

Rygsmarter år 2002

En oversigt

Eva Hauge og Claus Manniche

Rygsmarter er et udbredt fænomen i befolkningen, med store personlige og samfundsmæssige omkostninger.

Årsager til rygsmarter er meget komplekse, med en specifik mulighed for diagnose i 20-25% af tilfælde med ondt i ryggen. Den resterende store gruppe handler om uspecifikke rygsmarter.

Der findes i dag en stor forskningsmæssig viden på området, men forskning vanskeliggøres også af det komplekse samspil mellem mange faktorer, både individuelle og eksterne.

Der er i det seneste årti udviklet internationale retningslinjer for undersøgelse og behandling af rygsmarter, ligesom der på det træningsmæssige område er udført en del randomiserede undersøgelser, metaanalyser og konsensusrapporter, som samlet set viser evidens for effektive tiltag.

Rygsmarter er et udbredt fænomen, som har store omkostninger både for den enkelte, men også samfundsmæssigt. De samfundsmæssige omkostninger ved lænderygsmarter er på mere end 10 mia. kr. årligt (1).

Formålet med denne artikel er at give en oversigt over det komplekse i årsagssammenhæng, diagnosticering og klassifikation af rygsmarter. Ligeledes at give en oversigt over den internationale konsensus på området i forhold til udvikling af retningslinjer og anbefalinger på det træningsmæssige område.

Epidemiologi

De fleste mennesker vil på et eller andet tidspunkt i deres tilværelse opleve en eller anden grad af rygbesvær. Biering-Sørensen fandt i sin undersøgelse i 1983 (2) en livstidsprævalens på op til 80%.

En undersøgelse foretaget af DIKE i 1991 (3) viste at inden for det seneste år havde 40% af den voksne danske befolkning oplevet at have rygsmarter. En anden undersøgelse blandt 35-45 årige i Sverige viste at hele 73% oplyste at have haft rygsmarter inden for det sidste år (4). Heraf havde 17% været sygemeldte, og yderligere 14% havde været væk fra arbejde pga. gener, men uden sygemelding.

Specifikt for en gruppe som tandlæger viste en dansk undersøgelse blandt 99 tandlæger at over 60% havde haft besvær fra nakke-skulder-regionen og lænderyggen inden for det sidste år (5). En svensk undersøgelse fra 1990 (6) viste at blandt 359 adspurgte tandlæger havde 72% haft smerte fra nakke/skuldre eller hovedpine, og 43% lændesmerter inden for det sidste år.

Der synes at være en stor spredning på etårsprævalensen for rygbesvær, hvilket nok skyldes metodemæssige forskelle i de individuelle undersøgelser.

Årsager til rygsmarter

Op gennem historien er rygsmarter altid forekommet i befolkningen. Rygproblemerne synes ikke at være mere almindelige eller alvorligere end de altid har været, men derimod har vi i dag en ændret forståelse for samt ændrede muligheder for at håndtere rygproblematikken (7).

Årsagen til rygsmarter er dog ikke altid klar hos den enkelte patient. I ca. 20-25% af tilfældene kan der stilles en patoanatomisk diagnose, som fx diskusprolaps, hvorimod diagnosen i de resterende 75-80% vil være uspecifikke rygsmarter (1). Hertil kommer at selv en specifik diagnose kan være forbundet med usikkerhed, da parakliniske undersøgelser som fx skanninger ofte kan vise positive fund uden en samtidig klinisk problemstilling.

Smerte er en subjektiv oplevelse (se definition) hvilket også skal overvejes i forbindelse med diagnosticering.

»Smerte er en ubehagelig sensorisk og emotionel oplevelse, som er forbundet med aktuel eller truende vævsbeskadigelse eller som beskrives i vendinger svarende til en sådan beskadigelse«

International definition på smerte (International Association of the Study of Pain; 1979 (8)).

Årsager til uspecifikke rygsmerter kan være mange, fx smerter fra led, disci eller andre innerverede strukturer. I princippet kan alle innerverede strukturer i ryggen være en kilde til smerte, men undersøgelser har vist at i mange tilfælde vil der være tale om smerter fra henholdsvis disci eller fæcetled (9) (Fig. 1).

