

Nord-Varhaug K. En oppsummering av Engebretsen sin forskning: “Radial extracorporeal shockwave treatment compared with supervised exercises in patients with subacromial pain syndrome. Engebretsen m fl. 2009”. Publisert på www.fysioterapi.com (06.02.2010).

En oppsummering av Engebretsen sin forskning:

“Radial extracorporeal shockwave treatment compared with supervised exercises in patients with subacromial pain syndrome. Engebretsen m fl. 2009”

I siste utgave av Fysioterapi i Privat praksis så går Kaia Engebretsen med kollegaer til kraftig motangrep på mitt kritiske innlegg i desember 09 utgaven av det samme tidsskriftet. De hevder at jeg har fått frie hender til fungere som dommer og jury over deres forskning, som tross alt har kommet igjennom nåløyet for inklusjon i British Medical Journal(BMJ). Videre blir undertegnede kritisert for manglende kunnskap om randomiserte, kontrollerte studier noe jeg sikkert kan være enig i når det kommer til gjennomgang av data og presentasjon av disse. Men jeg kan ikke se at manglende kunnskap om produksjon av slike studier skal gjøre meg inkompetent til å vurdere inklusjonskriterier og behandlingsmetoder på en kritisk måte. Jeg vil hevde at min bakgrunn gir meg et ypperlig utgangspunkt til å kunne argumentere mot deres valg av inklusjon og metode.

Jeg vil i denne redegjørelsen forsøke å slå hull på de argumentene som Engebretsen presenterer i sin kommentar, og videre forsøke å stille spørsmålsteget ved deres bruk av litteratur for å argumentere sine synspunkter. Jeg vil være såpass tøff og påstå at de i sin kommentar faktisk har lett fram artikler for å dokumentere sine vurderinger, etter publisering av den originale artikkelen i BMJ.

Engebretsen starter sin kommentar ved å henvise til en artikkel så langt tilbake som 2002. Her fant man ikke effekt av ESWT ved smerter subacromialt sammelignet med en placebo gruppe. Jeg synes det er underlig at forskergruppen her har benyttet et studie som bruker en metode som var annerledes enn den de selv benyttet i sitt studie. Det er vesentlige forskjeller mellom rESWT(radierende sjokkbølger) og ESWT(fokuserte sjokkbølger). I studiet av Speed m.fl. (*1) så har de benyttet samme svake inklusjon som Engebretsen(*2), nemlig kun kliniske tester for å avdekke patologi i skulder. Med for bredt pasientgrunnlag så har de akkurat som Engebretsen, behandlet vilkårlig etter smertepunkter i skulder. Jeg synes det er merkelig at Engebretsen hevder at den vitenskapelige effekten er omdiskutert, da vi de siste årene kan referere flere artikler som dokumenterer effekt av metoden(*3-4), og så henvise til en artikkel fra 2002 hvor de benyttet en helt annen apparatur og metode enn i hennes egen studie.

Nå er det imidlertid ikke den forskningsmessige dokumentasjonen av trykkbølgebehandling jeg kommenterte i hennes artikkel, men resultatene hennes sett i sammenheng med hvordan de inkluderte pasienter og behandlingsregimet de igangsatte. Mitt hovedargument er fortsatt at jeg synes det er en betydelig svakhet ved Engebretsen sitt studie at de ikke benyttet bildediagnostikk for å assistere deres inklusjon. Engebretsen skriver:” Ved vanlige bløtdelslidelser eller degenerative forandringer som opptrer hyppig i befolkningen, er det dårlig samsvar mellom bildediagnostiske funn og pasientens plager.” Jeg mener at man her ikke kan henvise til artikler om MR diagnostikk av rygg og kne (*5-6), og samtidig konkludere med at bildediagnostikk ikke har noen verdi.

Mener de her at man kan sammenligne mangelfull sammenheng mellom symptomer hos en ryggpasient og deres MR bilder opp mot MR- og ultralydfunn hos en skulderpasient? Da har

vi kanskje funnet den mest åpenbare forskjellen mellom det kliniske og det forskningsmessige miljøet.

Forskerne leter frem artikler for å dokumentere deres hypoteser og vurderinger, mens klinikeren forsøker å finne forskning som kan gi dem metoder for å behandle pasienten de har på benken. Jeg setter det kanskje noe på spissen, men i dette tilfellet kan det virke som at forskergruppen har lett etter dokumentasjon på deres valg etter at studien ble publisert. Merk at studie *5 og *6 ikke var nevnt i deres publiserte artikkel (*2). Hvis de hadde benyttet disse studiene da de vurderte om de skulle benytte bildediagnostikk eller ikke, så burde disse vært referert i artikkelen. En studie på MR av kne og MR av rygg gir ikke noen svar på hvorvidt man kan se sammenheng mellom en pasients tendinopati i skulder og smertene. Vi er alle enige om at bildediagnostikk av patellarsenen er et godt verktøy for å dokumentere lesjoner i den aktuelle senen. Skal vi tro at det er så annerledes i skulder? Her er det i det minste skader på senevev man sammenligner. Malliaras m fl. (*8) dokumenterte at det var stor grad av sammenheng mellom funn på ultralyd og smerte. Man trenger ikke ha noen tendinopati i skulder for å ha vondt i skulder regionen, men jeg vil våge å påstå at en uttalt tendinopati i skulder faktisk vil gi pasienter smerter og funksjonsvansker. Robinson (*9) publiserte en review i 2009 som dokumenterte at ultralyd er effektiv på diagnostikk av muskel og skjelett lidelser. Bør vi da bruke Engebretsen sine perifere referanser på menisk skader og ryggplager? Det er lov å bruke normal fornuft også.

