

# Intensiv rehabilitering kan förbättra funktionen hos patienter med kronisk ryggsmärta men inte minska smärtan

## Kort rapport

Tore Eliasson  
docent, överläkare, Smärtcentrum, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, område östra, Göteborg

De senaste decennierna har vikten av att bedöma patienter med kronisk smärta ur ett multidisciplinärt perspektiv mer och mer betonats. Tyvärr är dock antalet systematiskt genomförda studier av denna typ av arbetssätt vid kronisk smärta relativt litet. Det är därför välkommet att Guzmán och medarbetare genomfört det arbete som redovisas i denna recension [1]. Arbetet hade som mål att värdera effekten av multidisciplinär/biopsykosocial rehabilitering på kliniskt relevanta variabler hos patienter med kronisk ryggsmärta. Kronisk ryggsmärta är den vanligaste orsaken till långtidssjukfrånvaro hos medelålders människor. De flesta av oss känner också till att sådan smärta ofta är tämligen terapieresistent och att patienterna ofta remitteras till smärtenheter för bedömning. Vikten av tidig rehabilitering betonats ofta.

Tidigare har två systematiska översikter av multidisciplinär behandling för kronisk smärta publicerats. Ingen av dessa har dock inkluderat randomiserade kontrollerade prövningar.

Mot denna bakgrund gjorde därför författarna en mycket noggrann litteraturgenomgång och satte upp flera kriterier för att en studie skulle kunna inkluderas i en systematisk analys. Studiepatienterna skulle vara vuxna med kronisk invalidiserande ryggsmärta som hade varat mer än 3 månader. I studien måste också en grupp patienter ha fått multidisciplinär/biopsykosocial rehabilitering enligt ett noggrant definierat protokoll. En kontrollgrupp skulle också finnas.

Mätning av effekt avseende följande variabler var också ett krav: grad av smärta, global förbättring, funktionellt status, livskvalitet och återgång i arbete. För att välja ut lämpliga studier gjorde man en systematisk litteraturgenomgång i flera olika medicinska databaser och konsulterade också experter på området. Av 32 identifierade, randomiserade, kontrollerade prövningar uppfyllde bara tio de kriterier författarna hade ställt upp för att inkluderas i denna systematiska översikt [2-11].

Totalt är 1 964 patienter inkluderade



Kronisk ryggsmärta är den vanligaste orsaken till långtidssjukfrånvaro hos medelålders människor.

där samtliga hade haft funktionsnedsättande ryggsmärtor under mer än 3 månader. Huvudsakliga endpoints utgjordes av smärta, funktionsgrad, återgång i arbete, livskvalitet och övergripande värdering. Effekterna summerades sedan och kalkylerades med sedvanlig brittisk stringens, och jag hänvisar till originalarbetet för den som är intresserad av detaljerna i statistisk metodologi avseende metaanalys.

## Resultat

I de tio godkända prövningarna varierade uppföljningstiden från omedelbart efter behandling till upp till 5 år. Man använde sig av en metodologisk kvalitets-skala. Det förtjänar att nämnas att skandinaviska prövningar ansågs vara mer kliniskt relevanta än de andra. De multidisciplinära behandlingsmetoder som testats var i huvudsak av två olika typer: intensiva dagliga program med mer än 100 timmars behandling totalt eller behandlingsprogram inkluderande 1-2 dagar i veckan med mindre än 30 timmars behandling.

En svaghet i det aktuella arbetet är att man inte närmare redovisat de terapeutiska metoder som har använts, utan man hänvisar till BMJs webbplats. Där framgår i två icke helt lättöverskådliga tabeller att man använt intensiv sjukgymnastik, kognitiv terapi och fysisk träning (ren styrketräning men också aerobiskt inriktad träning). Dessutom försågs patienterna ofta med program för träning i hemmet. Någon form av smärtskola ingick också. Man drar fyra slutsatser:

1. Det föreligger starka bevis för att intensiv multidisciplinär/biopsykosoci-

al rehabilitering med funktionsinriktad träning förbättrar funktionen hos patienten jämfört med en kontrollgrupp.

