

Korsryggsmerter

SVAR FRA AAGE INDAHL

I Utposten nr 5/2001 var det et intervju med meg om patofysiologien og behandlingen av korsryggsmerter. Intervjuet førte til reaksjoner som var trykt i Utposten nr 7-8/2001.

Svar til Liv Inger Strand, Anne Elisabeth Ljunggren og Kjersti Storheim, som skrev om trening av ryggpasienter.

Det var da svært til skriverier om noe det ser ut til at vi er enige om, nemlig at trening for akutte ryggsmarter, det vil si i løpet av de første 3 månedene, ikke har påviselig effekt. Videre om at trening kan ha noe å si for kroniske ryggsmarter, for å komme i gang og bedre funksjonen.

Nå var artikkelen i Utposten et intervju med undertegnede. Det blir da naturlig at en fokuserer på hva intervjuobjektet har gjort og mener. Det var med andre ord ikke en vitenskapelig artikkel som fokuserte på trening, og heller ikke en artikkel med referanser. Intervjueren har ført opp mitt doktorgradsarbeid som referanse, og det synes jeg er nokså naturlig i et personlig intervju.

Innsenderne ytrer ønske om en full oversikt over det jeg gjør med pasientene. Det lyder noe underlig. Jeg vet ikke om noen andre som har utgitt en fullstendig beskrivelse av hvordan de undersøker og behandler. Hvis forfatterne er interessert i dette ut fra et ønske om å lære, er de hjertelig velkomne til å hospitere.

For å forsøke å være mer presis, så er det korrekt som inn-skriverne hevder, at det finnes få holdepunkter for at trening har noen effekt ved akutte ryggsmarter, det vil si i løpet av de 3 første månedene. En behandling som ikke har påviselig effekt i tilstandens første 3 måneder, kan neppe kalles en spesifikk behandling av tilstanden. Studier som viser en positiv effekt av trening, har som oftest en passiv kontrollgruppe. Når trening sammenlignes med kontrollgrupper med aktive tiltak, faller effekten vanligvis bort (personlig meddelelse fra van Tulder). Med andre ord ser det ut til at den effekten som påvises, er en generell effekt av å stimulere til aktivitet, og ikke en spesifikk behandling for ryggsmarter. Fysisk aktivitet ser ut til å ha samme effekt på en rekke smertetilstander av ulikt opphav.

Når det gjelder de nye rapportene fra Australia, fra Paul Hodges gruppe, er det for tidlig å si om dette kan vise seg å være en effektiv behandling. Alle nye behandlingsformer ser ut til å ha effekt til å begynne med. Denne behandlingen blir beskrevet som «stabiliserende trening». Det er imidlertid et stort problem at begrepene «stabilitet», «instabilitet» og «stabiliserende øvelser» ikke har noen klare definisjoner og ikke er målbare størrelser. De er med andre ord begreper innenfor en «filosofi», og dette er det vanskelig å forholde seg til. Forsøk på å måle bevegelsen mellom spinale segmenter hvor en mistenker «instabilitet», har vist at det gjennomgående er mindre bevegelse hos de «instabile» enn hos friske. Dette ser også ut til å være tilfelle hos de med spondylolyse med spondylolisthese.

Det som virkelig bekymrer meg, er at vi ikke har noen virkelig effektive behandlingsmåter. Faren ved å forsvare lite effektive metoder er at det skapes et inntrykk av større effektivitet enn faktum er. Dette kan være til hinder for at det settes nok fokus på å finne fram til nye og mer effektive tiltak. Hensynet til pasienten bør komme foran forsvaret av behandleren.

Svar til Knut Laake, som skrev om begrepet «funksjonell forstyrrelse»

Jeg er enig i at det er viktig med presise formuleringer. Min avhandling beveger seg i grenseskiktet mellom patofysiologi og kognitive funksjoner. Jeg interesserer meg for hvordan refleksmekanismer kan påvirkes av hva vi tror og gjør. «A functional disturbance», som er undertittelen i min avhandling, henspiller på nevrofysiologiske forstyrrelser som også påvirkes av kognitive funksjoner. Det er derfor ikke det samme som en «funksjonell lidelse» eller «functional disease». Jeg har ikke fått slike tilbakemeldinger på tittelen i min avhandling tidligere. At benevnelsen «funksjonell forstyrrelse» også er overtatt av psykiatrien trodde jeg ikke, men jeg har da heller aldri forstått hvorfor psykiatrien kunne benytte seg av betegnelsen «funksjonell lidelse». Det er mulig at undertittelen kunne oversettes med «funksjonsforstyrrelse».