

På tide med tverrfaglige retningslinjer for behandling av seneplager?

Behandling av tendinopati



■ Muskel- og skjelettplager koster mest og får minst, hevder noen. Det er blitt avsatt midler til forskning på og utvikling av nasjonale retningslinjer for undersøkelse og behandling av ryggsmarter. Noe tilsvarende bør gjøres når det gjelder smerter fra seneapparatet.

Tendinopati er en samlebetegnelse for ulike patologiske forandringer karakterisert ved smerte fremkalt ved belastning av sener. Prevalenstillene varierer, men for overekstremitetene samlet angis vanligvis en prevalens på omkring 10%, med skulderens seneapparat som hyppigste lokalisasjon (1). En tendinopatiepisode i skulder/albue varer gjerne i 10–12 måneder, og et mindretall av de rammede får mer langvarige plager. Forekomsten av partielle og komplette senerupturer øker med alderen. Belastning er også en risikofaktor. I en NOU-rapport fra 2008 om revisjon av yrkesskadelisten anbefales at tendinopati og tenosynovitt i skulder/arm/hånd skal gi yrkesskadestatus når jobbmessig belastning kan dokumenteres (2). Vi mangler pålitelige data for hvordan man i primærhelsetjenesten her i landet behandler pasienter med tendinopati. Glukokortikoidinjeksjoner eller perorale ikke-steroid antiinflammatoriske legemidler (NSAID) anbefales hyppig i norske medisinske lærebøker, og det er derfor grunn å tro at dette er mye brukt. En del pasienter med subakutte og kroniske plager henvises videre til fysioterapi. Omkring hver femte pasient ved de fysikalske instituttene har en diagnose relatert til seneapparatet (3). Sannsynligvis får disse en kombinasjon av fysikalsk behandling og treningsterapi, men det er nok betydelig variasjon. I siste instans henvises gjerne pasienten til kirurgisk behandling.

Det er flere grunner til at det begynner å bli helsepolitisk nødvendig med en tverrfaglig gjennomgang av behandlingspraksisen og at man får i stand nye, forskningsbaserte retningslinjer for tendinopati. I NOU-rapporten tok man ikke med forskningsmiljøet innen fysioterapi – hvorfor? Samtidig omtales bare subjektive målemerker for diagnostisering av tendinopati/tenosynovitt – stringente objektive kriterier for å stille diagnosen blir ikke presentert. Primærkontaktene vil få en vanskelig oppgave med skille sikkert mellom tendinopati og andre plager når spørsmålet er yrkesskade eller ikke. Spesielt ved langvarige plager er skulderdiagnostikken et område hvor selv ekspertene sliter med å bli enige (4). På behandlingssiden er det betydelig forbedringspotensial. Innen fysioterapi er enkelte fysikalske og manuelle behandlingsformer dårlig dokumentert og bør byttes ut med mer effektive. Mye tyder også på at øvelsesbehandling bør doseres forskjellig i ulike pasientgrupper. Når det gjelder legens område, vet vi at langvarig legemiddelbruk er forbundet med dårlig prognose ved rotatortendinose (5). Det er signifikant dårligere langtidsresultater etter steroidinjeksjoner enn etter andre behandlingsformer/i kontrollgrupper (6, 7) Steroidinjeksjoner gir den mest effektive smertelindringen på kort sikt og har dårligst effekt på lang sikt. Grunnen er nok at lokale injeksjoner og systemisk behandling med steroider virker negativt inn på tilhelingsprosessene og senenes strekkstyrke (8).

