler seg jo av og til og gir rotaffeksjon, men man kan ikke forhindre det ved å «spare ryggen». Skjer det, så skjer det. Skivene er utrolig sterke, og å ødelegge en skive ved for eksempel et uheldig løft, er i praksis uråd. Det er spesielle vridninger i kombinasjon med belastninger som viser en svak sammenheng med skader, men i praksis har dette liten betydning. Vi har også eksperimentelle data på dette. Det er nesten uråd å framkalle prolaps eksperimentelt. Hvis man skviser skivene ved å applisere kraft, knuser knoklene før skivene ryker. For å «løfte på seg en isjias» må man opp i krefter som er helt ufysiologiske. For eksempel er det en dyreeksperimentell undersøkelse fra England som tyder på at det kan være skadelig å stå mer enn tre måneder av gangen!

– Tilbake til ileosacralleddene. Hva er de til?

– Det er det jo ingen som vet sikkert. Det finnes en rekke teorier og terapier for ulike dysfunksjoner i ileosacralleddene, men så lenge man ikke sikkert kjenner funksjonen, blir jo dette litt rart. Mitt postulat er at ileosacralleddene i første rekke er reseptororganer. Leddene er rikt innervert, og de har en elastisk bevegelse. De har en translasjon, dvs. opp- og ned og att og fram, på i gjennomsnitt 0,7 millimeter, med en variasjon fra 0,5 til 1,6 millimeter, og rotasjonen er maksimalt 4 grader. De er ideelt konstruert og plassert for å måle vektbelastning og via refleksbuer være med på å styre balansen i ryggen og over hoftene. Vi har gjort dyreforsøk som indikerer at dette postulatet er riktig.

– Men hva er da bekkenløsning?

– Det er ingen som kjenner skikkelig til hvordan relaxin virker på bindevev og ledd. Vi skal til å undersøke dette nærmere nå. Det ser i alle fall ikke ut til at «bekkenløsning» er noen reell løsning av leddforbindelsen i ileosacralleddene. Leddene blir litt mer elastiske, og kvinnene får en liten økning i translasjonen, men en økning på bare 0,1 millimeter vil for kvinnen kjennes ut som en skikkelig slark. Reflektorisk får man feilfunksjon og statiske kontraksjoner i rygg- og setemuskulaturen og i ileopsoas og bekkenbunnen, og jeg mener at det er her smertene kommer fra. Den økte elastisiteten i leddene er ikke så stor at leddet kan løsne mer ved belastning.

– Betyr det at de vanlige rådene vi gir, altså være forsiktede, ikke løfte og at de skal gå med små skritt, for å unngå at det skal løsne mer, er feil?

– Ja, i alle fall teoretisk er det helt feil. Det gjør at kvinnen ikke får adaptert til den større trasjen, og det holder de uheldige refleksene ved like og får dem til å balle på seg. Kvinnene burde egentlig leve normalt (løfte tungt) og gjerne gå med lange skritt!

– Fasettleddene, da, hva er de til?

– De er jo også til tider vekt bærende, og de deltar naturligvis i den samlede bevegelsen mellom segmentene. Men det ser ut til også de har en svært viktig funksjon som reseptororganer. De måler strekk, vridninger og belastninger i ryggen, og er med på reflektorisk å styre funksjonen i muskulaturen. Hvis vi for eksempel dyreeksperimentelt irriterer annulus fibrosus, får vi en spastisk kontraksjon av multifidusmuskulaturen. Hvis vi så injiserer saltvann i fasettleddet, og dermed sprenger ut kapselen, får vi en relaksasjon av kontraksjonen. Det ser altså ut til at strekk på kapselen påvirker banen mellom skiven og muskulaturen og fører til inhibisjon av motornevronene. Dette sier noe om at fasettleddene er viktige organer i det kompliserte samspillet mellom stimulerende og hemmende impulser som er så nødvendig for god funksjon i ryggen.