2. Det finns måttligt starka bevis att samma terapi minskar graden av smärta hos patienterna.

3. Det föreligger motsägelsefulla data avseende resultatet för återgång i arbete.

4. Mindre intensiv behandling visade ingen förbättring avseende smärta, funktion eller återgång i arbete jämfört med kontroll.

## Diskussion

Kronisk ryggsmärta innebär en stor kostnad i både ekonomiskt och mänskligt lidande. Cirka 1,7 procent av BNP i utvecklade länder går åt för att ta hand om denna patientgrupp [12]. För närvarande används en mängd olika rehabiliteringsprogram med oklar effektivitet [12]. Det aktuella arbetet utvärderar på ett systematiskt sätt multidisciplinär/biopsykosocial rehabilitering genom att sammanställa data från tio högkvalitativa studier. Resultatet ger vid handen att intensiv behandling av denna typ kan åstadkomma funktionsförbättring hos patienter med kronisk ryggsmärta. Mindre intensiv behandling ger inte lika gott resultat. Man poängterar att det inte är självklart att denna behandlingsvinst motiverar kostnaden för terapin. Någon säker effekt på livskvalitet kunde inte visas.

## Kommentar

Resultatet är intressant ur flera synvinklar. Behandlingsformen är kostsam, vilket får ställas i relation till de samhälls-

ekonomiska konsekvenserna av långtidssjukskrivningar i dessa patientgrupper.

Effekten på det som upplevs viktigast av patienten, nämligen smärtintensitet, är inte lika självklar, och avseende livskvalitet finns här inga belegg för att behandlingen medför en förbättring. Multidisciplinär/biopsykosocial rehabilitering behöver därför utvärderas ytterligare innan den samlade nyttan för patient och samhälle kan bedömas.

## Referenser

1. Guzmán J, Esmail R, Karjalainen K, Mal-mivaara A, Irvin E, Bombardier C. Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. *BMJ* 2001; 322:1511-6.
2. Alaranta H, Rytökoski U, Rissanen A, Talo S, Rönnemaa T, Puukka P, et al. Intensive physical and psychosocial training program for patients with chronic low back pain. A controlled clinical trial. *Spine* 1994;19: 1339-49.
3. Basler H, Jakle C, Kroner-Herwig B. Incorporation of cognitive-behavioral treatment into the medical care of chronic low back patients: A controlled randomized study in German pain treatment centers. *Patient Education and Counseling* 1997;31:113-24.
4. Bendix A, Bendix T, Ostenfeld S, Bush E, Andersen A. Active treatment programs for patients with chronic low back pain – a prospective, randomized, observer-blinded study. *Eur Spine J* 1995;4:148-52.
5. Bendix A, Bendix T, Vaegter K, Lund C, Frolund L, Holm L. Multidisciplinary intensive treatment for chronic low back pain: a randomized, prospective study. *Clev Clin J Med* 1996;63:62-9.
6. Harkäpää K, Jarvikoski A, Mellin G, Hurri H. A controlled study on the outcome of inpatient and outpatient treatment of low back pain. Part I. Pain, disability, compliance, and reported treatment benefits three months after treatment. *Scand J Rehabil Med* 1989;21:81-9.
7. Jücker W, Cziske R, Gerdes N, Jacobi E. Assessment of the effectiveness of inpatient rehabilitation measures in patients with chronic low back pain: a prospective, randomized, controlled study. (In German). *Rehabilitation (Stuttg)* 1990;29:129-33.
8. Lukinmaa A. Low back pain as a biopsychosocial problem. A controlled clinical trial and a cost-effectiveness analysis. *Kansaneläkelaitoksen julkaisuja* 1989;ML:90.
9. Mitchell RI, Carmen GM. The functional restoration approach to the treatment of chronic pain in patients with soft tissue and back injuries. *Spine* 1994;19:633-42.
10. Nicholas M, Wilson P, Goyen J. Operant-behavioral and cognitive-behavioral treatment for chronic low back pain. *Behav Res Ther* 1991;29:225-38.
11. Nicholas M, Wilson P, Goyen J. Comparison of cognitive-behavioral group treatment and an alternative non-psychological treatment for chronic low back pain. *Pain* 1992;48:339-47.
12. Van Tulder M, Koes B, Bouter L. A cost-of-illness study of back pain in the Netherlands. *Pain* 1995;62:233-40.