Pasientene må betale vesentlig mer i egenandel ved opptrening hos fysioterapeut enn ved kirurgi. Samtidig utløser operasjon fritak for egenandel til fysioterapi i opptreningstiden. Dermed gjøres veien til operasjonssalen enkel og kort for tendinopatipasientene. Man kan spørre seg om dette fører til overforbruk av kirurgiske tjenester. Når det også er slik at man i flere studier ikke finner signi-

fikante forskjeller mellom kirurgisk behandling og øvelsesbehandling (9), gir det ekstra grunn til bekymring. I dette nummer av Tidsskriftet er oppmerksomheten rettet mot behandling av de langvarige og behandlingsresistente tendinopatiene. Sjøkkbølgebehandling (extracorporeal shock wave therapy, ESWT) er en relativt ny fysikalsk metode som markedsføres som et alternativ til kirurgi og brukes av både leger og fysioterapeuter. I en systematisk oversiktsartikkel om effekten av sjøkkbølgebehandling fant man at den var effektiv ved kalsifisert rotatormansjettendinopati og tennisalbue, men ikke ved plantarfasciitt (10). Resultatene fra enkeltundersøkelser er imidlertid sprikende. Fremtidig forskning vil forhåpentligvis kunne gi oss bedre svar.

Mangelen på internasjonale behandlingsretningslinjer for tendinopati er slående. Visst trenger vi mer kunnskap om patologiske forhold og diagnostikk og om hvilke «behandlingspakker» som kan endre eller forkorte sykdomsforløpet. Men det foreligger allerede kunnskap om hva som trengs for å få til en vesentlig forbedring av det eksisterende tilbudet, og vi har gode forskningsmiljøer som kan bidra. Helsemyndighetene bør derfor skape en tverrfaglig arena for å finne frem til de beste forskningsbaserte tiltakene. Et slikt initiativ vil sannsynligvis føre til forbedring for både pasienter og klinikere og dertil innebære lavere helseutgifter. I tillegg vil sannsynligvis også norsk forskning på dette området bli styrket.

Mens vi venter på at helsemyndighetene skal handle, kan klinikerne bidra til å dempe forventningen om rask bedring når det foreligger skader i senestrukturen. I dag vet vi at det tar tid.

Jan Magnus Bjordal
jmb@hib.no

Jan Magnus Bjordal (f. 1957) er fysioterapeut, professor ved Senter for kunnskapsbasert praksis, Høgskolen i Bergen, og ved Institutt for samfunnsmedisinske fag ved Universitetet i Bergen.

Litteratur

1. Silverstein BA, Viikari-Juntura E, Fan ZJ et al. Natural course of nontraumatic rotator cuff tendinitis and shoulder symptoms in a working population. *Scand J Work Environ Health* 2006; 32: 99–108.
2. Norges offentlige utredninger. Yrkessykdomsutvalgets utredning av hvilke sykdommer som bør kunne godkjennes som yrkessykdom. NOU 2008: 11: 1–175.
3. Vasseljen O, Hansen AE. Pasienter i privat praksis – hvem er de og hva lider de av? *Fysioterapeuten* 2002; 69: 13–8.
4. Norregaard J, Krogsgaard MR, Lorenzen T et al. Diagnosing patients with longstanding shoulder joint pain. *Ann Rheum Dis* 2002; 61: 646–9.
5. Brox JI, Brevik JI. Prognostic factors in patients with rotator tendinosis (stage II impingement syndrome) of the shoulder. *Scand J Prim Health Care* 1996; 14: 100–5.
6. Coombes BK, Bissens L, Vicenzino B. Efficacy and safety of corticosteroid injections and other injections for management of tendinopathy: a systematic review of randomised controlled trials. *Lancet* 2010; e-publisert 21.10.
7. Rompe JD, Segal NA, Cacchio A et al. Home training, local corticosteroid injection, or radial shock wave therapy for greater trochanter pain syndrome. *Am J Sports Med* 2009; 37: 1981–90.
8. Olchowik G, Siek E, Tomaszewska M et al. The evaluation of mechanical properties of animal tendons after corticosteroid therapy. *Folia Histochem Cytobiol* 2008; 46: 373–7.
9. Dorrestijn O, Stevens M, Winters JC et al. Conservative or surgical treatment for subacromial impingement syndrome? A systematic review. *J Shoulder Elbow Surg* 2009; 18: 652–60.
10. Storheim K, Gjersing L, Bølstad K et al. Sjøkkbølge- og trykkbølgebehandling ved kroniske muskel- og skjelettsmerter. *Tidsskr Nor Legeforen* 2010; 130: 2360–4.