Pga. anatomiske forskelle i nakken og lænderyggen er årsagssammenhængen også forskellig her. Der er dog problemer med strukturspecifik diagnosticering i klinisk praksis, idet det kræver parakliniske diagnostiske metoder, fx diskografi (smerteprovokerende kontrastinjektion i discus efterfulgt af skanning) eller diagnostiske blokader, at være helt præcis.

En anden tilgang til diagnosticering er foreslået af den newzealandske fysioterapeut *Robin McKenzie* (10), hvor uspecifikke rygsmerter klassificeres efter symptomrespons.

Ved diagnosticering af uspecifikke rygsmerter stilles diagnosen i klinisk praksis ud fra symptomer og udelukkelse af

specifikke årsager (røde flag) og inddeles efter varighed i akutte, subakutte eller vedvarende (kroniske) smerter. Ved akutte rygsmerter forstås symptomer af under seks ugers varighed, og ved vedvarende/kroniske rygsmerter forstås symptomer af over 12 ugers varighed.

I forhold til diagnosticering og klassifikation af rygsmerter er man i disse år opmærksom på en yderligere model, nemlig den bio-psyko-sociale model (Fig. 2), hvor der ud over biologiske faktorer også tages højde for psykosociale faktorer som fx personens *coping*-strategier, begrebet *fear-avoidance*, tilfredshed med og indflydelse på arbejdsmæssige forhold (7).

Risikofaktorer for at udvikle rygsmerter er i MTV-rapporten (1) opdelt i individuelle og eksterne faktorer (Fig. 3).

Forskningsresultater på dette område er heller ikke entydige og vanskeliggøres af at mange faktorer spiller ind på samme tid og kan være forskellige hos den enkelte person.

Der må også skelnes mellem risikofaktorer som udvikler akutte rygsmerter, og risikofaktorer som udvikler kroniske rygsmerter.

Specifikt for tandlægers vedkommende har undersøgelser vist at yngre alder, placering af patienten/egen position i forhold til udsyn, brug af spejl, langvarige, statiske arbejdsstillinger, og manglende restitution (pauser) kan have indflydelse på udvikling af rygbesvær (5,6,11).

Retningslinjer

Siden 1994 er der udgivet retningslinjer i mindst 11 forskellige lande omhandlende lænderygsbesvær (*low back pain*). En

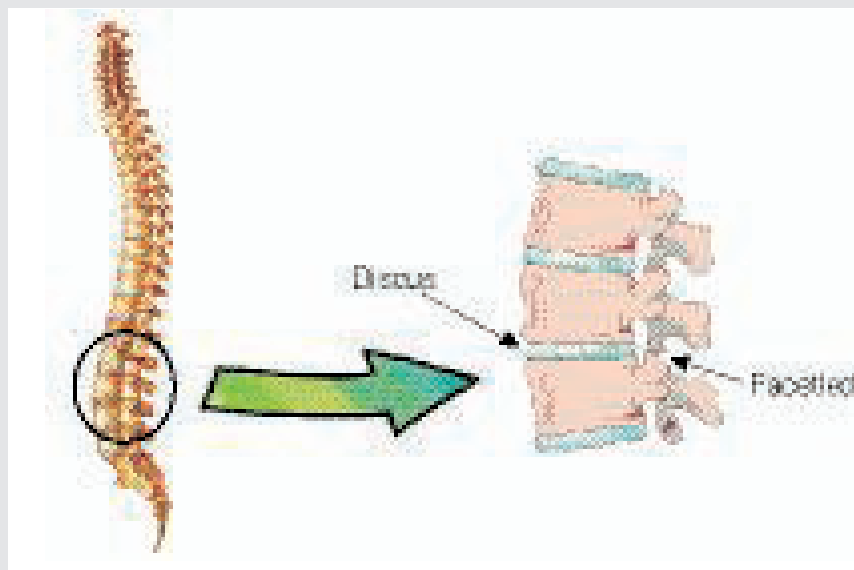


Fig. 1. Hyppigst forekommende kilde til rygsmerter: disci articulares eller fæcetled (articulationes zygapophysiales).

Fig. 1. Most common origin of back pain: articular discs or zygapophysial joints.



Fig. 2. En bio-psyko-social model omkring lændesmerter og funktionsbesvær. Efter (7).