## Ökad analytisk specificitet krävs vid mätning av intakt parathormon

### Kort rapport

Göran Lindstedt  
avdelningen för klinisk kemi och transfusionsmedicin, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet  
(*goran.lindstedt.gu@telia.com*)

Rolf Ekman  
klinisk neurokemi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Mölndal

Rosanne Forberg  
kemiska laboratoriet, Centrallasarettet, Västerås

Anders Isaksson  
kliniskt kemiska laboratoriet, Universitetssjukhuset, Lund

Mats Stridsberg  
centrum för laboratoriemedicin, avdelningen för klinisk kemi och farmakologi, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Lena Hård  
EQUALIS

Gunnar Nordin  
EQUALIS, Uppsala

■ På den svenska marknaden finns flera skilda metoder för mätning av »intakt« parathormon (PTH), och fler kan förväntas. De har mer eller mindre uttalad korsreaktion med PTH-fragment, skilda referensintervall och skilda beslutsgränser för diagnosen primär hyperparatyroidism.

**Introduktionen av mätning** av intakt parathormon (PTH) möjliggjorde i slutet av 1980-talet en drastiskt förenklad utredning av hyperkalcemi. Stora skillnader har emellertid iakttagits mellan värden erhållna med de olika metoderna på marknaden [1]. En viktig orsak kan vara avsaknaden av en allmänt accepterad internationell standard och därför avsaknad av gemensam kalibrator. En annan orsak är skillnader i analytisk specificitet.

År 1996 påvisade D'Amour och medarbetare förekomsten av ett korsreagerande fragment av PTH i serum hos njursjuka patienter. Detta utgörs sannolikt av en trunkerad form som saknar de sex aminoterminala aminosyror.

Sourbielle och medarbetare [2] har nu använt två mätmetoder för intakt PTH vid undersökning av 280 till synes

friska personer i åldrarna 60–79 år. En metod utan korsreaktivitet med PTH-(7–84) visades ge betydligt lägre värden än den »klassiska« metoden med hög korsreaktivitet (ca 30 procent lägre).

För båda metoderna iaktogs höga PTH-värden bland de 167 individerna med låg koncentration av 25-hydroxivitamin D (25OHD) (<30 nmol/L), och en negativ korrelation mellan koncentrationerna av PTH och 25OHD. Vid 25OHD >30 nmol/L förelåg däremot inget samband mellan PTH- och 25OHD-koncentrationerna.

**Det är således viktigt** att klargöra de »hälsorelaterade« referensintervallgränserna genom att säkerställa att referensindividerna har adekvat D-vitaminstatus.

Sourbielle och medarbetares artikel ger ökad förståelse för förhållandet att beslutsgränsen för PTH-koncentrationen för diagnostik av primär hyperparatyroidism är betydligt lägre än referensintervalllets övre gräns [3]. Det finns också skäl att överväga övergång till mer specifik metodik för PTH-mätning.

Det är dock fortfarande oklart om skillnader i korsreaktivitet med PTH-(7–84) är ensam förklaring till de stora skillnaderna för PTH-värdena mellan skilda metoder.

## Referenser

1. Seth J, Sturgeon CM, Ellis AR, Al-Sadie R, Logan M. UK NEQAS for peptide hormones annual review 2000. Edinburgh: Department of Clinical Biochemistry, Royal Infirmary of Edinburgh 2000:23-5.
2. Sourbielle JC, Cormier C, Kindermans C, Gao P, Cantor T, Forette F et al. Vitamin D status and redefining serum parathyroid hormone reference range in the elderly. *J Clin Endocrinol Metab* 2001;86:3086-90.
3. Nyström E, Lindstedt G, Rudenstam CM, Bengtsson BÅ, Tisell LE. Grand rounds at Sahlgren's hospital: Hypercalcemia in a patient with mammary carcinoma; metastases or primary hyperparathyroidism? [Clinical conference] *Clin Chem* 1989;35: 1019-23.