

Utposten publiserer artikkelserien under denne fellesbetegnelsen. Vi ønsker å sette søkelys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

Vondt i ryggen

fortsatt en utfordring for fastlegen

■ ERIK L. WERNER • Fastlege, førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo og seniorforsker ved Allmennmedisinsk Forskningsenhet i Bergen

Ganske ofte møter jeg kolleger som spør «Er det noe nytt med de vonde ryggene?», og som regel svarer de selv, før jeg rekker det: «Nei, det er vel ikke det. Ikke noe som virker....» Begge deler er feil, og i det følgende skal jeg redegjøre litt for det.

I en relativt nylig publisert studie sammenlignet vi forekomst og behandling av ryggplager hos fastlegene i 2011 mot 2001 (1). Resultatene var for så vidt ikke så opplyftende; forekomsten av pasienter som henvender seg til fastlegen for sin vonde rygg var nokså uendret på 3 prosent av alle konsultasjoner, og fastlegens håndtering av disse hadde ikke endret seg på ti år. Den eneste forskjellen vi fant i 2011 i forhold til 2001, var at like mange ble henvist til bildediagnostikk, men nå til MR mot tidligere til vanlig røntgenundersøkelse.

Akutt vond rygg går over spontant

Det er viktig at fastlegen skiller den akutte vonde ryggen fra den langvarige (kroniske) fordi dette har behandlingsmessige konsekvenser. 90 prosent av de akutte vonde ryggene går over i løpet av noen dager eller uker, sjelden mer enn fire til seks uker (2). Fastlegens viktigste oppgave her er å formidle nettopp dette til pasienten, og eventuelt gi god smertelindring underveis. Det er ikke vist at noen kjent behandling (akupunktur, medikamenter, kiropraktikk) forkorter forløpet for den akutt vonde ryggen (3,4). «The good news» er altså at det går over, forutsatt at ikke pasienten inntar pasiviserende holdninger og aktiviteter.

Min erfaring er at frykten for alvorlig sykdom eller senere komplikasjoner er en sterkere drivkraft for pasientens krav om at «noe må gjøres», enn smerteintensiteten i seg selv. Jeg tror mange leger tar for lett på dette, og glemmer å hente frem pasientens tanker og frykt i denne fasen. Det er bare når pasienten kan få uttrykt dette, at vi kan klare å formidle en betryggende forståelse av viktigheten av å opprettholde vanlig aktivitet mens vi venter på naturens tilhelende krefter.

Hva når pasienten krever et MR-bilde?

De fleste leger har fått med seg at MR-bilde ikke er indisert ved akutte, uspesifikke korsryggsmarter, men mange fortsetter likevel å rekvirere dette. Fordi pasienten forventer det, eller vil føle seg tryggere når bildet er tatt. Det er vist i flere studier at MR-bilder ikke påvirker behandlingen, men at det forlenger forløpet (5,6). Ingen blir bra i ventetid, er min erfaring.

Denne samtalen har jeg ofte:

PASIENTEN: Jeg vil gjerne ha tatt et MR-bilde.

Jeg tror jeg vil føle meg tryggere da, ved å være helt sikker på at det ikke er noe galt.

JEG: Ja, men det kan vi ordne. Det tar riktignok litt tid, kanskje fire til fem uker, eller du kan betale noen tusenlapper og gjøre det privat.

PASIENTEN: Ja, da får jeg heller betale det som det koster.

JEG: OK, da kan jeg ordne det. Men hva tenker du at dette bildet skal bidra til?

PASIENTEN: At du kan se at det ikke er noe galt i ryggen!

JEG: Men alle slike bilder vil jo vise noe «galt» i ryggen! Vi vil helt sikkert kunne se at noen av skivene dine buker litt, kanskje har du et prolaps, og kanskje er det litt

trangt i kanalene der nervene går ut. Sånn er det hos oss alle. Men det forklarer ikke ryggsmertene dine.

PASIENTEN: Å?

JEG: Nei, dette er normale forandringer i ryggen som finnes både hos folk som har vondt i ryggen og like hyppig hos de som ikke har det. La oss nå skru tiden noen uker frem i tiden, vi sier at vi har tatt bildet som viser det jeg nevnte, og ryggsmertene dine er sannsynligvis litt mindre intense. Hva tenker du nå at vi kan bruke dette bildet til?

Omtrent på dette stadiet er det at det som regel går opp for pasienten at dette bildet kanskje ikke er så viktig. At det kanskje er bortkastet tid og penger. Studier har dessuten vist at det oftere er legen enn pasienten som faktisk er drivkraften for å rekvirere bildediagnostikk (7). Det gir vel en følelse av handlekraft og tiltak. Men det pasienten etterspør er trygghet og eventuelt smertelindring.

