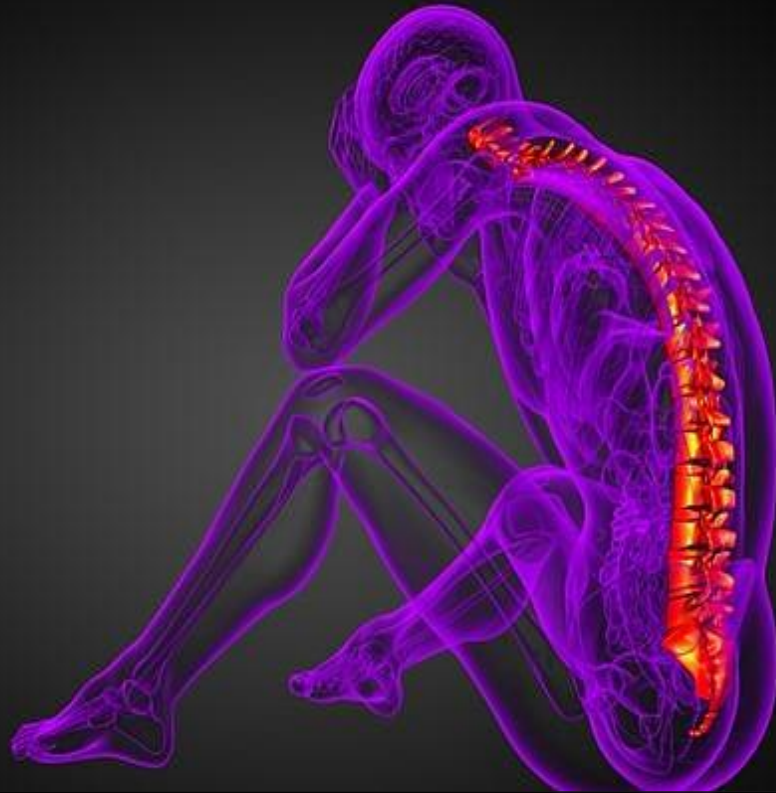


Hvad er evidensen for kiropraktisk behandling ved lumbal diskusprolaps, samt hvad er de praktiserende lægers holdning til behandling af dette?



Pia Skov
Karen Bang Jin Nielsen
Claus Louring
Vejleder: Annemette Bondo Lind
Forskningstræning Hold 43

Indholdsfortegnelse

Indledning	side 3
Formål	side 5
Metode	side 5
Figur 1	side 8
Resultater af litteratursøgning	side 9
Resultater af empirisk studie	side 18
Diskussion	side 20
Konklusion og klinisk anbefaling	side 22
Referenceliste	side 24
Bilag 1	side 25

Indledning

Lænderygsmarter er et generelt udbredt symptom, som de fleste mennesker på et eller andet tidspunkt i deres liv vil opleve. Rygsmarter er en hyppig henvendelsesårsag i almen praksis (ca. 10%) og hos kiropraktorer/fysioterapeuter (ca. 30 %)[1]. Mennesker med lænderygsmarter har samlet 5,5 mio. sygedage årligt, hvilket er ca. en femtedel af samtlige sygedage. Det skønnes, at op mod 880.000 danskere lever med lænderygsmarter, hvoraf det vurderes at 1-10% er forårsaget af lumbalnerverodspåvirkning med lumbal diskusprolaps (LDP) som den hyppigste patogenese.

En diskusprolaps er defineret som forekomsten af diskusmateriale uden for diskusrummet[2]. Prolapsen kan bestå af materiale fra nucleus pulposus, fragmenter af annulus fibrosus, brusk fra endepladen eller en kombination af disse. Hovedparten af alle lumbale diskusprolaps er lokaliseret ved fjerde eller femte lumbale diskus.

LDP er en klinisk diagnose baseret på sygehistorien og de kliniske fund [3]. Tilstanden er karakteriseret ved smerter og/eller føleforstyrrelser i benet. Patienten er ofte hårdt ramt af smerter og vil i den tidlige fase ofte være så påvirket, at det har stor indvirkning på funktionsniveauet og vil medføre en sygemelding.

Den kliniske diagnose stilles på baggrund af symptombilledet og en neurologisk undersøgelse, der omfatter undersøgelse af nerverstræktest, muskelstyrke, tonus, sene reflekser og sensibilitet [4]. Nationale kliniske retningslinjer[5] anbefaler ikke rutinemæssigt billeddiagnostik hos patienter med lumbal rodaffektion. MR-scanning anvendes ved længerevarende symptomer, når man overvejer kirurgi eller hvis man mistænker anden årsag end diskusprolaps.

Ifølge de nationale kliniske retningslinjers behandlingsplan for ikke-kirurgisk behandling af nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning[5] fastlægges behandlingsplanen på baggrund af den kliniske diagnose og består i reglen af information om sygdommens forløb, prognose og faresignaler. Derudover en opfordring til at opretholde så normal fysisk aktivitet som muligt samt evt. smertebehandling. Dertil kommer varierende ikke-kirurgiske tiltag som f.eks. forskellige typer af øvelser og manuel ledmobilisering, der hovedsagelig foregår ved en fysioterapeut eller hos en kiropraktor.

Vi ønsker i denne opgave at undersøge den klinisk relevante evidens for kiropraktisk behandling af LDP. En kiropraktor er specialist inden for bevægeapparatet og beskæftiger sig med kliniske undersøgelser, billeddiagnostik, diagnostik og forebyggelse samt behandling af smertetilstande og nedsat funktion i muskel- og skeletsystemet[6]. En dansk kiropraktor har gennemført en 5-årig universitetsuddannelse i klinisk biomekanik og en efterfølgende 1-årig turnustjeneste hos en praktiserende kiropraktor i Danmark. Den 1. april 2017 trådte den gældende landsoverenskomst om kiropraktik i kraft, hvor man for første gang indførte et pakkeforløb med højt tilskud til patienter med tegn på diskusprolaps i ryg eller spinalstenose[7].

