

Kirurgi sammenlignet med placebooperasjon ved langvarige laterale albuesmerter

Placebooperasjoner har fått mye oppmerksomhet de siste årene, da en rekke studier har vist at de gir like gode resultater som reelle kirurgiske inngrep. Dette er nå vist i korsrygg (1), knær (2) og skulder (3,4), og er nå også vist ved tennisalbue (5). Kirurgi ved langvarige laterale albuesmerter er ikke like vanlig som menisk- eller acromionreseksjon, men også her ser man at det ikke er forskjell mellom placebo- og intervensjonsgruppen. Selv om denne konklusjonen ikke bør komme som en overraskelse, er det flere momenter i studien som er verdt å drøfte.



AV STIAN CHRISTOPHERSEN
FYSIOTERAPEUT

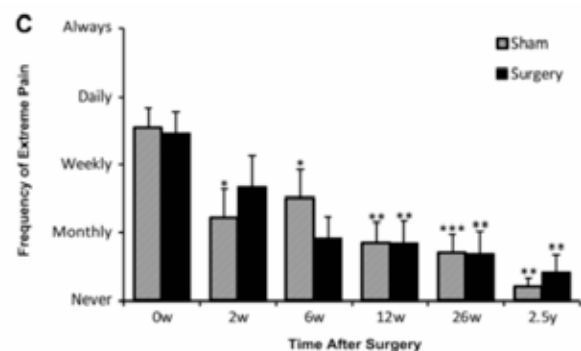
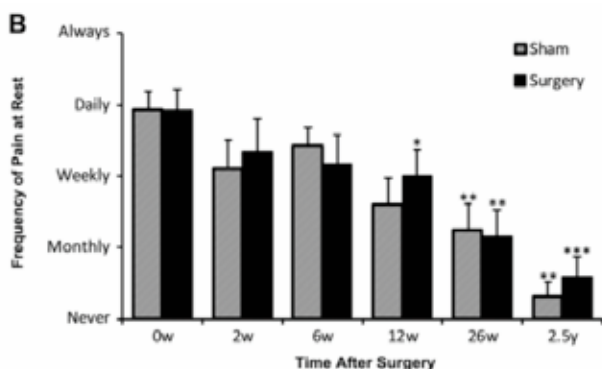
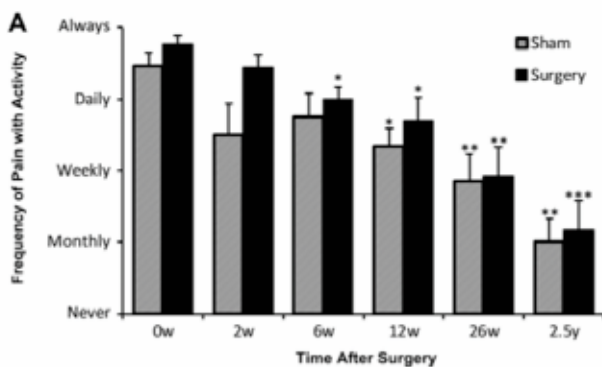
Tennisalbue, eller mer korrekt lateral epikodylalggi, refererer til affeksjon av extensorsenene som springer ut fra laterale epikondyl. Tilstanden knyttes til repetitiv belastning i håndleddseksjon og supinasjon av underarmen, og rammer 1-3% av befolkningen og det ser ut til at ca. 90% av pasientene blir bra i løpet av ett år (6). Plagene knyttes til tendinopatiske endringer i ECRB i utspringet fra laterale epikondyl.

Ved langvarige plager og mislykkede konservative tilnærminger fremsettes kirurgi som et alternativ. Krosiak og Murrel (5) ønsket å sammenligne eksisjon av den affiserte delen av extensor carpi radialis brevis (ECRB) med sham kirurgi, da dette er en av de hyppigste operasjonsteknikkene for langvarig tennisalbue. På tross av at det rapporteres om meget god effekt ved kirurgiske inngrep for denne tilstanden (>75% oppgir liten eller ingen smerte ett år postoperativt), er eksisjon av den tendinopatiske delen av ECRB aldri sammenlignet med sham kirurgi. Studien inkluderte pasienter som hadde vedvarende plager etter mini-

imum 6 måneder med medisinsk behandling. Dette innebar blant annet fysioterapi, akupunktur, massasje, NSAIDs og injeksjonsterapi. De brukte over 6 år på å inkludere 26 pasienter og randomiserte

13 av disse til enten eksisjon eller sham. Det postoperative forløpet bestod av tøyning og egentrening fra uke to postoperativt til og med uke 12 postoperativt. Øvelsesutvalget var håndleddscurls, reverserte håndleddscurls pronasjon, supinasjon og bicepscurl. Disse øvelsene skulle gjøres daglig tre ganger per dag med ti repetisjoner per serie og med en gradvis økning i belastning fra ingen vekt til 2,5 kg. Pasientene ble fulgt opp med kliniske tester og spørreskjema i 6 måneder. Når siste pasient hadde avsluttet sitt forløp, ble alle deltakerne invitert tilbake for gjentatte kliniske tester og spørreskjema. 22 fylte ut spørreskjemaene og 11 gjennomførte også de kliniske testene. Resultatene illustreres i grafene under.

