

10. Behandling av ont i ryggen

– en introduktion

Alf Nachemson

De flesta patienter med ont i ryggen förbättras snabbt av olika typer av behandling. Detta kan bero på behandlingen som sådan, exempelvis genom att vissa läkemedel ger smärtstillande effekt, men det kan också vara en följd av helt andra omständigheter.

De flesta akuta och även en del kroniska ryggpatienter klarar själva av sitt smärtproblem oavsett vilken behandling de får även om många av och till får återfall med ökade symtom. Även hos de som drabbas under längre tid varierar symtomen, och de flesta söker hjälp först när smärtan är som svårast. Den vanligaste förändringen i tillståndet blir därför troligen en förbättring. Denna tendens att återgå till normalstatus, även hos de med uttalade symtom, ibland även med kliniska fynd, har kallats ”regression to the mean” [18].

Läkarens uppmärksamhet, intresse och empati vid konsultationen liksom dennes och patientens egna förväntningar på behandlingen kan också påverka resultatet. Läkarens rykte, kostnaden för behandlingen, de rent fysiska lokaliteterna och apparaterna som används kan också påverka vad som upplevs som förbättring eller försämring. Det samlade resultatet av sådana faktorer på patientens symtom kallas för placeboeffekt.

Uttrycket placeboeffekt (placebo: att behaga) används för att värdera en psykologisk effekt eller för att eliminera bias (förutfattade meningar) vid ett kliniskt experimentellt försök. Under 1990-talet har flera översiktsartiklar publicerats över placeboeffektens betydelse i smärtbehandling [4,9,16]. Turner och medarbetare har visat på placeboens mycket viktiga och goda effekt, speciellt för patienter med smärtor vars orsaker är okända och ofta svåra att förstå [16]. Dit hör även ryggsmärta. Placeboeffekten varierar med omkring 50 procents effekt vid behandling med konservativa metoder [4,10] men kan för en aggressiv åtgärd som kirurgi svara

för 70 procent av effekten [3]. Effekten behöver inte nödvändigtvis vara kortvarig, och är inte en reaktion på ett onormalt beteende eller på psykisk avvikelse [6,15,16].

Placeboeffekten kan förklaras på många olika sätt. Behandlingen kan minska patientens oro, och den kan bli effektiv om patienten förväntar sig detta. Den kan uppstå som en följd av tidigare goda erfarenheter eller genom att man hört från släkt och vänner att en viss behandling har effekt. Vidare kan den uppstå när behandlaren uppfattas som vänlig och empatisk och när denne intar en mycket positiv attityd till patienten och den behandling som ges. Det finns också vissa studier som antyder att placeboeffekten kan medieras via kroppens egna smärthämare, de så kallade endorfinerna [8].

Allt detta har stor betydelse för hur utvärderingar av olika behandlingsmetoder (kliniska, kontrollerade försök) bör läggas upp. När det är möjligt bör alla parter vara ”blinda” för vilken typ av behandling som ges när det finns flera alternativ. Därför bör de patienter som utgör en kontrollgrupp, ges en behandling som så mycket som möjligt simulerar den aktiva behandlingen. Detta för att den ska skapa samma förväntningar. Båda grupperna, den aktivt behandlade och den placebobehandlade, bör få samma antal besök och lika mycket kontakter och stöd. Ibland kan det vara svårt att skapa en riktig placebobehandling. Det är emellertid möjligt att exempelvis stänga av en transkutan elektrisk nervstimulator men låta vissa lampor lysa för att ge intryck av verklig behandling. Man kan också ge nålstick på andra ställen än akupunkturpunkter, när man vill testa denna metod eller använda mycket små vikter för traktion, när man vill bedöma denna terapi. Studier som är gjorda med kontroller, som liknar den aktiva interventionen, har nästan alltid befunnits ge mindre fördelar för den aktiva behandlingsformen än i studier där man jämfört olika typer av aktiv behandling [5,16]. En totalt obehandlad grupp (en så kallad väntelistkontroll) är dock inte detsamma som en placebobehandlad grupp. Med en väntelistgrupp har man inte kontroll över patientens förväntningar. Den kan emellertid tjäna som en bra kontroll för naturalhistorien eller ”regression to the mean” [10,11,18].