Min personlige teori er at forskergruppen og dere samarbeidspartnere manglet kapasitet og kunnskap til å kunne inkludere pasienter basert på UL og MR, og valgte derfor å ta dette inklusjonskriteriet bort fra studiet.

Engebretsen hevder fortsatt at subacromial smerte er en klinisk diagnose som omfatter en rekke patologier. Det kan virke som om hun mangler kunnskap om de mest vanlige patologiske funnene i skulder når hun gjør en slik generalisering. Prof. Dr.med. Christoph Schmitz støtter mitt argument om at subacromial smerte ikke er en diagnose men et symptom. Den sier ikke noe om hvilken lesjon pasienten har, og kan derfor ikke benyttes som diagnose for inklusjon. Uten bildediagnostikk til å bekrefte eller avkrefte en klinisk undersøkelse så risikerer man rett og slett at for mange pasienter inkluderes uten reell sjanse til å oppnå effekt av behandlingen. Man inkluderer for mange pasienter som ikke har en lesjon i supraspinatus, men velger å behandle alle som om de skulle hatt en skade i nettopp denne senen. Det gir ingen mening. Hvordan mener man at behandling på supraspinatus skal kunne gi effekt på de pasientene som har en lesjon i subscapularis eller infraspinatus? Kan vi også kurere en nervekompresjon av L5 roten ved å behandle lokalt på låret?

Vi vet i dag at kroppen er avhengig av aktivitet i fibroblaster i vevet for å reparere en skade. Disse produserer friskt kollegen for å bygge opp senen. Når forskning så viser at inntak av et vanlig NSAIDS som ibuprofen kan dempe aktiviteten i disse cellene, så er det god nok dokumentasjon til å anbefale pasienter til å unngå disse medikamentene. (*7).

Jeg vil fortsatt argumentere for at rESWT er en mindre kostbar behandling enn treningsintervensjonen. Den er også lettere å forklare for pasientene. I vår kliniske hverdag så opplever vi stadig frafall fra pasienter som mister troen på behandlingen de mottar. De blir utålmodige og oppsøker andre terapeuter om de ikke blir bra. En slik treningsintervensjon som forskerne presenterer i sin studie er vanskelig å fullføre i praksis. Det tar både for lang tid, samt at pasientene vil kunne argumentere for at de kan gjøre dette på egenhånd på et treningsstudio eller hjemme. Svært få er villige til å sette av den tiden som kreves for å følge

opp et slikt langvarig treningsopplegg, og da går vi fra en overvåket treningssitasjon til et hjemmetreningsopplegg. Svært få følger opp slike hjemmeopplegg, og dette vil da forringe mulighetene vi har for effekt.

Kaia Engebretsen og undertegnede vil nok aldri klare å bli enige i denne saken, men jeg skriver denne oppsummeringen da jeg ikke kan leve med et slikt angrep som ble publisert i siste februar 2010 utgaven av tidsskriftet Fysioterapi i privat praksis. Det skal ikke være slik at kritikere skal skremmes fra å stå opp mot de etablerte forskningsmiljøene i redsel for eventuelle konsekvenser. Jeg håper at jeg med denne kommentaren har klart å utdype de svakheter jeg har funnet i Engebretsens forskning.

Av
Kjetil Nord-Varhaug
Fysioterapeut
Apexklinikken Terapisenter, Oslo
Den 26.01.2009

Referanser

- 1* Speed CA, Richards C, Nichols D, Burnet S, Wies JT, Humphreys H, Hazleman BL. Extracorporeal shock-wave therapy for tendonitis of the rotator cuff. A double-blind, randomised, controlled trial. *J Bone Joint Surg Br.* 2002 May;84(4):509-12.
- 2* 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.
- 3* Ibrahim m fl. Successful treatment of chronic plantar fasciitis with two sessions of radial extracorporeal shock wave therapy (RSWT®). 2009
- 4* Rompe m fl. Eccentric Loading Versus Eccentric Loading Plus Shock-Wave Treatment for Midportion Achilles Tendinopathy. A Randomized, Controlled Trial. 2008
- 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* Tsai WC m fl. Ibuprofen upregulates expressions of matrix metalloproteinase-1, -8, -9, and -13 without affecting expressions of types I and III collagen in tendon cells. 2009
- 8* Malliaras P, Purdam C, Maffulli N, Cook JL. Temporal sequence of gray-scale ultrasound changes and their relationship with neovascularity and pain in the patellar tendon. *Br J Sports Med.* 2009 Jan 12. [Epub ahead of print] Brunel University, United Kingdom