Fig. 2. A biopsychosocial model of low back pain and disability. After (7).

sammenligning af disse retningslinjer foretoges af Koes et al., 2001 (12), og det konkluderedes at generelt giver alle lande enslydende råd om håndteringen af lændesmerter (Tabel 1).

På nakkeområdet er der ikke helt så omfattende forskning som på lændområdet, og muligvis er der derfor heller ikke udviklet så mange vejledninger.

Her kan dog fremhæves to undersøgelser/ vejledninger:

Den svenske SBU (13) sammenfatter sine anbefalinger om behandling ud fra grundig litteraturgennemgang med følgende anbefaling:

Akutte og subakutte nakkesmerter: forblive aktiv, fortsætte sædvanlig aktivitet, medicin efter behov, manuel behandling som smertereduktion.

Kroniske nakkesmerter: forsigtige anbefalinger, da der kun er få studier af ringe kvalitet og derfor ringe evidens.

Philadelphia-panelet (14) fandt god evidens for at anbefale øvelsesterapi til kroniske nakkegener. Der er også her mangelfulde data på mange områder, som vanskeliggør at give helt sikre anbefalinger.

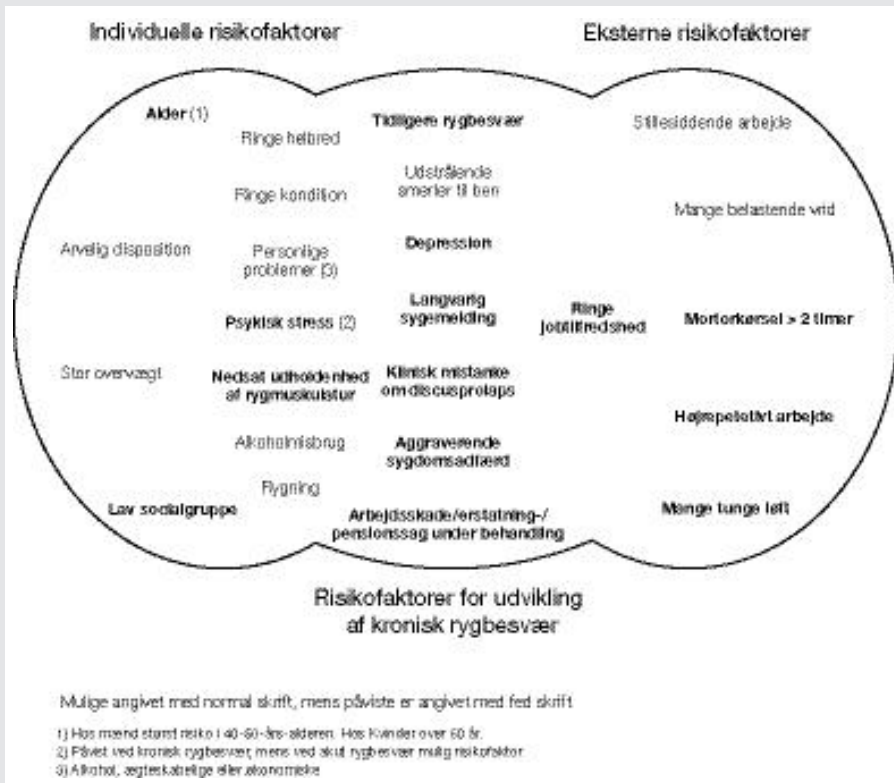


Fig. 3. Mulige og påviste risikofaktorer for udvikling af rygbesvær (1).

Fig. 3. Possible and established risk factors for developing low back pain (1).

Tabel 1. Retningslinjer for diagnostik og behandling af lændesmerter (12).