Pakkeforløbet indeholder et struktureret forløb baseret på sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer[5]. Forløbet indeholder en grundig førstegangundersøgelse og 2 eller 3 milepælsundersøgelser i løbet af 2 eller 3 måneder samt mellemliggende og efterfølgende konsultationer efter behov. Det kræver ikke lægehenvielse at indgå i forløbet, og kiropraktorerne kan henvise til billeddiagnostisk undersøgelse samt til akut kirurgisk vurdering på et sygehus. Kiropraktoren vil løbende informere egen læge om forløbet.

Data fra danske regioner i 2018 viser, at kiropraktorerne inkluderer færre patienter i pakkeforløb, mens deres forbrug af de almene ydelser stiger[7]. Generelt er pakkeforløbene stadig forholdsvis nye, og derfor er man fortsat i gang med at finde ud af, hvordan de bruges mest fordelagtigt. Desuden er man fortsat i gang med fra regionernes side at udbrede kendskabet hertil hos de praktiserende læger. Fra dansk kiropraktorforening har man iværksat en række tiltag for at få flere patienter inkluderet i pakkeforløbene. Der findes blandt andet 40 klinikejere, som endnu ikke anvender pakkeforløbene.

Det har været ukendt for os at disse pakkeforløb har eksisteret, og vi er derfor blevet nysgerrige på, om dette er en generel uvidenhed blandt praktiserende læger, og hvorledes deres anbefalinger er til patienten, om at indgå i disse pakkeforløb.

Formål

Hvad er evidensen for kiropraktorbehandling ved LDP?

Hvad er de praktiserende lægers holdning til kiropraktisk behandling af LDP?

Metode

For at få belyst vores forskningsspørgsmål har vi i denne opgave lavet et litteraturstudie samt udarbejdet et spørgeskema, der er sendt ud til en række praktiserende læger og uddannelseslæger.

Derudover har vi været på virksomhedsbesøg hos en kiropraktor for at opnå større viden om samarbejdet ift. almen praksis samt information om deres behandlinger.

Til vores litteraturstudie har vi foretaget søgninger i databasen PubMed den 21.08.19 samt 05.09.19.

I den initiale søgning blev følgende søgeord brugt "Chiroprac* AND Lumbar Disc Herniation". For at afgrænse søgeresultaterne blev følgende filtre benyttet:

Sprog: Engelsk og Dansk.

Publikations dato < 10 år.

Søgningen resulterede i 91 artikler.

Ud fra disse artikler blev relevante MESH-termer identificeret, og vi foretog endnu en søgning med MESH-ordene "Manipulation Chiropractic AND Intervertebral Disc Displacement", fortsat med samme filtre, hvilket resulterede i 21 resultater.

Herefter blev PubMed anbefalinger til lignende artikler gennemgået, hvilket resulterede i 73 artikler.

Disse søgeresultater blev gennemgået ud fra overskrifter, og artikler, som omhandlede diskusprolaps udløst af kiropraktorbehandling, blev ekskluderet.

Ud fra søgeresultaterne blev 14 relevante artikler identificeret, som blev grundigere gennemlæst ud fra abstracts. 6 artikler blev ekskluderet, da de viste sig ikke at omhandle diskusprolaps, men uspecifikke lænderygsmærter eller var casestudies kun omhandlende en enkelt patient.

De resterende 8 artikler blev grundigt gennemlæst. Vi ekskluderede 4 studier, som vi vurderede havde lav evidens og manglende relevans.

Referencelisterne for de inkluderede artikler blev gennemgået, hvorved yderligere 4 studier blev identificeret, her inkluderedes også artikler, som var ældre end 10 år.

De 8 artikler fordeler sig som følger:

Kohortestudier: 1

Randomiserede kontrollerede studier: 5

Reviews: 1

Oversigtsartikler: 1

Spørgeskema (bilag 1):

For at undersøge praktiserende lægers holdning til kiropraktorbehandling af lumbal diskusprolaps udfærdigede vi et spørgeskema (bilag 1) Spørgsmålene blev udvalgt efter brainstorm for at belyse praktiserende lægers kendskab til pakkeforløbene samt deres hidtidige anbefalinger af kiropraktorbehandling.

Spørgeskemaet blev besvaret af vore kollegaer på Forskningstræningsholdet samt udleveret til uddeling i de praksis, hvor de er tilknyttet som uddannelseslæger. Vi uddelte desuden spørgeskemaet i vore egne uddannelsespraksis, og endelig blev spørgeskemaer uddelt til Klyngemøde i Herningklyngen d 04.09.2019

113 spørgeskemaer blev uddelt, 72 returneret, resulterende i en relativ høj svarprocent på 64%.

Virksomhedsbesøg:

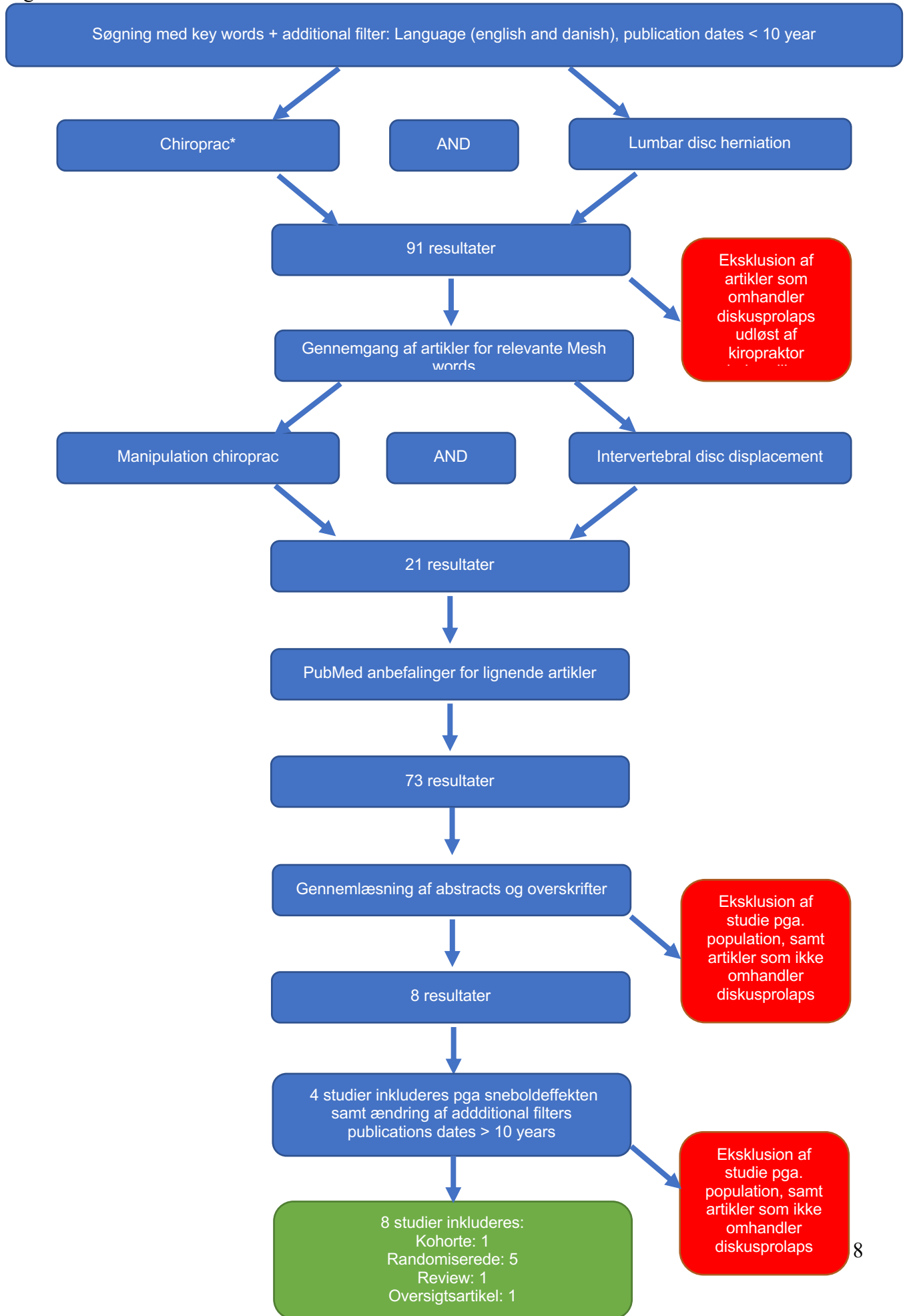
For at få belyst kiropraktorernes syn på samarbejdet med de praktiserende læger omkring pakkeforløbene til diskusprolaps i lænden, tog vi på virksomhedsbesøg ved Kiropraktoren Hammel, hvor vi talte med kiropraktor Susanne Linnet.

Generelt oplever hun et godt samarbejde med de praktiserende læger, som dog bliver begrænset af de dårligere henvisningsmuligheder fra almen praksis til kiropraktorbehandling. De manglende henvisningsmuligheder betyder, at kommunikationen imellem lægerne og kiropraktorer er mangelfuld. For at bedre kendskabet til deres arbejde, har klinikken afholdt informationsaftener, hvor byens praktiserende læger blev indbudt.

Udover manipulationsbehandlingen får patienterne i klinikken også udleveret træningsprogram til hjemmeøvelser, ligesom hun ofte samarbejder med fysioterapeuter. Derudover tilbydes også massage i klinikken.

Vi fik et meget positivt indtryk af kiropraktorbehandlinger i løbet af vores besøg, hvor vi deltog ved to behandlinger og talte med patienterne om deres oplevelse.

Figur 1



Resultater af litteratursøgning

Santilli et al 2005: Chiropractic manipulation in the treatment of acute back pain and sciatica with disc protrusion: a randomized double-blind clinical trial of active and simulated spinal manipulations[8]

Formål

At vurdere kort- og langtidseffekten af spinal manipulation ved patienter med akutte rygsmerter, der har fået påvist LDP ved en MR-scanning.

Metode og design

Randomiseret dobbelt blindet forsøg der sammenligner aktiv manipulation med simuleret aktiv manipulation på to rehabiliteringscentre i Rom. 102 ambulante patienter, 64 mænd og 38 kvinder i alderen 19-63 år blev inkluderet i studiet. De blev randomiseret til hhv. manipulation(53) og simuleret manipulation(49). Begge grupper modtog samme antal behandlinger. Follow-up skete ved hhv. dag 15, 30, 45, 90 og 180. Man målte på flere forskellige outcomes. De primære outcomes var, hvor mange patienter som var helt smertefrie i slutningen af studiet, og hvor mange som afbrød behandlingen pga. manglende bedring af smerter. Smerterne blev angivet på en VAS 1 og VAS 2 skala. Sekundære outcomes gik på en vurdering af livskvaliteten, en gradering af sværhedsgraden af smerter, antal dage på medicin(NSAID) og antal receptudskrivelser på smertestillende.

Resultater og konklusion

Resultaterne viste, at aktiv manipulation var signifikant mere effektiv i forhold til at blive helt smertefri ved slutningen af studiet. Når man målte på de lokaliserede smerter, fandt man en risikoreduktion af smerter på 28 % i aktiv manipulationsgruppen i fht. gruppen, der modtog simuleret manipulation(p-værdi 0.005). Reduktionen af radierende smerter var betydelig større i gruppen af patienter som modtog aktiv manipulation (55 % i fht. simuleret manipulation 20 %) ved slutningen af studiet (p-værdi 0.0001). Ligeledes havde gruppen af patienter, som modtog aktiv manipulation, færre antal dage med smerter (23.6 vs. 27.4; p-værdi 0.005). De fandt ikke nogen signifikant forskel på livskvaliteten.

Styrker og svagheder ved studiet

De havde et lavt frafald på kun 2 personer, en fra hver gruppe.