– La oss gå over til å snakke om behandling. Senter for medisinsk metodevurdering gav i vinter ut en rapport om ulike behandlingsformer for isjias. Du var med i den arbeidsgruppen som lagde dette heftet. Dere har gjennomgått dokumentasjonen for en lang rekke konservative behandlingsformer. Det ser gjennomgående ut til at de er dårlig dokumentert, og at de som er dokumentert, har dårlig virkning. Kommentarer?

– Ja, det er flere ting å si om dette. For det første: Når man vurderer forskningsresultater, må man ikke forveksle begrepet «strong evidence» med «god effekt». Det kan være en sikker effekt av en intervensjon, men problemet er å kvantifisere effekten, og den er dessverre ofte nokså liten. De fleste behandlinger som viser effekt, viser dessverre ofte bare effekt hvis man sammenlikner med ventelisten. For det andre: Det har vært gjort mange studier av ulike behandlinger, men svært mange av dem er av dårlig kvalitet. En dårlig designet studie vil som oftest ha bias i favør av effekt av behandlingen. Hvis en dårlig designet studie ikke viser en sikker og god effekt, er det liten sjanse for at en godt designet studie av det samme vil vise god effekt.

– Men hvorfor er det så mange ulike behandlingsformer som alle har sine svorne tilhengere?

– Når det er så mange ulike behandlingsformer som trives ved siden av hverandre, forteller det meg at ingen av dem er spesielt gode, men at alle trolig har mer eller mindre effekt. Man kan godt tenke seg at å trykke på punkter under føttene på folk kan ha effekt på ryggplager, for eksempel, ved å påvirke refleksbuer på finurlige måter. Men noen spesielt god behandling er det jo ikke, ellers ville den feid de andre av banen. I USA er ryggbehandling en milliardindustri. Tenk på alle menneskene som er involvert, i den farmasøytiske industrien, til å lage spesialmadrasser, spesialstoler, støttebelter, og som terapeuter av ulike slag. Det ville jo vært en katastrofe hvis noen fant opp en enkel og effektiv behandling. Millioner av familier ville gått i oppløsning! Og se her i Vestfold. Vestfold er et av de fylkene med størst økning av uførhet blant unge på grunn av muskel-skjelettplager og psykiske lidelser. Samtidig er Vestfold trolig det fylket i landet med størst tetthet av ulike slags terapeuter for disse lidelsene. Det må jo bety at ingen av behandlingene er så spesielt gode?

– Hvordan er vi kommet opp i denne uheldige situasjonen?

– Nei, det ser ut som vi er på et spor hvor vår tradisjonelle tenkning er i veien. Det ser ut som vi må til å tenke helt nytt. Problemet har vært at man har lagd seg en teori. Så har man konstruert en behandling basert på teorien, og så igjen vurdert behandlingen i forhold til teorien. Men man har glemt å teste om teorien har vært riktig. Et eksempel: I 50 år har man trodd at det har vært riktig å styrke ryggmuskulatur og magemuskler for å lage nærmest et «muskulært korsett». Dette skulle skåne skivene. Man har så latt folk drive trening for å oppnå dette. Men så viser det seg at muskelstyrke ikke har noen effekt. Teorien var feil. Et annet eksempel er teorien om bekkenløsning, som vi snakket om i sted.

– Mener du virkelig at trening er bortkasta for ryggpasienter?

– Nei, det er sikkert bra å trene, men på ryggsmertene virker det altså ikke. Det er vitenskapelig dokumentert. Det er rett nok mulig at trening kan være gunstig for folk med kroniske plager, for å hjelpe dem tilbake til vanlig daglig aktivitet og i arbeid, men det er svært usikkert. Dette burde for øvrig få følger for trygdekantorene. De forlanger ofte at folk må delta i treningsterapi for å fylle kravet om å være i «behandling med utsikter til bedring», men det har de altså ikke vitenskapelig dekning for.



– Finnes det altså ikke noe som kan kalles «ryggøvelser»?