Diagnostik

- Grundig og subjektiv og objektiv undersøgelse
- Diagnostisk triade (uspecifikke rygsmerte, radikulære/udstrålende smerter, specifikke patologiske forandringer)
- Restriktiv brug af røntgenundersøgelse
- Opmærksomhed på psykosociale faktorer som risikofaktorer for kronicitet

Behandling

- Grundig information (god prognose)
- Råd om at forblive aktiv
- Medicin efter behov
- Fraråde sengeleje
- Overvej manuel behandling (smertereduktion)
- Træning

Ved akutte rygsmerte: ikke specifikke øvelser, men progressiv aktivitet

Ved kroniske rygsmerte: øvelsesterapi

Aktiv strategi

Generelt må siges om vejledninger vedr. rygproblemer at der anbefales en patientaktiv strategi i kombination med grundig udredning. Det må også konkluderes at den mere specifikke træning som behandling primært har sin plads hos de mere vedvarende/kroniske ryggene, både på lænde- og nakkeområdet, hvorimod de mere akutte tilstande nok har større gavn af information og opretholdelse af en aktiv hverdag evt. med lidt hjælp til smertereduktion.

Der er ligeledes en tendens til at træning kan have vigtig plads som forebyggende tiltag for rygbesvær. Dette er sammenfattet i den svenske SBU-rapport (13) hvor det konkluderedes at den eneste intervention med tilstrækkelig evidens for præventiv effekt er fysisk træning.

Rygtræning og evidens

Der synes at være en stadig større evidens for den positive effekt af rygtræning som aktiv behandlingsform ved vedvarende rygsmerte.

I Tabel 2 er opstillet alle de væsentlige konsensusrapporter og retningslinjer på træningsområdet, publiceret gennem de seneste 10-15 år. Den enkelte rapportes hovedkonklusion for henholdsvis akut/subakut/vedvarende rygsmerter fremgår.

Af tabellen fremgår at tendensen i litteraturen går mod en stadig større evidens for positiv effekt af rygtræning ved vedvarende lændesmerter, men samtidig evidens imod ef-

fekt af træning ved akutte smerter. I dette tilfælde sættes grænsen mellem akut/kronisk ved 6-12 uger.

Som effektmål bruges sædvanligvis reduktion af symptomer, bedre funktion i forbindelse med dagligdags gøremål, tilbagevenden til arbejde, reduktion i analgetica-forbrug samt patientens generelle tilfredshed med resultatet af interventionen.

Virkningsmekanismer

Der kan være mange virkningsmekanismer involveret i effekten af et rygtræningsprogram. Her skal nævnes mulige forbedringer i styrke, udholdenhed, koordination, ændret proprioception, bevægelighed, smertereduktion, samt ikke mindst det positive i patientens egen aktive medvirken.

Der er ikke entydig klarhed over hvilket træningsprogram der bør anbefales frem for et andet. Et studie har vist at et uspecifikt aerobicprogram havde samme effekt som et mere specifikt program udført med træningsudstyr (26). Det synes imidlertid betydningsfuldt at træningen indeholder en vis dosis (27) og progression (28).

Hvad angår træning i det akutte stadie er der ikke fundet stor evidens for effekten – dog skal nævnes en enkelt undersøgelse (29) som sammenholdt en behandlingsstrategi ud fra *McKenzie's* tilgang med en konservativ tilgang, og fandt positiv effekt af førstnævnte, både på kort og langt sigt. *McKenzie's* tilgang bygger på patientaktive øvelser ud fra symptomrespons på undersøgelse og en filosofi om en forebyggende effekt i form af at patienten selv kan håndtere fremtidige recidiverende gener.

Diskussion

Som det fremgår af ovenstående, er rygproblemer en meget kompleks størrelse, både hvad angår årsag, diagnosticering, behandling og forebyggelse.

Der findes i dag en stor viden på området, men forskning i forskellige områder vanskeliggøres stadig af det komplekse samspil mellem mange faktorer. De bedste forskningsresultater opnås gennem randomiserede studier, men også her ligger der en problematik i form af en mangelfuld mulighed for at subgruppere. Der er individuelle forskelle på rygpatienter, både hvad angår årsag til smerten, personens ressourcer, omgivelsernes reaktioner, etc. – alt i alt bio-psykosociale forhold.

I forbindelse med opnåelse af effekt af en given intervention er det væsentligt at forholde sig til patientens ønsker og muligheder. Det er nærliggende at tro at patientkomplians vil blive større, jo mere patienten føler sig involveret i beslutningsprocessen, og jo mere realistisk det er for patienten at få gennemført interventionen – en mulig årsag til den for-

Tabel 2. Effekt af rygtræning ved lændesmerter. Konklusion af konsensusrapporter og metaanalyser 1987-2000. (Efter 15).