Det er ikke helt tydeligt, hvilken form for simuleret manipulation kontrolgruppen modtog, og om denne kunne sammenlignes med massage, hvilket, man også må formode, vil have en vis effekt. Dette kunne være en årsag til den lave frafaldsprocent i kontrolgruppen. Man så også et fald i både lokale og udstrålende smerter angivet på VAS 1 og 2 skala i kontrolgruppen. Man kan overveje, om dette skyldes effekten af en evt. massage, eller om det skyldes den naturlige udvikling, som man ofte ser ved diskusprolaps, hvor smerterne er selvlimiterende i løbet af et par uger. Det er ikke klart beskrevet, hvorledes patienterne blev blindet for, hvilken behandling de modtog. Man ekskluderede patienter, som tidligere havde modtaget manipulation, da der ville være risiko for, at de ville gennemskue, om de var i kontrolgruppen eller modtog aktiv manipulation. Der kunne også være risiko for, at personer, som tidligere har modtaget manipulation, ville være ekstra positive overfor netop denne behandling.

Paatelma M et al 2008: Orthopaedic manual therapy, McKenzie method or advice only for low back pain in working adults: a randomized controlled trial with one year follow-up [9].

Formål

Studiet vil vurdere behandlingseffekten af to typer af manuel terapi sammenlignet med rådgivning fra en fysioterapeut om at være aktiv, i forhold til lumbale rygmerter.

McKenzie metoden

Fysioterapeutisk metode udviklet i 1950'erne.
Tager udgangspunkt i forståelsen for kropsholdning.
Oplæring i træningsøvelser til at modvirke belastninger
ift. stilling og løft.
Øvelserne skal være simple.
Giver en uafhængighed overfor behandleren, når
introduktion er klaret.

Røde Flag definition

Symptomer der giver mistanke om underliggende sygdom
forenelig med
Fraktur
Infektion
Cancer
Bindevævssygdom

Metode og design

Studiet er et randomiseret kontrolleret forsøg med follow-up efter 1 år. Studiet inkluderede 134 erhvervsaktive 18-65 årige patienter med enten akutte/kroniske eller førstegangs/tilbagevendende nedre rygsmerter med eller uden udstrålende smerter(bensmerter). Patienter der var gravide, havde "røde flag" symptomer eller gennemgået en nylig rygoperation blev ekskluderet. I manuel terapigruppen så man et frafald på 22%, i McKenzie gruppen 14% og i rådgivningsgruppen 30%.

6 patienter blev ekskluderet undervejs, idet de gennemgik en rygoperation.

De 134 patienter blev randomiseret til 3 grupper.

1. kiropraktisk manuel terapi(n=45)
2. McKenzie terapi (n=52)
3. Rådgivningsgruppen (n=37)

Patienterne blev kontrolleret efter hhv. 90, 180 og 365 dage. Der blev målt på følgende outcomes: udstrålende smerter, lokale lænderygsmerter og funktionsnedsættelse.

Resultater og konklusion:

Efter 3 måneder så man en signifikant bedring af lænderyg- og bensmerter samt funktionsnedsættelse i alle grupper, men uden dog at finde nogen signifikant forskel mellem grupperne. Efter hhv. 180 og 365 dage fandt man i McKenzie-gruppen (p-værdi 0.05) og manuel terapigruppen (p-værdi 0.067) en bedring i alle tre outcomes i fht. rådgivningsgruppen. Man så ikke nogen forskel mellem McKenzie- eller manuel terapi gruppen.

Studie viser en tendens i retning af, at manuel terapi og McKenzie terapi har en marginal bedre effekt end en enkelt rådgivningssession ved en fysioterapeut efter hhv. 180 og 365 dage. Man fandt ikke nogen forskel i grupperne efter 90 dage.

Styrker og svagheder

Dette studie har en population som ikke nødvendigvis har en diskusprolaps, men inklusionskriteriet er lumbale rygsmerter. Det kan derfor være vanskeligt at bruge resultaterne direkte. Desuden inkluderer de både patienter med kroniske og akutte smerter. Det vil være let at forestille sig at de to grupper vil have forskellige udgangspunkter. Ligeledes oplyses vi heller ikke om patienternes tidligere erfaring med øvelser og manuel terapi, dette vil formentlig være afgørende for patientens præferencer. Det ville være oplagt at forestille sig, at patienter med kroniske smerter tidligere har gennemprøvet en række behandlinger og derfor vil være biased.

En svaghed ved studiet er det relative store frafald i rådgivningsgruppen. De formoder, at det skyldes en skuffelse over ikke at modtage mere end en behandling.

McMorland et al. 2010: Manipulation or Microdiscectomy for Sciatica? A Prospective Randomized Clinical Study[10]

Formål

Forfatterne undersøger effekten af kiropraktorbehandling ift. operationelt indgreb ved langvarige lændesmerter.

Metode og design

Studiet er et prospektivt randomiseret forsøg. 20 personer blev inkluderet i hver gruppe, alle over 18 år, med en gennemsnitsalder på 42 år. De inkluderede deltagere blev randomiserede i 2 sammenlignelige grupper. Det var ikke muligt at lave et blindet forsøg, da den ene gruppe blev randomiseret til operation.

Inklusionskriteriet var lænderygsmerter i minimum 90 dage. Deltagere, der flyttede interventionsgruppe i løbet af de første 90 dage, blev ekskluderet. Efter de første 90 dage var der mulighed for at skifte gruppe.

Primære outcome blev målt som bedring i smerter. Der var løbende follow-up ved 21, 42, 90, 168 og 356 dage, men deres resultater er beregnet ud fra 90 og 365 dage.

Resultater og konklusion

60% af patienter med udstrålende lænderygsmærter, hvor anden medicinsk eller non-kirurgisk behandling har svigtet, fik samme effekt af kiropraktisk spinalmanipulation, som de der gennemgik kirurgisk indgreb. De 40%, der ikke havde effekt af manipulation, oplevede efterfølgende god effekt af kirurgi. Man konkluderede, at patienter med symptomatisk LDH, hvor medicinsk behandling ikke har haft effekt, bør anbefales spinal manipulation evt. efterfulgt af kirurgi.

Styrker og svagheder

Det er et lille studie, hvor der kun er 20 i hver af de to grupper. Det er ikke beskrevet tydeligt, hvorledes man sikrer, at alle deltagere gennemfører indtil sidste follow-up. Desuden er der ikke lavet en kontrolgruppe for at se, om naturens gang havde haft lige så stor effekt. De er grundige i deres spørgeskemaer ift. smerter og sekundære problemstillinger. Der er en passende follow-up periode sammenlignet med andre undersøgelser. Selvom de to grupper er sammenlignelige, kan man overveje, om der er mindre tiltro til en kiropraktisk behandling, da flere af disse patienter har været igennem andre terapiformer inden forsøget.

