

<p><u>Vad ska vi göra med våra nacksmärtpatienter?</u></p> <p>Vi har tyvärr inte kommit så långt när det gäller träffsäker diagnostik och behandling av personer med långvarig nacksmärta. Hur kommer det sig? Och vad ska vi göra för att förbättra situationen?</p>	<p><u>Martin Björklund</u></p>	<p>2</p>	<p>129</p>
---	--------------------------------	----------	------------

2008-10-20

Vi har tyvärr inte kommit så långt när det gäller träffsäker diagnostik och behandling av personer med långvarig nacksmärta. Hur kommer det sig? Och vad ska vi göra för att förbättra situationen?

Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, har till uppdrag att utvärdera sjukvårdens metoder och tala om för oss vilka behandlingsmetoder som har evidens för effekt. I SBU rapporterna från år 2000 och 2006 får läsaren ganska mager vägledning för vilken behandling man ska välja för personer med långvarig nacksmärta. Visserligen konstateras t.ex. att terapeutledd träning är bättre än bara allmänna råd om träning, och att multimodal rehabilitering har god effekt, men sammantaget är det få valmöjligheter för den enskilde sjukgymnasten.

Hur har det blivit så här? Tänk om situationen var densamma för "ont i magen" som för "ont i nacken", om det fanns lika få behandlingsalternativ med evidens för "ont i magen" som det finns för nacksmärta. En förklaring till den kanske haltande jämförelsen är naturligtvis att "ont i magen" är väldigt mycket mer beforskat än nacksmärta och att det därför ryms flera specifika diagnoser inom "ont i magen" där mekanismerna bakom smärtan är kända. Kända smärtmekanismer ger ju möjlighet till kausala behandlingar. När det gäller "ont i nacken" finns endast få specifika patologibaserade diagnoser (t.ex. spinal stenos och diskbråck), det stora flertalet tillstånd benämns ofta som "icke-specifik nacksmärta". För dessa används istället symtombaserade diagnoser byggda på anamnes och manuella undersökningar.

Men är det något fel med det då, kan man undra. Ja, tyvärr finns problem med symtombaserade diagnoser. Ett problem är att endast få av de manuella test som används vid diagnostiseringen har genomgått undersökningar för bedömning av tillförlitlighet och giltighet, och för de som gjort det är resultatet inte direkt uppmuntrande. Ett annat problem är överlappande diagnoser och brist på konsensus för den diagnostiska metodologin. En praktisk konsekvens för patienten är att han/hon riskerar att få vitt skilda förklaringar och diagnoser för sin nacksmärta hos olika terapeuter.

Men är symtombaserade diagnoser värdelösa då? Nej, det tror jag inte. Jag tror det är viktigt att, bl.a. med hjälp av manuella metoder, hitta specifika fynd hos den enskilde patienten. Individuella skraddarsydda rehabiliteringsinsatser kan säkert vara en faktor bakom evidensen för multimodal rehabilitering. Ett problem med multimodal rehabilitering däremot, är att vetenskapligt utvärdera hur mycket var och en av insatserna som bidrar till helhetsresultatet, men det är en annan historia...

En möjlighet vi har med dagens kunskapsläge är att bli duktiga på att mäta funktioner hos nacksmärtpatienter, funktioner som forskningen har visat är påverkade inom den här patientgruppen, t.ex. sensomotoriska funktioner. Med olika funktionsprofiler kan vi designa en rehabilitering som har större chans att lyckas genom att återställa eller förbättra de funktioner som är påverkade av tillståndet. Det är ett spår som vi inom CBF har anammat inom vår rehabiliteringsforskning.

Men vi forskare är väldigt beroende av en nära kontakt med er kliniker. Därför skulle jag vilja höra vad ni upplever som problem när det gäller behandling av nacksmärtpatienter. Försöker ni att arbeta evidensbaserat enligt SBU:s rekommendationer? Vad skulle ni vilja att vi fokuserade vår forskning på?

Välkommen med synpunkter och förslag!