Reference, land	År	Akutte/subakutte/vedvarende lændesmerter Baseret på antal () randomiserede kliniske undersøgelser	Konklusion
<i>Report of the Quebec Task Force on Low Back Pain</i> (16), Canada	1987	(få)	Inkonklusiv
<i>Koes et al.</i> (17), Holland	1991	(16)	Inkonklusiv
<i>SBU: »Ont i ryggen«</i> (18), Sverige	1992	(få)	Inkonklusiv
<i>Frank</i> (19), Storbritannien	1993	Akutte (få) Vedvarende (få)	Mulig effekt Nogen evidens for effekt
<i>Clinical Practice Guidelines</i> no. 14 (20), USA	1994	(I alt 20) Akutte Vedvarende	Ingen evidens for effekt Nogen evidens for effekt
<i>Clinical Standard Advisory Group</i> (21), Storbritannien	1994	Subakutte og vedvarende (få)	Nogen evidens for effekt
<i>Clinical Standard Advisory Group</i> (22), Storbritannien	1996	Akutte (flere) Subakutte og vedvarende (flere)	Ingen evidens for effekt Stærke teoretiske argumenter og nogen evidens for effekt
<i>Dansk Selskab for Intern Medicin</i> (23), Danmark	1997	Akutte (flere) Vedvarende (flere)	Ingen evidens for effekt Klar evidens for effekt
<i>van Tulder et al.</i> (24), Holland	1997	Akutte (10) Subakutte og vedvarende	Ingen evidens for effekt Klar evidens for effekt
<i>MTV-rapporten: »Ondt i ryggen«</i> (1), Danmark	1999	Akutte (flere) Vedvarende (flere)	Ingen evidens for effekt Klar evidens for effekt
<i>Cochrane</i> (25), International	2000	Akutte (8) Vedvarende (9)	Evidens imod effekt Evidens for effekt
<i>SBU: »Ont i ryggen, ont nacken«</i> (13), Sverige	2000	Akutte (10) Evidens imod effekt	Vedvarende (16) Klar evidens for effekt

skellige effekt af specifikke og uspecifikke tiltag. Der skal ikke herske tvivl om at der ud over en biologisk virkningsmekanisme også er en stor psykisk indflydelse på en given situation.

For en bestemt profession som fx tandlæger skal alle de ovennævnte overvejelser også medtages i forhold til både udvikling af rygbesvær samt behandlingen af samme.

Der er endnu et stykke vej før vi præcist kan forudsige hvilken behandling der er mest effektiv til hvem og hvornår.

Der er dog opnået videnskabelig evidens for at grundig undersøgelse, grundig information, og en patientaktiv strategi er nøgleordene i håndteringen af det store samfundsproblem: rygsmarter.

English summary

Back pain in the year 2002

Back pain is a common phenomenon in the population and with marked personal and social expenses.

The cause of back pain is very complex, with a specific possibility of diagnosis in 20-25% of cases with back pain. The remaining group is diagnosed non-specific back pain.

Research has indicated considerable knowledge in the field, but research is made difficult by the complex correlation between individual and external circumstances.

During the last decade international guidelines for diagnosis and treatment of back pain have been developed, and in the field of exercising there are randomised clinical trials, meta-analysis and consensus reports showing evidence for effectiveness.