Vi ser ikke overraskende at begge gruppene opplevde reduserte smerter, men det som faktisk er overraskende er at shamgruppen rapporterte lavere smerte enn intervensjonsgruppen. Selv om studien lider under et lavt deltakerantall, ble det gjort en poweranalyse som anslo at det



måtte over 6500 deltakere til for å oppnå en signifikant forskjell mellom gruppene. I snitt hadde deltakerne hatt smerter i fem år og feilet annen medisinsk behandling, så hvordan kan det ha seg at et snitt i huden gjorde dem så mye bedre både på kort og lang sikt? Begge gruppene fikk tre måneder postoperativ fysioterapi, men er det sannsynlig at et lavdosert, standardisert øvelsesregime over tolv uker har skapt denne bedringen? Forfatterne selv fremsetter denervasjon grunnet snittet, naturlig tilheling og Hawthorne-effekt som mulig forklaringer uten å trekke noen endelige konklusjoner.

Gitt det vi nå vet om hvordan pasienters forventninger og psykososiale faktorer assosieres med utfall (7-9), er det også nærliggende å tro at et kirurgisk inngrep skaper en ny forventning til bedring etter en lang periode med plager. Her peker forfatterne på et interessant moment; det var få pasienter som var villige til å la seg operere på når det var 50-50 om de ble operert eller ikke, hvilket gjorde det vanskelig å rekruttere nok pasienter til studien. Hva gjør det så med forventningene når det er femti prosent sannsynlighet for å bli narreoperert? Er det utelukkende ønsket og håpet om at man havnet i «rett» gruppe som skaper bedringen? Og ikke minst; hva gjør det med forventningene til bedring etter kirurgi når pasientene

blir forklart at resultatene er like gode med placebokirurgi? Personlig opplever jeg at det kan være vanskelig å i det hele tatt bli trodd på dette når jeg legger frem de ulike alternativene for pasienter.

Om det nå er slik, at forventningene og håpet om bedring er det sentrale i prosessen, hva gjør vi som fysioterapeuter for å bygge opp disse forventningene til andre modaliteter enn kirurgi? Bygger vi godt nok oppunder at >80% av laterale epikondylalgier blir bra av seg selv i løpet av ett år og at dette for det meste er en selvløsende tilstand? Bygger vi godt nok oppunder at belastning er den beste måten å behandle tendinopatier på (10)? At bevegelse er smertedempende (11, 12)? At kunnskap om hva som feiler dem og hva de selv kan gjøre med det er smertedempende (13)? Når selv den lille prosentandelen som ikke blir bra etter ett til to år, blir markant mye bedre av narrekirurgi – gir ikke det oss et vanvittig godt utgangspunkt for å skape bedring og endring på egenhånd?

1. Kroon F. et al: Two-year results of a randomized placebo-controlled trial of vertebroplasty for acute osteoporotic vertebral fractures. *J Bone Miner Res.* 2014
2. Kise, N. et al: Exercise therapy versus arthroscopic partial meniscectomy for degenerative meniscal tear in middle aged patients: randomized controlled trial with two year follow-up *BMJ* 2016
3. Beard DJ, Rees JL, Cook JA, Rombach I, Cooper

- C, Merritt N, Shirkey BA, Donovan JL, Gwilym S, Savulescu J et al: Arthroscopic subacromial decompression for subacromial shoulder pain (CSAW): a multicentre, pragmatic, parallel group, placebo-controlled, three-group, randomised surgical trial. *The Lancet* 2017
4. Schrøder CP, Skare Ø, Reikerås O, et al: Sham surgery versus labral repair or biceps tenodesis for type II SLAP lesions of the shoulder: a three-armed randomised clinical trial *Br J Sports Med* 2017
5. Krosiak M, Murrel G: Surgical Treatment of Lateral Epicondylitis. A Prospective, Randomised, Double Blinded, Placebo Controlled Clinical Trial. *Orthop J Sports Med.* 2017
6. Coombes, B. et al: Management of Lateral Elbow Tendinopathy: One Size Does Not Fit All *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy* 2015
7. Bialosky, J.E., et al.: Individual expectation: an overlooked, but pertinent, factor in the treatment of individuals experiencing musculoskeletal pain. *Phys Ther.* 2010. 90(9): p. 1345-55.
8. Chester, R., et al.: Psychological factors are associated with the outcome of physiotherapy for people with shoulder pain: a multicentre longitudinal cohort study. *Br J Sports Med.* 2016.
9. Dunn, W.R., et al.: Symptoms of pain do not correlate with rotator cuff tear severity: a cross-sectional study of 393 patients with a symptomatic atraumatic full-thickness rotator cuff tear. *J Bone Joint Surg Am.* 2014. 96(10): p. 793-800.
10. <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-management-of-overuse-chronic-tendinopathy?source=machineLearning&search=lateral%20epicondylitis&selectedTitle=7~16§ionRank=2&anchor=H23#H1>
11. Naugle KM, Fillingim RB, Riley JL, A meta-analytic review of the hypoalgesic effects of exercise. *J Pain.* 13:1139-1150, 2012
12. Ellingson LD, Koltyn KF, Kim JS, Cook DB. Does exercise induce hypoalgesia through conditioned pain modulation? *Psychophysiology.* 51:267-276, 2014
13. Jones MD, Valenzuela T, Booth J, Taylor JL, Barry BK: Explicit education about exercise-induced hypoalgesia influences pain responses to acute exercise in healthy adults: A randomised controlled trial, *Journal of Pain* (2017)