Når den vonde ryggen ikke går over

I 10–15 prosent av tilfellene går ikke den vonde ryggen over som forventet. Personlig tenker jeg at de ryggplagene som ikke har gitt seg etter fire til seks uker, ikke kommer til å gjøre det etter 12 uker heller, som er den vanlige grensen for når vi kaller det kronisk, eller langvarig, ryggsmerte. (De norske retningslinjene opererer med uttrykket *langvarig* fremfor kronisk, for å unngå inntrykket av livslang lidelse (8).) Da må vi spørre oss hvilke mekanismer som hindrer tilhelingen. Ofte er slike langvarige ryggplager forbundet med tilsvarende langvarig sykefravær, og her er nok forholdene som påvirker dette ganske sammensatte. Enhver sykmelding er påvirket av forhold ikke bare ved pasienten,

men også ved legen, arbeidsplassen og samfunnets ordninger. I en oversiktsartikkel har vi sett på faktorer knyttet til hver av disse partene (9). Vi ser at ryggplagene i seg selv kanskje er de minst viktige, mens pasientens og legens holdninger, grad av selvstendighet i jobben, og samfunnets holdninger og trygdeytelser sannsynligvis har større betydning. Det kan være nyttig om legen forsøker å utforske disse forholdene sammen med pasienten, og se hvor skoen trykker.

Behandlingen av den langvarige ryggdilelse tar utgangspunkt i pasientens frykt for alvorlig sykdom og frykt for å fremprovosere smerter. De fleste ryggpasientene vil kunne bekrefte at de har gjort vesentlige endringer i dagliglivet: sluttet å trene, sluttet å gjøre fritidsaktiviteter, tilpasset gangmønsteret for å unngå smerter, og som regel vært sykmeldt. Mange har oppsøkt ulike behandlere og fått mange divergerende forklaringer og råd. Dette skaper

frustrasjon og usikkerhet. Når vi ser på bevegelsesmønsteret, så er det mange unaturlige bevegelser som er innlært av frykt for å fremprovosere smerter. Det er rimelig å tenke at dette gjør noe med det muskulære samspillet som igjen kan virke vedlikeholdende på ryggsmertene.

Både norske og internasjonale retningslinjer anbefaler tverrfaglig kognitivt basert behandling av pasienter med langvarige ryggplager (8). Det er ikke vist at noen spesiell treningsteknikk har fortrinn fremfor andre (8), og det viktigste blir å normalisere bevegelsesmønsteret. Vi bruker samme teknikk som i behandling av angst; eksponeringsstrategi. Pasienten må lære å utføre bevegelser slik han/hun pleide å gjøre før. Rent praktisk vil stavgang og uttøyinger være hensiktsmessig. Parallelt med dette må pasientens frykt, tanker og holdninger bli utfordret i en trygg atmosfære.

Min erfaring er at fastlegen ikke kan klare dette selv. Derfor er mitt innstendige råd

til kollegene at den ryggpasienten som ikke er tilbake på jobb og frisk i ryggen etter fire til fem uker bør henvises til et tverrfaglig, gruppebasert ryggtilbud. Dessverre erfarer vi stadig at legene lar pasientene bli gående med uendret smerte, og fortsatt sykmeldt i månedsvis, før dette skjer.

Modic-forandringer og antibiotika

Jo, det skjer stadig «noe nytt» i ryggforskningen. De siste årene har det vært mye oppmerksomhet rundt såkalte Modic-forandringer på ryggvirvlene. Dette er degenerative forandringer på endeplatene, som man finner sammenhengende med pasientens aktuelle ryggplager (10). Det er vist at Type 1 Modic-forandringer er sterkere assosiert med sykefravær enn Type 2-forandringer (11).

Betydningen av Modic-forandringer er omdiskutert (11) og mange klinikere spør seg om nytten av slik bildediagnostikk. Et

Fastlegen har en svært viktig rolle for ryggpasienter.





90 prosent av de akutt vonde ryggene går over i løpet av noen dager eller uker. FOTO: COLOURBOX

naturlig budskap til pasienten med Type 1-forandringer vil jo være at smertene er kommet for å bli og at intet kan gjøres for å påvirke dette. Personlig bestrider jeg dette utsagnet, og jeg tenker at vi med dette kan sende mange ut i uhensiktsmessig uførhet.

En gruppe danske forskere fant for noen år siden forekomst av de anaerobe mikrobenes *Propionibacterium Acnes* og *Corynebacterium propinquum* hos pasienter med Type 1-Modic forandringer, og mente å kunne vise at behandling med amoxicillin i kombinasjon med klavulansyre ga en effekt på smerte og funksjon som var bedre enn placebo (12). Studien er til dels kraftig imøtegått på grunn av metodiske svakheter (13). Det pågår nå større studier for å etterprøve resultatene.

Sammensatte plager

De fleste pasienter med langvarige ryggsmarter har flere helseplager samtidig. I en norsk studie fra en ryggpoliklinikk viste det seg at bare syv av 457 henviste pasienter ikke hadde til dels betydelig komorbiditet (14). Spesielt vil mange (1/3) ha en depresjon, selv om det er usikkert i hvilken grad denne skyldes eller følger av ryggplagene (15). Allmennlegens oppgave er å se hele pasienten, og da må vi se pasientens samlede helseplager under ett. Kanskje blir det meningsløst å fokusere på en vond rygg, hvis plagene er sammensatte og andre både medisinske og ikke-medisinske

forhold kanskje har større betydning. Vi har foreløpig ikke etablert gode behandlingsstrategier for MUS (medisinsk uforklarte symptomer), men dette er viktige forskningstema for flere allmennmedisinske forskningsgrupper i Norge.

