

Injeksjon i subacromial bursa versus systemisk injeksjon i rumpa

Ekeberg med kollegaer presenterte i BMJ i 2009 en artikkel hvor de sammenlignet effekten av systemisk injeksjon med kortison satt i setemuskel, kontra lokal kortison injeksjon i den subacromiale bursaen.

AV KJETIL NORD-VARHAUG

I studiet til Ekeberg og kollegaer ble kortisoninjeksjon satt ultralydveiledet i den subacromiale bursa sammenlignet med en tilsvarende injeksjon satt i setemuskel. Formålet var å undersøke om plasseringen hadde betydning for effektiviteten ved subacromiale smerter.

Forfatterne skriver i introduksjonen at det er sprikende evidens for injeksjons-terapi med kortison ved subacromiale smerter.

Injeksjon av kortikosteroider er en vanlig prosedyre i primærhelsetjenesten i behandling av subacromial smerte. Ekeberg forteller at en slik injeksjon i henhold til litteraturen i beste fall tref-

fer i 80 % av tilfellene. Studier viser sprikende resultater med en treffprosent som varierer fra 30-80 %.

– Vi ønsket å undersøke om en injeksjon i den subacromiale bursaen var mer effektiv enn en systemisk injeksjon, forteller Ekeberg. Vi fant lik effekt i de to gruppene.

Den kliniske konsekvens kan være at

Subacromial ultrasound guided or systemic steroid injection for rotator cuff disease: randomised double blind study

Ole M Ekeberg, research fellow,¹ Erik Bautz-Holter, professor, ¹ Einar K Tveita^o, research fellow, ¹ Niels G Juel, consultant physician, ¹ Synnøve Kvalheim, consultant physician, ¹ Jens I Brox, consultant physician ^{2,3}



Setting Outpatient clinic of a physical medicine and rehabilitation department in Oslo, Norway.

Patients 106 patients with rotator cuff disease lasting at least three months.

Interventions Ultrasound guided corticosteroid and lidocaine injection in the subacromial bursa and lidocaine injection in the gluteal region (local group); corticosteroid and lidocaine injection in the gluteal region and ultrasound guided lidocaine injection in the subacromial bursa (systemic group).

Main outcome measures Difference in improvement in the overall shoulder pain and disability index score after six weeks.

Results Six weeks after the intervention, the mean difference in improvement in overall shoulder pain and

disability index score between the local group and the systemic group was -5.2 (95% confidence interval -13.9 to 3.5); it was -4.1 (-12.3 to 4.1 , $P=0.32$) after adjustment for baseline score. A small but statistically significant difference in improvement between groups occurred in favour of the local group for two secondary outcome measures: the Western Ontario rotator cuff index (8.1 , 0.7 to 15.6) and change in main complaint (2.0 , 0 to 4).

Conclusions No important differences in short term outcomes were found between local ultrasound guided corticosteroid injection and systemic corticosteroid injection in rotator cuff disease.

Trial registration Clinical trials NCT00640575.

ABSTRACT

Objective To compare the effectiveness of ultrasound guided corticosteroid injection in the subacromial bursa with systemic corticosteroid injection in patients with rotator cuff disease.

Design Double blind randomised cli-

kortisonets plassering ikke har avgjørende betydning for korttidseffekt i denne pasientgruppen. Lang tids effekt av behandlingen er ikke undersøkt i studiet. Det er viktig å presisere at vi ikke ønsker at allmennlegene nå skal kutte ut å sette injeksjonen i skulder, men heller i rumpa. forklarer Ekeberg. En pragmatisk fortolkning er at leger kan fortsette å sette injeksjon uten billedveiledning.

Studiet har på diverse nettplasser for helsepersonell mottatt både hyllest og kritikk. Det er gjennomgående gitt gode tilbakemeldinger på metodisk gjennomføring, bl.a. blinding av både terapeut og pasient.