Etiska och praktiska faktorer begränsar möjligheterna att ge placebobe-handling. Ett fullständigt ”blint” kirurgiskt försök med simulerade kontroller är omöjligt att genomföra. I sådana studier kan patienten randomiseras till antingen kirurgisk behandling eller någon konservativ behandlingsmetod som har minimal effekt eller någon som har trolig effekt [13,14]. Sådana har gjorts för bl a koronarkirurgi och diskbråcks-kirurgi [3,17].

Icke randomiserade studier, där man använt sig av validerade resultat-mått och noggrann uppföljning, kan användas som bevis för en behandlingseffekt endast om praktiskt taget alla patienter förbättras dramatiskt och omedelbart och effekten inte kan förklaras av någon annan faktor [1,2,7,12,19]. Införandet av penicillinbehandling mot lunginflammation är ett exempel på detta. Tyvärr finns inga liknande, radikala botemedel för patienter med ryggsmärta.

I de följande kapitlen om olika behandlingsmetoder för akuta, subakuta (0–12 veckor) och kroniska (mer än 3 månader) nack- och ryggpatienter har så långt som möjligt endast randomiserade, kontrollerade studier (RCT) eller kliniskt, kontrollerade studier (CCT) beaktats. Detta är angeläget för att man ska kunna uttala sig om de verkliga effekterna av olika behandlingsmetoder, inklusive placeboeffekten.

Referenser

1. Beaton DE, Hogg-Johnson S, Bombardier C. Evaluating changes in health status: reliability and responsiveness of five genetic health status measures in workers with musculoskeletal disorders. *J Clin Epidemiol* 1997;50:79–93.
2. Block R. Methodology of clinical back pain trials. *Spine* 1987;12:430–2.
3. CASS Principal Investigators. Coronary Artery Surgery Study (CASS): a randomized trial of coronary artery bypass surgery. *Circulation* 1983;68:939–50.
4. Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Thomas H. The role of expectancies in the placebo effect and their use in the delivery of health care: a systematic review. *Health Technol Assess* 1999;3:1–96.
5. Deyo RA. Clinical research methods in low back pain. *Physiol Med Rehabil* 1991; 5:209–22.
6. Fine PG, Roberts WJ, Gillette RG, Child TR. Slowly developing placebo responses confound tests of intravenous phentolamine to determine mechanisms underlying idiopathic chronic low back pain. *Pain* 1994;56:235–42.
7. Gartland JJ. Orthopaedic clinical research. Deficiencies in experimental design and determinations of outcome. *J Bone Joint Surg* 1988;(Am)70:1357–64.
8. Levine JD, Gordon NC, Fields HL. The mechanism of placebo analgesia. *Lancet* 1978;61:201–7.
9. Linde K, Clausius N, Ramirez G, Melchart D, Eitel F et al. Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? A meta-analysis of placebo-controlled trials. *Lancet* 1997;350: 834–43.
10. McDonald CJ, Mazzuca SA. How much of the placebo 'effect' is really statistical regression? *Stat Med* 1983;2: 417–27.
11. Miller NE. Placebo factors in treatment: views of a physiologist. In: Shephard M, Sartorius N. eds *Non-Specific Aspects of Treatment*, Toronto, Ontario: Hans Huber Publishers, 1989; 39–51.
12. Murray BW, Britton AR, Bulstrode CJK. Loss to follow-up matters. *J Bone Joint Surg Br* 1997;79:254–7.
13. Rudicel S, Esdaile J. The randomized clinical trial in orthopaedics: obligation or option? *J Bone Joint Surg* 1985;(Am) 67: 1284–93.
14. Stirrat GM, Farrow SC, Farndon J, Dwyer N. The challenge of evaluating surgical procedures. *Ann R Coll Surg Engl* 1992;74:80–4.
15. Thomson R. Side effects and placebo amplification. *Br J Psychiatry* 1982;140: 64–8.
16. Turner JA, Deyo RA, Loeser JD, von Korff M, Fordyce WE. The importance of placebo effects in pain treatment and research. Review. *JAMA* 1994;271:1609–14.

17. Weber H. Lumbar disc herniation: a controlled prospective study with ten years of observation. *Spine* 1983;8:131–40.
18. Whitney CW, von Korff M. Regression to the mean in treated versus untreated chronic pain. *Pain* 1992;50:271–85.
19. Öhlund C, Lindström, I, Areskoug B, Eek C, Peterson L-E, Nachemson A. Pain behavior in industrial subacute low back pain. Part I. Reliability: concurrent and predictive validity of pain behavior assessments. *Pain* 1994;58:201–9.