Alle manipulationer blev udført af den samme behandler, hvilket kan medføre bias pga. den relation, der opstår mellem behandler og deltagere, således at man måler på denne relation i stedet for effekten af behandlingen. Dette afspejler dog virkeligheden, hvor behandlinger også oftest udføres af en enkelt behandler, og hvor relationen imellem behandler og patient er afgørende for resultatet.

Petersen et al. 2011: The McKenzie Method Compared With Manipulation When Used Adjunctive to Information and Advice in Low Back Pain Patients Presenting With Centralization or Peripheralization : A Randomized Controlled Trial[11]

Formål

Forfatterne sammenligner McKenzie-metoden ift. kiropraktisk manipulation, når den benyttes som supplement til information og rådgivning hos patienter med centrale eller udstrålende lændesmerter.

Metode og design

Studiet er et randomiseret kontrolleret forsøg. Der blev inkluderet 175 deltagere i hver gruppe i alderen 18-60 år. De blev randomiseret i to sammenlignelige grupper.

Primære outcome blev målt som bedring i smerter. Der var løbende follow-up efter endt behandling samt igen efter 60 og 365 dage efter endt behandling.

Man så et frafald i McKenziegruppen fra 175 til 139, mens der i manipulationsgruppen var et frafald fra 175 til 120.

Resultater og konklusion

Hos patienter med centrale- eller udstrålende lændesmerter i mere end 6 uger, fandt man, at McKenzie-metoden var mere effektiv end manipulation, når den blev brugt sammen med information og rådgivning.

Efter 60 og 365 dage så man en statistisk signifikant bedring ved McKenzie-metoden ift. manipulation, men der var generel bedring i begge grupper.

Styrker og svagheder

Et overskueligt randomiseret studie, som også giver konstruktiv kritik af egne undersøgelser. Der er mange inkluderet i undersøgelsen, og der er lavet omfattende statistik på de forskellige outcomes.

Der gives en grundig beskrivelse af populationen, og hvorledes de er blevet inkluderet.

Der var ikke en kontrolgruppe, som ingen intervention modtog.

Der beskrives en større tendens til, at de patienter som gennemgik manipulationsbehandlingen og ikke havde sufficient effekt af denne, henvises hyppigere til operationelt indgreb ift. McKenzie-gruppen. Denne tendens er dog bygget på små tal (9 patienter ift. 5), hvilket giver et smalt grundlag for at vurdere dette.

Det er uvist, om det har betydning, at der er centrale lændesmerter ift. udstrålende smerter, dette er ikke undersøgt yderligere.

Undersøgelsen blev stoppet tidligere end forventet pga. politiske beslutninger, det var således ikke muligt at lave et senere follow-up.

Bronfort et al. 2014: Spinal Manipulation and Home Exercise With Advice for Subacute and Chronic Back-Related Leg Pain: A Trial With Adaptive Allocation[12]

Formål

Forfatterne undersøger om kiropraktisk manipulation, hjemmetræning og rådgivning sammenlignet med hjemmetræning og rådgivning alene, reducerer smerter i benene på kort og lang sigt hos voksne med udstrålende smerter.

Metode og design

Studiet er et kontrolleret pragmatisk forsøg. Der blev inkluderet 96 personer i hver gruppe, alle over 21 år med en gennemsnitsalder på 57 år. Deltagerne blev randomiseret blindet i sammenlignelige grupper, inklusionskriteriet var udstrålende smerter.

Der var et frafald på 5 personer i manipulationsgruppen, mens der var et frafald på 8 personer i kontrolgruppen.

Det var ikke muligt at lave blindet forsøg på de to grupper grundet typen af intervention.

Primære outcome blev målt som bedring i smerter.

Der var løbende follow-up efter 21, 90, 182 og 365 dage, mens resultaterne blev beregnet ud fra 90 og 365 dage.

Resultater og konklusion

Hos interventionsgruppen fandt man en statistisk signifikant bedring efter 90 dage, mens der ingen forskel sås efter 365 dage.

Studiet konkluderer, at for deltagere med subakutte og kroniske lændesmerter med udstråling er manipulation sammen med hjemmeøvelser en sikker og effektiv konservativ behandlingsmetode, hvilket resulterer i bedre kortsigtede resultater end hjemmeøvelser alene.

Styrker og svagheder

Det er et stort og omfattende studie med et lille tab af deltagere undervejs.

De har en detaljeret gennemgang af deres inklusionskriterier samt medtager en bred aldersgruppe.

Undersøgelsen er begrænset af manglende evne til at blinde patienter og undersøgere til typen af behandling og skelne mellem de specifikke behandlingseffekter.

Det fremgår ikke tydeligt, om patienterne i kontrolgruppen er konsekvente med at lave deres øvelser dagligt.

Leemann et al 2014: Outcome of Acute and Chronic Patients with Magnetic Resonance Imaging-Confirmed Symptomatic Lumbar Disc Herniations Receiving High-Velocity, Low-Amplitude, Spinal Manipulative Therapy: A Prospective Observational Cohort Study with One-Year Follow-Up^[13]

Formål

Forfatterne ønsker at undersøge effekten af High-Velocity, Low-Amplitude spinal manipulation på patienter med MR-bekræftet LDP i forhold til deres selvrapporterede smerteoplevelse på forskellige tidspunkter inden for en 1årig periode, samt om dette outcome varierer imellem akutte og kroniske patienter.

High-Velocity, Low-Amplitude Spinal Manipulation

En af de ældste og mest almindelige teknikker benyttet af kiropraktorer, hvor et kortvarigt (low amplitude) og hurtigt (high velocity) tryk bliver udøvet over de ønskede led.

Metode og design

Studiet er et prospektivt observationelt kohorte studie med 1 års follow up.

148 deltagere (18-65 år) blev inkluderet fra samme kiropraktor-praksis. Alle patienter havde lumbale rygsmerte, udstrålende bensmerter samt MR-bekræftet LDP.