Hälsningar

Martin Björklund

Forskare och sjukgymnast (med ett praktiskt förflutet på Alfta Rehab Center och inom företagshälsovård)

Lästips om nacksmärta:

I februari i år gav tidskriften Spine ut ett helt nummer som presenterar resultatet av projektet "The Bone and Joint Decade 2000–2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders" (Spine, February 15, 2008 Supplement). En guldgruva för den som vill fördjupa sig i nacksmärta.

För att se titlar och abstrakt, klicka på nedanstående:

<http://www.spinejournal.com/pt/re/spine/toc.00007632-200802151-00000.htm;jsessionid=HzBhR9nG0MNbfv3p1JwMcTSP77W477hMRs5Qm9tzY1qzcZs2YWHX!-809317659!181195629!8091!-1>

Bo Veiersted

Hei

Det er et stort problem som dere berører.

Vi har siden Waris – og kanskje tidligere – hatt diagnosen "Tension neck syndrome" der man med noe variasjon har inkludert smerter, ømme punkter og til dels nedsatt mobilitet i nakken. Dette har gitt en diagnose med høy prevalens – og med noe usikre kriterier. Delta gruppen med basis i Birmingham kom en hel del år senere med enkle kriterier. For å gjøre diagnosen mer treffsikker – og bla utelukke de letteste tilfellene – startet man så vidt jeg husker i finsk og SALTSA regi (Sluiter 2001) med å definere en tilstand med radierende nakke smerter. Vår foreløpige erfaring med å bruke de diagnostiske kriterier som knytter seg til denne er at man får betydelig lavere prevalens, men samtidig utelukkes en del som har betydelige smerter og funksjonsnedsettelse men der man ikke kan fremkalle radieren ved palpasjon.

For flere andre MSD's i spesielt overekstremitet har vi akseptable diagnostiske kriterier, men etter min mening har dere helt rett i at vi mangler slike for (kroniske) nakke smerter. På konferanser, spesifikke møter mv har man prøvd å diskutere dette spørsmål uten – etter min mening – å finne hensiktsmessige diagnostiske kriterier som man kan bruke i epidemiologiske undersøkelser. Man burde på en et strikt målrettet måte (det er kanskje allerede forsøkt / igangsatt??) i regi av ICOH/MSD eller IEA (evt NES?) sette i gang et internasjonalt arbeid for å finne en konsensus om denne diagnose. Det ville styrke forskningen på nakkesmerter betydelig!

Vennlig hilsen

Bo Veiersted

Statens arbeidsmiljøinstitutt/National Institute of Occupational Health
Oslo, Norge

Martin Björklund

Hej Bo!

Tack för ditt svar!

Vi använder också "Tension neck syndrome": I en pågående RCT-studie kategoriserar vi nacksmärtpersonerna i kriteriediagnoser enligt ett protokoll från Yrkes- och miljömedicinska kliniken i Lund. Protokollet baseras på Waris och medarbetare (1979) och Viikari-Juntura (1983) och innefattar bl.a. "Tension neck syndrom". Fördelarna att använda dessa kriteriediagnoser i en studie är ju att det

finns jämförelsematerial, men diagnoser tar oss inte speciellt långt i kliniska sammanhang eftersom de inte kopplar till bakomliggande patofysiologi.

Jag stöder tillfullo din tanke på att, i ett internationellt forum som t.ex. ICOH, gemensamt jobba fram konsensus kring nacksmärtdiagnostik. Men jag tror också att man måste forska mer kring mekanismerna bakom nacksmärta med visionen att någon gång i framtiden kunna hjälpa våra nacksmärtpatienter med kausala behandlingar.

Hälsningar,

Martin Björklund

Waris et al. (1979) Epidemiologic screening of occupational neck and upper limb disorders. Methods and criteria. *Scand J Work Environ Health*. 5 suppl 3:25-38

Viikari-Juntura (1983) Neck and upper limb disorders among slaughterhouse workers. An epidemiologic and clinical study. *Scand J Work Environ Health*. 9(3):283-290