

KORTISON – immundempende hormon

man skal benytte med varsomhet...

Kortison kom på markedet på slutten av 1940-tallet. Medikamentet ble raskt populært, men allerede i 1954 kom de første rapportene om mulige negative effekter.

AV KJETIL NORD-VARHAUG – FYSIOTERAPEUT

Vi vet i dag at kortison hemmer effekten til immunforsvaret der medikamenter injiseres lokalt eller i kroppen ved systemisk injeksjon. Vi kan bruke denne «bivirkningen» på en kontrollert måte for å behandle kroniske smerter i muskler og ledd, i tillegg til å behandle forskjellige autoimmune sykdommer som MS, leddgikt og forskjellige former for allergi.

Men burde dette medikamentet fortsatt være i bruk i primærhelsetjenesten hvor fastlegene bruker injeksjonene som akuttbehandling av smerter i sener og ledd?

Jeg var nylig på et foredrag hvor en legespesialist hevdet at fastlegene burde benytte mer kortison i behandlingen av sine akutte pasienter, på tross av vitenskapelige artikler som hevder det motsatte. Coombes (1*) publiserte i 2010 en artikkel som tok for seg en rekke studier på blant annet kortisoninjeksjon for forskjellige tendinopatier. Resultatene fra dette review'et var at kortison helt i tråd med det kliniske erfaringer viser, gir god og smertelindrende effekt på kort sikt. Men hva med lang sikt? Vi ønsker jo ikke at pasientene kun skal bli bra på kort sikt.

Tilbake til legespesialisten som reklamerte for økt bruk av kortison i primærhelsetjenesten. Et argument for bruk av kortison var blant annet faren for arrvevsdannelse i tendinopatien. Jeg trodde at arrvev var noe man ønsket siden det opprinnelige vevet var skadet eller ødelagt? Videre argumenterte man for de negative konsekvensene ved langvarig smerte, og hvordan dette kunne føre til overbelastning av andre kroppsdelene og dermed forlenget sykeforløp. Dette er jo argumenter som ikke er helt urimelige, hadde det da ikke vært for faren for forverring av skaden.

Er det ingen som tenker på hvordan pasienten skal kunne få leget sin opprinnelige skade?

Som eneste fysioterapeut i salen tok jeg ordet og spurte om ingen tenkte på tilhelningsfasen. Da ble jeg møtt med en massiv motstand blant legene i salen. Jeg måtte jo forstå at deres utfordring var å unngå sykemelding, samt å hjelpe pasienten på en effektiv måte. I tillegg kunne de fortelle at det ikke var så enkelt å henvise pasientene til fysioterapi heller, da det ofte var lange ventelister.

Jeg tenkte da: Gir økte køer hos fysioterapeuter grunnlag for å sette en kortisoninjeksjon i akuttfasen? Studiet til Coombes viste at gruppen som kun «ventet» var betydelig bedre enn gruppen som mottok injeksjon. Disse funnene var gjeldende for kontroll ved 6 måneder og 12 måneder. I tillegg finnes det bevis for at de som fikk behandling med kortison også hadde større sjans for å få tilbakefall av smertene. Statistikken sa faktisk at man hadde en 63% større sjans for tilbakefall om man sammenlignet injeksjon med «vente og se». Injeksjonene så også ut til å hemme tilhelningen. Dimmen (*2) publiserte i 2009 en studie som så på den samme problemstillingen ved behandling med NSAIDs for samme pasientgruppe, og også her fant man at behandling med betennelsesdempende så ut til å hemme tilhelningsfasen.

Kanskje burdet presset på legene om å unngå sykemeldinger justeres noe slik at de tør å sykemelde pasienter med smerter fra tendinopatier. Et argument jeg stadig møter i samtaler med fastleger er statistikken som sier at de med langvarig sykemelding oftere faller ut av arbeidslivet, og at pasientene risikerer en psykisk endring når sykemeldingen strekker seg over en viss tid. Er det ikke nettopp derfor vi burde

bli litt mer liberale med sykemeldinger i akuttfasen, slik at man kan ta problemet i fødselen. Om vi stoler på forskningen er det dårlig butikk at 63% flere av de vi gir behandling får tilbakefall. De ukene sykemelding vi sparer ved å unngå sykemelding og tilby injeksjon i akuttfasen, er uker vi fort taper igjen når tiden går og lidelsen har kronifisert seg grunnet manglende hvile og tilhelning.

Selv bruker jeg injeksjonsterapi mange ganger i uken, blant annet kortison, i klinikken i samarbeid med kollega (spesialist i fysikalsk medisin). Denne artikkelen er skrevet for å sette fokus på hvem, hva, hvor og når man skal igangsette slik behandling. Om vi behandler pasientene med kortisonpreparatet for tidlig i forløpet av en skade, risikerer vi som artikkelen hevder, tilbakefall.

Kortison vil også i fremtiden ha sin naturlige plass innen fysikalsk og ortopedisk medisin, men bør etter vårt skjønn benyttes med varsomhet og etter klare retningslinjer. Regenering først – så smertelindring.

*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*

*2. Dimmen S, Engebretsen L, Nordsletten L, Madsen JE. *Negative effects of parecoxib and indomethacin on tendon healing: an experimental study in rats. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc 2009; 17: 835-839.*