

## Kommentar til:

### *Radial extracorporeal shockwave treatment compared with supervised exercises in patients with subacromial pain syndrome: Engebretsen m.fl. 2009*

*Kjetil Nord-Varhaug har i en kommentar i «Fysioterapi i privat praksis» kommentert vår artikkel publisert i British Medical Journal (BMJ) «Radial extracorporeal shockwave treatment compared with supervised exercises in patients with subacromial pain syndrome: single blind randomised study.» (1)*

Det er sterk tro på trykkbølgebehandling blant pasienter og behandlere. Metoden har fått mye omtale i media i den senere tid. Det er ikke uventet at mange har tro på denne behandlingsformen. Den er rask og grei å gjennomføre. Derimot er den vitenskapelige effekten noe omdiskutert. Da resultatene av vår studie ble presentert på en kongress i Madrid i september 2009 spurte møtelederen om hvorfor vi valgte å sammenlikne veiledet trening med en behandling (trykkbølge) som ikke hadde effekt. Grunnlaget for dette synspunktet var bl.a. en studie i Journal of Bone Joint Surgery (Br) som ikke fant effekt av trykkbølge for subakromiale smerter sammenliknet med sham-trykkbølge (placebo). (2)

#### **Oppsiktsvekkende**

Det er ikke ofte norske fysioterapeuter får studier publisert i det anerkjente medisinske tidsskriftet BMJ. Det er derfor litt oppsiktsvekkende at en norsk fysioterapeut gjør seg til dommer over forfattere, fagfelle vurdering og redaksjonen i BMJ. Det er bra med engasjement og «kritikk» av studien, men det forbauser oss noe at han får uttrykke sin mening over tre sider i «Fysioterapi i privat praksis» uten at vi samtidig blir bedt om en kommentar.

Det er grunn til å presisere at studien ikke beviser at rESWT ikke kan behandle skuldersmerter, men at behandlingseffekten vurdert de første 18 ukene i denne studien var forskjellig fra og dårligere enn trening veiledet av fysioterapeut. Studien er gjennomført i andrelinjetjenesten og omfattet pasienter

som ikke hadde effekt av behandling i primærhelsetjenesten. Som motbevis legger Nord-Varhaug sin egen observasjon av enkeltpasienter til grunn. Det kan være nyttig å belyse aspekter av en behandling gjennom kvalitativ analyse av enkeltpasienter, men Nord-Varhaugs observasjon blir stående alene som en påstand eller meningsytring.

Forskjellen i endring mellom to eller flere behandlingsformer tolkes som behandlingseffekt dersom den er signifikant. Det kan diskuteres om forskjellen mellom trykkbølgebehandling og veiledet trening er klinisk signifikant, det vil si så stor at den har betydning for pasienten.

Endring over tid i en studie uten kontrollgruppe, kan vanligvis ikke tolkes som behandlingseffekt med mindre den er minst 10 ganger større enn forventet. Vi vil oppfordre Nord-Varhaug til å lese mer om randomiserte studier. (3)

I den aktuelle studien var effekten etter 1 år omtrent den samme (Engebretsen et al. under revidering) som ved 18 uker, men ikke lenger signifikant på 0.05 nivå, men på 0.09 nivå, det vil si bare 91 % statistisk sannsynlig forskjellig. Dette tolkes som at resultatene ikke var forskjellige etter 1 år. Studien er primært designet som en korttidsstudie, og flere pasienter i trykkbølgegruppen hadde tilleggsbehandling fram til 1 år. Dette bidrar til at 1-årsresultatene ikke gir samme grunnlag for å anbefale trykkbølgebehandling ved subakromiale smerter.

#### **Bildediagnostikk**

Nord-Varhaug hevder at diagnosekriteriene er diffuse, og at dette forklarer resultatene. Han hevder at manglende bruk av bildediagnostikk er en vesentlig svakhet ved studien.

Subakromiale smerter er en klinisk diagnose – rotator tendinose, supraspinatus tendinitt eller impingement syndrom er andre navn på samme tilstand. Kombinerte kliniske tester er anbefalt



*Kjetil Nord-Varhaug kritiserte i forrige blad en studie som tar for seg sjokkbølgebehandling. Nå svarer forskerne for seg.*

som beste diagnosemetode. (4) Ingen enkle kliniske tester er diagnostiske, men det er heller ikke bildediagnostikk ved denne tilstanden. Ved vanlige bløtdelslidelser eller degenerative forandringer som opptrer hyppig i befolkningen, er det dårlig samsvar mellom bildediagnostiske funn og pasientens plager (5-7). Bruk av MR eller ultralyd kan derfor være mer forvirrende enn oppklarende, men er indisert preoperativt eller ved særskilt mistanke om alvorlige differensialdiagnoser. De fleste av pasientene i denne studien hadde bildediagnostisk vurdering, men det ble ikke brukt som utvalgsriterium. Vi kunne ha brukt subakromial diagnostisk blokkade, men også denne metoden har svakheter. Vi brukte tilsvarende inklusjonskriterier i en studie av effekten av lokal eller systemisk kortison. (8) I en prognosestudie fant vi ingen effekt av bildediagnostiske funn på sluttresultatet (Ekeberg et al. innsendt for publikasjon).