Kritikken har vært rettet mot at alle pasienter med subacromiale smerter behandles likt. Fagmiljøer, med bakgrunn fra prinsippene til dr. Cyriax, er uenige i at injeksjonen ikke trenger å være satt presist for å virke. De mener derfor at forskerne burde lokalisert de vevsforandringene som kunne være den mest sannsynlige årsaken til smerten, for så å sette injeksjonen der.

Ekeberg forklarer at det mangler god dokumentasjon for at injeksjon rettet mot strukturelle forandringer funnet ved billedundersøkelser nødvendigvis gir bedre effekt på kort og lang sikt. Strukturelle funn i rotator cuff mansjetten finnes også hos skulderfriske og ser ut til å samvariere mer med alder enn symptomer, noe som vanskeliggjør fortolkningen av billedfunnene. Coombes (1*) presenterte i 2010 en artikkel som viser at pasienter med albuesmerter som fikk kortisoninjeksjon hadde større risiko for tilbakefall sammenlignet med de som ikke fikk det. Hovedpoenget med kortisoninjeksjon er å oppnå en korttidseffekt. Det mangler gode studier som har studert lang tids effekt av kortikosteroid injeksjoner ved rotator cuff lidelse, spesielt om langtidseffekten gir dårligere prognose.

Brox (2*) sin publikasjon i Tidsskriftet for den norske legeforening i 2010 anbefaler intraartikulær injeksjon med kortison ved adhesiv kapsulitt.

Ekeberg forteller videre at det vil være mulig å gjøre langtidsoppfølging klinisk og med billedfunn. Måten studiet er designet på gjør det på bakgrunn av resultatene vanskelig å komme med andre konkrete råd for de kliniske miljøene. Vi kan ikke utelukke at resultatene ville vært forskjellige i en mer homogen

pasientgruppe? Vi må også nevne at det var statistisk signifikante forskjeller i favør av injeksjon i skulderen dersom vi på forhånd hadde valgt en annen hovedeffektvariabel slik som global effekt eller Western Ontario Rotator Cuff Index. Forskjellen var likevel så liten at man kan stille spørsmål om den kliniske relevansen av gruppeforskjellen. Vi kan konkludere med at våre resultater tyder på at subacromial injeksjon for diagnosen subacromiale smerter ikke gir bedre effekt enn systemisk injeksjon, avslutter Ekeberg.

Redaksjonens kommentar:

Det er vanskelig å komme med noen kliniske anbefalinger basert på studiet til Ekeberg m. fl. Man kan som Ekeberg forklarer, tolke det dit hen at det er irrelevant hvor injeksjonen settes, og at dette kan gi grobunn for fortsatt blinde injeksjoner gjort på allmennelegekontoret. Man kan også tolke funnene med at injeksjoner i slimposen ikke er en god behandling for pasienter med rotatormansjettsykdom, og at injeksjoner som er rettet mot slimposen derfor bør frarådes ved en slik diagnose. Studiet sier ikke noe om de pasientene som hadde en reell subacromial bursitt, og hvilken effekt disse pasientene kunne forvente å ha av en slik injeksjon.

Skal vi som faggruppe tolke studiet,

så er det mest nærliggende å konkludere at injeksjonsbehandling i det subacromiale rommet for smerter fra rotatormansjetten er et lite egnet behandlingsalternativ. Funnene bør ikke tolkes dit hen at det er uvesentlig hvor injeksjonen settes. Vi har i denne utgaven av Fysioterapi i Privat Praksis satt fokus på effekten av kortison i behandling av akutte tendinopatier, og denne forskningen antyder at slike injeksjoner har en negativ effekt på disse pasientene, på lang sikt.

1 Coombes BK, Bisset L, Vicenzino B. *Efficacy and safety of corticosteroid injections and other injections for management of tendinopathy: a systematic review of randomised controlled trials. Lancet 2010;1016/S0140-6736(10)61160-9. published online Oct 22. PubMed*

2. J I Brox P Sunde C P Schrøder K Engebretsen Ø Skare O M Ekeberg N G Juel *Atraumatiske skulderlidelser. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130:2132-5*



Kinesiology tape

WAK

Where Quality Meets Performance

www.kktape.no