Litteratur

1. Manniche C, Ankjær-Jensen A, Fog A, Williams K, Biering-Sørensen F, Kryger-Baggesen P, et al. Ondt i ryggen. En kortlægning af problemets forekomst og oplæg til dets håndtering i et MTV-perspektiv. København: Sundhedsstyrelsen; 1999.
2. Biering-Sørensen F. A prospective study of low back pain in a general population. *Scand J Rehab Med* 1983; 15: 71-9.
3. Brinck B, Rasmussen NK, Kjølner M, Thomsen LK. Muskel- og skeletsygdom i Danmark. Forekomst og sygdomsadfærd. København: DIKE (Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi); 1995.
4. Linton SJ, Ryberg M. Do epidemiological results replicate? The prevalence and health-economic consequences of neck and back pain in the general population. *Eur J Pain* 2000; 4: 347-54.
5. Finsen L, Bakke M. Erhvervsmæssig risiko for bevægeapparatbesvær i tandplejen. *Tandlægebladet* 1997; 101: 664-7.
6. Rundcrantz BL, Johnsson B, Moritz U. Cervical pain and discomfort among dentists. Epidemiological, clinical and therapeutic aspects. *Swed Dent J* 1990; 14: 71-80.
7. Waddell G. The back pain revolution. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1998.
8. Merskey R. Pain terms: A list with definitions and notes on usage. *Pain* 1979; 6: 249-52.
9. Bogduk N. The anatomical basis for spinal pain syndromes. *J Manip Physiol Ther* 1995; 18: 603-5.
10. McKenzie R. The lumbar spine. Mechanical diagnosis and therapy. Spinal Publications LTD (N.Z.); 1981.
11. Rundcrantz BL, Johnsson B, Moritz U. Occupational cervicobrachial disorders among dentists. *Swed Dent J* 1991; 15: 105-15.
12. Koes BW, van Tulder MW, Ostelo R, Burton AK, Waddell G. Clinical guidelines for the management of low back pain in primary care. An international comparison. *Spine* 2001; 26: 2504-14.
13. Ont i ryggen, ont i nacken. En evidensbaserad kunskapsmanställning. Vol. 1 och 2. Stockholm: SBU (Statens Beredning for Utvärdering); 2000.
14. Philadelphia Panel Evidence-Based Clinical Practice Guidelines on Selected Rehabilitation Interventions for Neck Pain. *Phys Ther* 2001; 81: 1701-17.
15. Manniche C, Østergaard K, Jordan A. Træning af ryg og nakke år 2002. *Ugeskr Læger* 2002; 164: 1910-3.
16. Spitzer WO, leBlanc FE, Dupuis M. Scientific approach to the assessment and management of activity-related spinal disorders. *Spine* 1987; 12 (Suppl 1): 1-59.
17. Koes BW, Bouter LM, Beckerman H, van der Heijden GJ, Knipschild PG. Physiotherapy exercises and back pain: a blinded review. *BMJ* 1991; 302: 1572-6.
18. Ont i ryggen, orsaker, diagnostik och behandling. Stockholm: SBU (Statens Beredning for Utvärdering); 1992. p. 1-122.
19. Frank A. Low back pain. *BMJ* 1993; 306: 901-9.
20. Bigos SJ, Bowyer O, Braen G, editors. Acute low back pain in adults. Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Services, US Department of Health and Human Services 1994; 14: 1-133.
21. Clinical Standard Advisory Group. Report on back pain. London: Royal College; 1994. p. 1-89.
22. Clinical guidelines for the management of acute low back pain. London: Royal College of General Practitioners; 1996. p. 1-35.
23. Hansen TM, Bendix T, Bungert CE, Junker P, Kosteljanetz M, Manniche C, et al. Lændesmerter. *Ugeskr Læger* 1996; 158 (Suppl 4): 1-18.
24. Van Tulder MW, Koes BW, Bouter LM. Conservative treatment of acute and chronic non-specific low back pain. A systematic review of randomized controlled trials of the most common interventions. *Spine* 1997; 22: 2128-56.
25. Van Tulder MW, Malmivaara A, Esmail R, Koes B. Exercise therapy for low back pain. *Spine* 2000; 25: 2784-96.
26. Mannion AF, Müntener M, Taimela S, Dvorak J. A randomized clinical trial of three active therapies for chronic low back pain. *Spine* 1999; 24: 2435-48.
27. Manniche C, Lundberg E, Christensen I, Bentzen L, Hesselsoe G. Intensive dynamic back exercises for chronic low back pain: a clinical trial. *Pain* 1991; 47: 53-63.
28. Lindstrom I, Ohlund C, Eek C, Wallin L, Peterson LE, Nachemson A. Mobility, strength and fitness after a graded activity program for patients with subacute low back pain. *Spine* 1992; 17: 641-52.
29. Stankovic R, Johnell O. Conservative treatment of acute low back pain. *Spine* 1995; 20: 469-72.

Forfattere

Eva Hauge, fysioterapeut, Dip MDT, og
Claus Manniche, professor, adm. overlæge, dr.med.
RygForskningsCentret, RygCenter Fyn, Ringe, Lindevej 5,
5750 Ringe