Ved studiestart udfyldte patienterne NRS-skala for både rygsmerte samt bensmerter samt et Oswestry Pain and Disability (OPDQ) spørgeskema. Patienterne blev kontaktet telefonisk efter 14, 30, 90, 180 samt 365 dage af en uafhængig assistent, hvor NRS skala samt OPDQ blev udfyldt. Patienterne udfyldte desuden PGIC, en 7 points skala til vurdering af ændringer i smerteoplevelse strækkende sig fra "Much Worse" til "Much Better". Patienter, som rapporterede "Better" eller "Much Better", blev betragtet som have oplevet klinisk relevant forbedring i smerteoplevelse.

Patienternes vurdering ud fra PGIC skalaen var studiets primære outcome. Derudover blev der lavet subgruppe analyse ud fra varighed af klagerne, hvor akutte patienter (symptomer < 4 uger) blev sammenlignet med kroniske patienter (symptomer > 12 uger)

Resultater og konklusion

Ved 90 dages follow up rapporterede 90,5% af patienterne klinisk relevant forbedring ud fra PGIC. Kun 137 patienter deltog i follow up telefonopkaldet efter 90 dage. Efter 365 dage deltog alle 148 patienter i follow up, her rapporterede 88% klinisk relevant forbedring. Ved sammenligning af kroniske og akutte patienter fandt man, at akutte patienter oplevede hurtigere forbedring med 80,6% af patienterne, som rapporterede klinisk relevant forbedring efter kun 14 dage mod 46,7% i den kroniske gruppe. Denne forskel blev udlignet ved 365 dages follow up, hvor 86,3% af patienterne i den akutte gruppe oplevede klinisk relevant forbedring mod 89,2% i den kroniske gruppe.

Studiet konkluderer, at der er signifikant effekt af high-velocity, low-amplitude spinal manipulation, og at denne effekt også er tilstede blandt patienter med kroniske smerter

Kritik af studiet

Studiet har kun en lille patientpopulation, og selv om det bliver beskrevet, hvorledes patienterne bliver behandlet hos kiropraktoren, er det ikke beskrevet hvor ofte patienterne får behandlinger, eller om der er forskel herpå.

Studiet benytter sig ikke af nogen kontrolgruppe, og det er derfor ikke muligt at vurdere, hvor stor en del af den beskrevne effekt, der skyldes spontan forbedring af symptomerne. Forfatterne beskriver dog, at de kommer ud over dette problem ved at lave deres analyse af kroniske vs akutte patienter, da de kroniske patienter har oplevet smerter i > 12 uger, hvorfor en eventuel spontan forbedring af symptomerne ville have fundet sted allerede inden studiestart.

Tabel 1: Karakteristika af inkluderede studier

Forfatter	Årstal	Nationalitet	Studiedesign	Alder i år	Intervention-kontrolgruppe
Santilli et al.	2006	Italiensk	Randomiseret dobbeltblindet forsøg	19-63	53-49
Paatelma et al.	2008	Finland/Canada	Randomiseret kontrolleret forsøg	18-65	45-37
McMorland et al.	2010	USA	Prospektivt randomiseret studie	42 i gennemsnit	20-20
Petersen et al.	2011	Danmark	Randomiseret kontrolleret forsøg	18-60	120-139
Bronfort et al.	2014	USA	Kontrolleret pragmatisk forsøg	>21	96-96
Leemann et al.	2014	Schweiz	Prospektivt kohorte studie	18-65	148-0

Tabel 2: Oversigt af outcome, follow-up og resultater

Forfatter	Outcome	Follow-up	Resultat
Santilli et al.	Smertefrihed ved hhv. lokale eller udstrålende smerter. Måles ved VAS 1* og 2**	Efter 15, 30, 45, 90 og 180 dage.	Efter 180 dage ses statistisk signifikant forskel mellem aktiv manipulation og kontrolgruppen (lokalt 28% vs 6%, $p=0,005$), Udstrålende 55% vs 20% ($p=0,0001$)
Paatelma et al.	Udstrålende smerter, lokale smerter og funktionsnedsættelse.	Efter 90, 180 og 365 dage	Efter 180 og 365 dage ses en tendens ($p=0,067$) til bedring i alle tre outcomes ift kontrolgruppen.
McMorland et al.	Bedring i udstrålende smerter. Målt ved bla RMDQ-skala***	Efter 90 og 365 dage	Ingen signikant forskel mellem manipulation og operation.
Petersen et al.	Bedring i smerter. Målt ved RMDQ-skala***	Efter 60 og 365 dage	Efter 60 og 365 dage ses statistisk signikant forskel mellem de to grupper til McKenzie-gruppens fordel ($p=0,022$ og $p=0,030$)
Bronfort et al.	Bedring i udstrålende smerter. Målt ved spørgeskema	Efter 90 og 365 dage.	Efter 90 dage ses statistisk signifikant forskel mellem manipulation og kontrolgruppen ($p=0,008$), men ingen forskel efter 52 uger ($p=0,146$)
Leemann et al.	Bedring i smerter, samt sammenligning mellem akutte og kroniske smerter. Måles ved PGIC-skala****	Efter 14, 30, 90, 180 og 365 dage	Efter 90 dage ses en klinisk forbedring i smerter hos 90,5% i hele populationen.

*VAS 1: visual analog scale for local pain

**VAS 2: visual analog scale for radiating pain

***RMDQ-skala: Roland Morris Disability Questionnaire

****PGIC-skala: Patient Global Impression of Change

Resultater af empirisk studie

Vores spørgeskema blev uddelt til forskellige lægepraksis fordelt over regionen, som beskrevet under metodeafsnittet for at belyse de praktiserende lægers holdninger - samt henvisninger til kiropraktorbehandling. Resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen er opsummeret i Tabel 3 samt Tabel 4.