#### **Andrelinjetjenesten**

I andrelinjetjenesten søker vi etter best mulig verktøy for å behandle pasienter vi får henvist fra primærhelsetjenesten. Det bør derfor ikke være basert på «flaks». Nord-Varhaug har misforstått forskerens oppgave når han skriver at

man til dags dato ikke har klart å påvise effekt av trykkbølgebehandling ved skulderlidelser. Det er ikke forskerens oppgave å påvise, men å forkaste en null-hypotese om at behandlingene er like. Det er vanskelig å være unbiased, upåvirket eller verdifri i forskningen, men gjennom å følge bestemte metoder og ved fagfellevurdering før eventuell publisering, er det ganske høy grad av kvalitetssikring. Det har tidligere vært en tendens til at studier med negativt resultat ikke har blitt publisert, men dette er nå vanskelig gjort gjennom obligatorisk registrering av protokoll.

Nord-Varhaug kritiserer at pasientene fikk bruke NSAIDs. Slike medisiner er til dels fritt tilgjengelig for salg uten resept. Det er derfor vanskelig å legge ned forbud og kontrollere bruken. Vi vet for lite om hvordan samtidig bruk av NSAIDs påvirker det kliniske resultatet hos pasienter som får trykkbølgebehandling.

#### Billigere eller dyrere

Treningsgruppen fikk ikke 24, men i gjennomsnitt 14 behandlinger. Dette reduserer prisen til 5600 kr. om vi bruker Nord-Varhaugs markedspris på 400 kr. pr. behandling. For trykkbølgebehandling betales ofte mer enn 500 kr., opptil 750 kr. Regner vi med 600 kr. blir prisen 3600 kr. Trykkbølgebehandling er tilsynelatende billigere, men i vår studie var det en forskjell i sykefravær og tilleggsbehandling som gjorde at behandlingen i trykkbølgegruppen var vesentlig dyrere. Vi beregnet imidlertid

ikke kostnader i studien og vårt anslag er i likhet med Nord-Varhaug, basert på markedspriser.

Vi er enige i at en ny studie kan anbefales. Det vil kunne bidra til økt kunnskap å studere om trykkbølge eller shamtrykkbølge har tilleggseffekt til trening veiledet av fysioterapeut. Det er imidlertid krevende å gjennomføre randomiserte studier. Noen få studier når gjennom nåløyet og blir publisert i BMJ. Hovedkonklusjonen i vår studie vil fortsatt være den som er publisert i artikkelen.

*Fra forfattergruppen av artikkelen  
Kaia Engebretsen MSc, fysioterapeut\*,  
Margreth Grotle PhD fysioterapeut2,  
Erik Bautz-Holter MD PhD, Leiv  
Sandvik, PhD3, Niels G. Juel MD, Ole  
Marius Ekeberg MD, Jens Ivar Brox  
MD PhD1*

*Avd for fysikalsk medisin og rehabilitering,  
Oslo universitetssykehus, Ullevål  
og medisinsk fakultet uio  
2FORMI, Formidlingsenheten for muskel-/skjelettlidelser, Oslo universitetssykehus, Ullevål*

*3Seksjon for biostatistikk og epidemiologi, Oslo universitetssykehus, Ullevål  
1Ortopedisk avd., Seksjon for fysikalsk medisin og rehabilitering, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet og medisinsk fakultet uio*

#### Litteratur

1. Engebretsen K, Grotle M, Bautz-Holter E, et al. Radial extracorporeal shockwave treatment compared with

supervised exercises in patients with subacromial pain syndrome: single blind randomised study. *BMJ* 2009; 339: b3360.

2. Speed CA, Richards C, Nichols D, et al. Extracorporeal shock-wave therapy for tendonitis of the rotator cuff. A double-blind, randomised, controlled trial. *J Bone Joint Surg Br* 2002; 84: 509-12.
3. Brox JI. The contribution of RCTs to quality management and their feasibility in practice. *Eur Spine J* 2009.
4. Park HB, Yokota A, Gill HS, et al. Diagnostic accuracy of clinical tests for the different degrees of subacromial impingement syndrome. *J Bone Joint Surg Am* 2005; 87: 1446-55.
5. Englund M, Guermazi A, Gale D, et al. Incidental meniscal findings on knee MRI in middle-aged and elderly persons. *N Engl J Med* 2008; 359: 1108-15.
6. Chou R, Fu R, Carrino JA, et al. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2009; 373: 463-72.
7. Mitchell C, Adebajo A, Hay E, et al. Shoulder pain: diagnosis and management in primary care. *BMJ* 2005; 331: 1124-8.
8. Ekeberg OM, Bautz-Holter E, Tveitå EK, et al. Subacromial ultrasound guided or systemic steroid injection for rotator cuff disease: randomised double blind study. *BMJ* 2009; 338: a3112.

## Introduksjonskurs Basal Kroppskjennskap (BK)

Svarstad i Vestfold 21. -23. april 2010

Internatkurs på Gavelstad hotell, Svarstad  
21. -23. april 2010

Kort praktisk og teoretisk innføring i BK,

**Påmelding** innen 15. mars til ul-britt@online.no  
Påmelding er bindende etter påmeldingsdatoen.  
Påmelding skjer ved innbetaling av kursavgiften på  
konto 6062.05.9602.  
Kursavgift kr. 2500,-

For mer informasjon se [www.nibk.org](http://www.nibk.org)

#### Kursleder:

Ulla-Britt Skatteboe, lærer i Basal Kroppskjennskap NIBK,  
Epost: [Ul-britt@online.no](mailto:Ul-britt@online.no)  
Hjemmeside: [www.nibk.org](http://www.nibk.org)

#### Assistent:

Jane Fulford, lærerkandidat i BK,  
epost: [janeccfulford@hotmail.com](mailto:janeccfulford@hotmail.com)