– Joda, joda, vi har lagd massevis av ryggøvelser for folk, men vi har altså ikke klart å påvise at de har noen spesiell virkning.

– Sier du at vi ved vår behandling har gjort vondt verre?

– Ja, det kan godt hende, det. En amerikaner, Hadler, mener at medikaliseringen av ryggplager har gjort vondt verre, og at jo mer aktivt den medisinske profesjonen har intervenert, jo større har problemet blitt.

– Er det da grunn til den rene nihilisme her? Skal vi bare si til folk at vi dessverre ikke kan hjelpe dem?

– Nei, nei. Vi skal ta folk på alvor, og det er mye vi kan gjøre for å hjelpe dem.

– Hvordan behandler du selv ryggpasientene dine?

– Som jeg sa helt til å begynne med, er det viktig å finne ut hva de feiler. Jeg starter med en skikkelig undersøkelse for å finne ut om de har rotasjonsproblemer eller ikke. Mens jeg undersøker dem, forteller jeg hele tiden hva jeg gjør. Når jeg

ber dem gå på tærne, forteller jeg for eksempel at nå skal jeg undersøke om det er skade på den nederste nerven, og jeg forteller dem eventuelt at det ikke er det. Når jeg banker reflekser, forteller jeg dem om refleksbuene, hvilke nivåer jeg undersøker og om hvilke konklusjoner jeg drar hele veien. Og så videre. Dette er viktig, fordi det avmystifiserer lidelsen. Så palperer jeg muskulaturen for å finne ut hvilket nivå problemet sitter i – psoas, piriformis, multifidusmusklene og quadratus lumborum. Det er viktig å forklare årsaken til smerten nøye for pasienten, og å bruke enkle bilder. Jeg forklarer for eksempel at en liten sprekke i skiva fører til en liten betennelsesreaksjon, som igjen irriterer en nerve. Denne irritasjonen av nerven fører til at de små musklene trekker seg sammen i krampe. Derfor blir de stive og får for lite blod. Smertene, og frykt for mer smerter, fører igjen til at man binder seg, fordi man går som på tynn is. Dette kan gjøre situasjonen verre. Jeg forsikrer dem om at det ikke er noe farlig. Jeg ber dem holde seg i aktivitet, fordi det både vil bedre blodsirkulasjonen til musklene, og fordi det sannsynligvis vil gjøre at skiva blir fortere bra. Det er viktig at de forstår at aktivitet ikke kan forverre tilstanden, tvert imot. Det er også viktig å utrydde misforståelser om «skiveutglidning» og andre slike begreper. Hvis pasienten har rot-smerter, men det ikke er operasjonsindikasjon, er opplegget akkurat det samme.

– Og dette virker?

– Ja, dette virker. Det har vi dokumentert ved en undersøkelse i Fredrikstad. Vi gjorde en randomisert undersøkelse på pasienter som hadde vært sykmeldt mellom åtte og tolv uker, og hvor endepunktet var fortsatt sykmelding etter 200 dager. I intervensjonsgruppa var 30% fortsatt sykmeldt, mens i kontrollgruppa var hele 60% fortsatt sykmeldt. Vi gjorde også en oppfølging etter fem år. Da var 19% prosent i intervensjonsgruppa, mot 34% i kontrollgruppa, sykmeldt, og det hadde vært færre sykmeldinger i intervensjonsgruppa gjennom årene.

– Til slutt, hvorfor er det så veldig mange som får vondt i ryggen?

– Det er helt normalt å ha vondt ett eller annet sted. Så har vi litt vondt i en skulder, så i et kne, så i en fot eller en finger. Men det går over. Ryggen er en stor og komplisert konstruksjon, med mange ledd og strukturer hvor det kan skje noe som gjør vondt. Heldigvis er det sjelden noe særlig å ta på veg for.

Referanser

1 Indahl A. Low Back Pain – A Functional Disturbance. Physiology and Treatment. Centre for Orthopaedics, National Hospital, University of Oslo. Oslo 1999.