Tabel 3)

	Speciallæger, 56			Uddannelseslæger, 16			I alt, 72		
	Ja	Nej	Ved ikke	Ja	Nej	Ved ikke	Ja	Nej	Ved ikke
Bekendt med pakkeforløb for lumbal diskusprolaps	40	16		4	12		44	28	
Anbefalet kiropraktor til patient med mistænkt lumbal diskusprolaps	19	37		2	14		21	51	
Kunne finde på at anbefale kiropraktor til patient med mistænkt lumbal diskusprolaps	25	13	18	2	8	6	27	21	24
Hvis nej, hvorfor:									
Manglende kendskab	12			7			19		
Usikkerhed om evidens	18			10			28		
Frygt for forværring	12			4			16		

Tabel 4)

	Speciallæger, 56			Uddannelseslæger, 16			I alt, 72		
	Ja	Nej	Ved ikke	Ja	Nej	Ved ikke	Ja	Nej	Ved ikke
Bekendt med pakkeforløb for lumbal diskusprolaps	71%	29%		25%	75%		61%	39%	
Anbefalet kiropraktor til patient med mistænkt lumbal diskusprolaps	34%	66%		13%	87%		29%	71%	
Kunne finde på at anbefale kiropraktor til patient med mistænkt lumbal diskusprolaps	45%	23%	32%	13%	50%	37%	37%	29%	33%
Hvis nej, hvorfor:									
Manglende kendskab									
Usikkerhed om evidens									
Frygt for forværring									

72 læger besvarede spørgeskemaet, fordelt på 56 speciallæger samt 16 uddannelseslæger i almen medicin, hvilket giver en relativ god svarprocent på 64%. I Tabel 3 fremgår svarfordelingen i absolutte tal. Tabel 4 viser den procentvise fordeling.

Blandt alle læger havde 61% hørt om pakkeforløbene, og 29% havde henvist patienter, de mistænkte for LDP. 37% kunne i fremtiden finde på at henvise denne patientgruppe til en kiropraktor.

Blandt de, som ikke kunne finde på at henvise til kiropraktor i fremtiden, eller som var i tvivl herom, svarede 19 læger, at de havde manglende kendskab til kiropraktisk behandling. 28 læger var i tvivl om evidensen bag kiropraktisk behandling af LDP, og 16 læger frygtede, at kiropraktorbehandling ville forværre tilstanden.

En enkelt svarede, at vedkommende henviser til fysioterapi, da der er tilskud dertil, hvorimod kiropraktik er for egen regning. Én uddannelseslæge svarede, at vedkommende måske ville være mere tilbøjelig til at henvise til kiropraktor ved mere kendskab til deres arbejde. En enkelt speciallæge anførte, at vedkommende oplevede et godt samarbejde med kiropraktorerne, som foranlediger MR scanninger ved behov.

Når svarene stratificeres på uddannelsesniveau, fremgår det, at blandt uddannelseslæger er der kun 25%, der havde kendskab til pakkeforløbene mod 71% blandt speciallæger. Kun 13% af uddannelseslæger havde henvist en patient med mulig diskusprolaps til kiropraktorbehandling mod 34% af speciallæger. 13% af uddannelseslæger kunne finde på at henvise til kiropraktor i fremtiden, hvilket gælder for 45% af speciallæger.

Diskussion

Gennemgangen af de inkluderede artikler har ikke vist sig at give en klar retningslinje for, hvorledes kiropraktisk behandling skal benyttes i den kliniske hverdag for patienter med LDP. I De Nationale Kliniske Retningslinjer for ikke-kirurgisk behandling af nylig opståede LDP[5], har de på samme måde også fundet begrænset evidens for, hvorledes denne patientgruppe behandles bedst.

Mens Bronfort et al. finder statistisk signifikans for bedring ved kiropraktisk behandling i løbet af de første 3 måneder[12], viser Paatelma et al. ingen signifikant forskel mellem kiropraktor behandling og rådgivning ift. at opnå smertefrihed indenfor de første tre måneder[9].

Dette understøtter de fund, vi har set ved andre studier, at hoveddelen af alle smerter er selvlimiterende og forsvinder indenfor 4 uger, men desværre er smerterne ofte tilbagevendende. Generelt har studierne ikke tung evidens bag sig, så det er risikabelt at konkludere endegyldigt ud fra dette.

Der ses et udbredt problem ved mange af studierne med manglende information om patienternes tidligere erfaring med manuel behandling og træning samt deres fysiske udgangspunkt, hvilket kan være afgørende for deres præferencer[9]. Et studie forsøger at komme omkring denne problemstilling ved kun at inkludere patienter med 1. gangs akutoptåede LDP[8], eller patienter der har modtaget anden behandling end kiropraktik og operation[10].

Flere studier har et set-up, hvor det er den samme kiropraktor ved hver behandling i interventionsgruppen, og man får derved ikke nødvendigvis et mål for effekten af manuel behandling, men i stedet et mål for effekten ved en fast relation imellem patient og behandler, og måske dermed en bedre compliance og mere effektiv behandling [8,10]. Ved Paatelma et al. ser man et relativt stort frafald i kontrolgruppen, som blot modtager rådgivning og ikke følges op med kontroller [9]. Det er vanskeligt at vurdere årsag til frafaldet, men det er ikke usandsynligt, at den manglende relation kunne medføre mindre ansvarsfølelse og forpligtelse til at komme til opfølgning.

Vi har ikke haft til formål i denne opgave at se på litteratur, som undersøger eventuelle skadevirkninger ved manipulationsbehandling. Det rapporteres heller ikke i hovedparten af de artikler, vi har gennemgået, om der ses alvorlige skadevirkninger ved de forskellige behandlingsformer[9,10,12,13].

At der findes et pakkeforløb hos kiropraktorerne til behandling af LDP har fra forfatterens siden været ny viden. Vi har derfor ønsket at undersøge om den manglende viden, om disse pakkeforløb var en generel tendens blandt kollegaer. Vores undersøgelse viste, at størstedelen af uddannelseslægerne og næsten en tredjedel af speciallægerne generelt var uvidende ift., at pakkeforløbene eksisterer, samt hvad de indeholder. Halvdelen af alle uddannelseslæger ville ikke henvise en patient til kiropraktisk behandling, og hos speciallægerne var det en fjerdedel. Det ser ud til, at der er et behov for at styrke samarbejdet mellem almen praksis og kiropraktorerne. Aktuelt er der ikke krav om en henvisning fra de almen praktiserende læger for at tage til kiropraktor. Dette kunne forklare de praktiserendes lægers præferencer for at benytte fysioterapeuterne i større omfang.