Konklusjon

Fastlegen har en svært viktig rolle for ryggpasienten. Legen må være bevisst sin rolle og få frem pasientens frykt og bekymringer, slik at rådet om å opprettholde daglige aktiviteter og å gi pasienten tillit til plagenes selvtilhørende egenskaper blir troverdige. Hvis plagene likevel varer ved, må legen ikke drøye lenge med å henvise til et tverrfaglig ryggtilbud i kommunen eller spesialisthelsetjenesten. Parallelt med dette må legen utforske pasientens totale situasjon, og drøfte sammen med pasienten hvordan ulike faktorer kan tenkes å påvirke smerteopplevelsen og eventuelt arbeidsuførheten.

Så hva skulle jeg svare kollegaen som fastslo at det ikke hadde skjedd noe nytt med ryggforskningen, hvis jeg hadde vært kjapp nok i replikken? I min egen praksis finner jeg det nyttig å vite *hvilken* ryggpasient jeg snakker med; er det et akutt tilfelle, eller et som har vart lenge? Denne inndelingen avgjør hvordan jeg forholder meg til pasienten. Foreløpig legger jeg liten vekt på MR-beskrivelser av Modic-forandringer, og det norske ryggmiljøet er sam-

stemte i en avventende holdning til eventuell antibiotikabehandling inntil vi har mer kunnskap. Og jeg synes kunnskapen om MR-bildenes begrensede nytte er viktig for å kunne møte pasienten med noe mer enn en kjapp henvisning til bildediagnostikk. I sum gjelder det vel her som i all annen medisin på legekontoret; å ha en bevisst strategi for ulike problemstillinger.

REFERANSER

1. Werner EL, Ihlebæk C. Hva gjør primærlegen med ryggpasienten? Tidsskr Nor Legefor 2012; 132: 2388–90.
2. van Tulder M, Becker A, Bekkering et al. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. Eur Spine J 2006; 15 (Suppl 2): S169–S191.
3. Rubinstein SM, van Middelkoop M, Assendelft WJJ et al. Spinal manipulative therapy for chronic low-back pain. Cochrane Summaries 2011; Issue 2. Art. No.: CD008112. DOI: 10.1002/14651858.CD008112.pub2.
4. Madsen MV, Gøtzche PC, Hröbjartsson A. Acupuncture treatment for pain: systematic review of randomized clinical trials with acupuncture, placebo acupuncture, and no acupuncture groups. BMJ 2000; 338:a3115.
5. Webster BS, Cifuentes M. Relationship of early magnetic resonance imaging for work-related acute low back pain with disability and medical utilization outcomes. JOEM 2010; 52 (9): 900–907.
6. Gilbert FJ, Grant AM, Gillan MG et al. Low back pain: Influence of early MR imaging or CT on treatment and outcome – multicenter randomized trial. Radiology 2004; 231: 343–351.
7. Ring A, Dowrick C, Humphris G et al. Do patients with unexplained physical symptoms pressurize general practitioners for somatic treatment? A qualitative study. BMJ 2004; 328 (7447): 1057–1060.
8. Lærum E, Brox JI, Werner EL. Vond rygg – fortsatt en klinisk utfordring. Tidsskr Nor Legefor 2010; 130: 2248–51.
9. Werner EL, Côté P, Fullen BM et al. Physicians' determinants for sick-listing LBP patients. A systematic review. Clin J Pain 2012; 28(4): 364–71.
10. Jensen OK, Nielsen CV, Sørensen JS et al. Type 1 Modic changes was a significant risk factor for 1-year outcome in sick-listed low back pain patients: a nested cohort study using magnetic resonance imaging of the lumbar spine. The Spine Journal 2014; 14: 2568–2581.
11. Steffens D, Hancock MJ, Maher CG et al. Does magnetic resonance imaging predict future low back pain? A systematic review. Eur J Pain 2014; 18 (6): 755–65.
12. Albert HB, Sørensen JS, Christensen BS et al. Antibiotic treatment in patients with chronic low back pain and vertebral bone edema (Modic type 1 changes): a double-blind randomized clinical controlled trial of efficacy. Eur Spine J 2013; 22: 697–707.
13. McCartney M. Antibiotics for back pain: hope or hype? BMJ 2013; 346:f3122.
14. Hagen EM, Svensen E, Eriksen HR et al. Comorbid subjective health complaints in low back pain. Spine 2006; 31 (13): 1491–95.
15. Reme S, Eriksen HR. Is one question enough to screen for depression? Scand J Pub Health 2010; 38: 618–24.

■ E.L.WERNER@MEDISIN.UIO.NO