Vi ser i vores undersøgelse, at der er et behov for en større viden om kiropraktorerne behandling og kompetencer. Vores undersøgelse inkluderede kun et udsnit af praktiserende læger og uddannelseslæger, alle tilhørende Region Midtjylland. Det kunne være interessant at se om en større population, der dækker alle regioner, vil afsløre regionale forskelle.

Konklusion og klinisk anbefaling

Som nævnt i indledningen er der tale om en stor population af befolkningen, som årligt rammes af LDP, og ud af denne gruppe tilhører en stor del den arbejdsdygtige alder. Til trods for dette er der fortsat ikke studier, der entydigt viser nogen overbevisende evidens for ikke-kirurgisk behandling af LDP, studierne viser dog en tendens, der peger på effekt. På trods af den lave evidens for kiropraktisk behandling og anden ikke-kirurgisk behandling[8,9,11,12,13] mener vi dog fortsat, at der kan argumenteres for et forløb ved en kiropraktor kan have gavnlig effekt for patienter med LDP.

Flere studier viser en tendens til bedring hos de personer, som følges ved en fast behandler[10,13]. Det formodes, at der ved denne alliance skabes en bedre compliance samt større mulighed for sygdomsinformation løbende. Ud fra denne synsvinkel er der fordele ved forløbspakkerne hos kiropraktorerne, og det vil også aflaste de almen praktiserende lægers hverdag. Et samarbejde mellem praktiserende læger og kiropraktorer vil være gavnligt, og netop denne del er indbygget i pakkeforløbene, hvor der fra kiropraktorerne side er en forpligtigelse til at underrette egen læge om opstart af et forløb. Egen læge forventes at tage sig af sygdommeldinger og den medicinske behandling. Det er dog bekymrende, at der på baggrund af studier med relativ lav evidens for manuel behandling, fortsat anbefales forløbspakker med offentligt tilskud til behandling af LDP. Kunne man forestille sig på sigt, at disse midler blev anvendt på anden vis? Ligeledes ser vi også et behov for, at der ved de respektive faglige selskaber, der modtager de offentlige tilskud, oprettes databaser til fremtidig forskning af behandlingseffekten.

I 2017 blev Dansk Rygdatabase oprettet som en del under regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram[11]. Man kan håbe, at der den vej igennem kan skabes nogle

solide dataindsamlinger, som øger kvaliteten i forskningen. Om det økonomisk er en fordel med forløbspakkerne, har ikke været vores fokuspunkt i opgaven, men for yderligere belysning af dette samt en optimeret retningslinje, vil det kræve yderligere forskning. Således vil der forhåbentlig kunne skabes en hurtigere bedring for patienterne, mindske forbruget af smertestillende medicin og bivirkningerne dertil samt mindske det socioøkonomiske tab, der er ved sygemeldinger.

Referenceliste:

1. Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L, Juel K. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme. København: Sundhedsstyrelsen; 2015. <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/~media/00C6825B11BD46F9B064536C6E7DFBA0.ashx>
2. ugeskrift for læger
3. lægehaandbogen lumbal rodaffektion
<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/neurologi/tilstande-og-sygdomme/muskelskelet/lumbal-rodaffektion/>
4. <http://www.dnks.dk/fileadmin/dnks/Vejledninger/VP39306.pdf>
5. NKR <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/nkr-for-ikke-kirurisk-behandling-af-nylig-opstaaet-lumbal-nerverodspaavirkning-lumbal-radikulopati>
6. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/socialmedicin/behandling/kiropraktorbehandling-socialmedicin/>
7. <https://www.danskkiropraktorforening.dk/ok17/>
8. Santilli et al 2005: Chiropractic manipulation in the treatment of acute back pain and sciatica with disc protrusion: a randomized double-blind clinical trial of active and simulated spinal manipulations
9. Paatelma M et al 2008: Orthopaedic manual therapy, McKenzie method or advice only for low back pain in working adults: a randomized controlled trial with one year follow-up
10. McMorland et al. 2010: Manipulation or Microdiscectomy for Sciatica? A Prospective Randomized Clinical Study
11. Petersen et al. 2011: The McKenzie Method Compared With Manipulation When Used Adjunctive to Information and Advice in Low Back Pain Patients Presenting With Centralization or Peripheralization : A Randomized Controlled Trial
12. Bronfort et al. 2014: Spinal Manipulation and Home Exercise With Advice for Subacute and Chronic Back-Related Leg Pain: A Trial With Adaptive Allocation
13. Leemann et al 2014: Outcome of Acute and Chronic Patients with Magnetic Resonance Imaging-Confirmed Symptomatic Lumbar Disc Herniations Receiving High-Velocity, Low-Amplitude, Spinal Manipulative Therapy: A Prospective Observational Cohort Study with One-Year Follow-Up

Bilag 1

Spørgeskema vedrørende Forskningsopgave i Almen Medicin

Sæt kryds

1. Er du speciallæge ___ eller uddannelseslæge ___
2. Er du bekendt med at der findes pakkeforløb for patienter med diskusprolaps hos kiropraktorerne? Ja ___ Nej ___
3. Har du anbefalet kiropraktorbehandling til en patient med mistænkt lumbal diskusprolaps inden for de sidste 2 år? Ja ___ Nej ___
4. Kunne du i fremtiden finde på, at anbefale kiropraktorbehandling til en patient med mistænkt lumbal diskusprolaps? Ja ___ Nej ___
5. Hvis nej til spørgsmål 4, sæt kryds i en eller flere af nedenstående svarmuligheder:

Manglende kendskab til kiropraktisk behandling ___

Usikkerhed for evidensen af behandling af lumbal diskusprolaps ved en kiropraktor ___

Frygt for, at kiropraktorbehandling af en lumbal diskusprolaps vil forværre tilstanden ___

Andet ___

Tusind tak for hjælpen

Claus Lourcing, Pia Skov og Karen Bang Jin Nielsen