

Magnet Røntgen

– bildebevis på prøve...

Vi må ta en MR for å finne ut hva som er galt med ryggen din. Eller må vi det? MR er et fantastisk hjelpemiddel som på mange måter har revolusjonert bilde-diagnostikken innen muskel- og skjelettlidelser. Men er virkelig MR så effektiv til å avdekke patologi som vi liker å tro?

AV KJETIL NORD-VARHAUG – FYSIOTERAPEUT

I dette nummeret av Fysioterapi i Privat Praksis møter vi Britt Lindhart som hadde 4 negative MR-undersøkelser av sin hofte før en artroskopi av hoften på sykehuset bekreftet den kliniske diagnosen. Hun hadde 5 år sykehistorie bak seg. MR forvirret mer enn det forklarte i hennes tilfelle.

Jeg husker tilbake til min egen tid som praksisstudent på ortopedisk avdeling, hvor jeg møtte en pasient som etter 10 år med negative MR, røntgen og CT av korsryggen, endelig var innlagt for operasjon med et stort prolaps som i årevis hadde «gjemt» seg på radiologiske undersøkelser. Pasienten var nærmest invalidisert og hadde utviklet psykiske problemer grunnet mangel på forståelse

fra leger og offentlige myndigheter.

Jeg snakker nok for mange av oss når jeg sier at det finnes utallige eksempler på pasienter som har hatt negative MR undersøkelser av rygg og nakke, men med senere påviste lesjoner som viste seg å være årsaken til plagene. I forrige nummer av tidsskriftet presenterte vi metoden med dynamisk digital røntgen som i noen tilfeller kan avdekke patologi som statisk MR og CT ikke klarer. I klinisk praksis har mange nok opplevd å bli overrasket når man får tilbakemelding fra røntgeninstituttet at det man trodde var en helt klar kompresjon av C7 nerveroten, ikke kunne påvises på MR. Det samme ser man på skulderdiagnostikken som kommer tilbake negativ selv om de kliniske funnene er tydelige på at det er noe galt i skulderleddet.

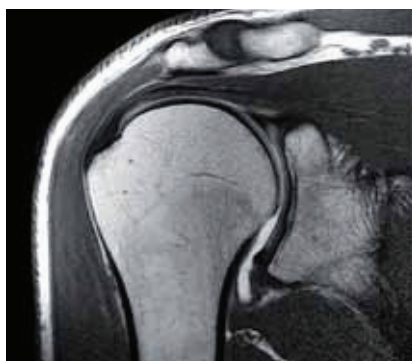
Så hva sier forskningen om presisjonen til MR på de forskjellige områdene i kroppen?

Sheehan (*1) publiserte i 2010 et review som tok for seg bruken av MR som diagnostisk verktøy for vurdering av korsryggsmerter. MR er et verktøy som foretrekkes for å diagnostisere ryggsmertor, og blir stadig oftere brukt til nettopp dette. Sheehan anbefaler kun bruk av MR i de tilfellene man mistenker alvorlig patologi, da ryggsmertor ofte omfatter flere faktorer enn kun anatomiske avvik sett på MR. MR er også et verktøy som kan være nyttig i forbindelse med planlegging av operasjoner.

Sheehan etterlyser også bedre informasjon til pasienter og helsepersonell om begrensningene som finnes ved bruk av MR-diagnostikk.

I 2004 publiserte Thomas Byrd (*2) en hoftestudie som sammenlignet verdien av blant annet klinisk undersø-





kelse, vanlig MR og MR artrografi (med kontrast). Studien viste at kliniske tester var 98 % treffsikkert på å påvise intra-artikulære forandringer men var samtidig lite egnet til å påvise hva slags skade det var snakk om. Vanlig MR kunne vise til hele 42 % falske negative undersøkelser samt 10 % falske positive tolkninger. Dvs. at i over 50 % av tilfellene ble det enten oversett patologi eller så ble det påvist patologi som ikke var reell. MR-artrografi var noe mer treffsikker med 8 % falske negative og 20 % falske positive. Skal vi tolke disse funnene, finner MR med kontrast oftere skaden, men gir også til gjengjeld dobbelt så mange falske funn som vanlig MR.

Hvis vi snakker om skulderdiagnostikk, viser forskningen oss igjen at MR kanskje ikke er så sensitiv som vi skulle ønske. Adams (*3) beskrev i en forskningsartikkel i år at MR på skulder ikke var spesielt sensitiv for å oppdage mindre rupturer i subscapularis-senen. Radiologene som undersøkte pasientene med MR, fant kun 36 % av skadene som var påvist artroskopisk.

Når vi ser en slik dystre statikk, så er det kanskje rart at så mange fortsatt anser MR som allviter innen muskel og skjelett. Om det ikke vises på MR, er det ikke noe galt. Vi må få ut kunnskapen til våre samarbeidspartnere at en negativ MR ikke nødvendigvis er tegn på «ingen ting galt».

Når det er sagt, må vi også være oppmerksomme på falske positive svar. Om

det kommer tilbake svar på MR som vi føler ikke er relevant for pasientens klinikk, må vi være forsiktig med for raskt å endre vår egen arbeidsdiagnose. Det er nok av eksempler hvor klinikken hadde rett og MR tok feil. I de tilfellene hvor MR bekrefter en klinisk diagnose, kan undersøkelsesmetodene naturligvis sammen forsterke inntrykket av at man har truffet rett med diagnosen. Om de er motstridende så må man igjen sette seg i tenkeboksen.

MR har de senere årene blitt brukt stadig oftere i screening av pasienter. Om en pasient med vondt i ryggen får tilbakemelding om at det finnes trange forhold, er det ikke sikkert dette er årsaken til plagene hans. Men bildesvaret kan definitivt være med på å forsterke plagene. Kanskje har man vært for liberal med MR-bruken i senere tid? I dag er det tidvis lang kø for å få MR-undersøkelse, noe som tvinger frem en bevisst prioritering blant de som henviser til billeddiagnostikk. Kanskje er dette en sunn kø? For det gjør at en del kanskje blir friske før de eventuelt får svar på hva som er vondt, galt, trangt og forkalket i ryggen deres. På samme måte som man skal være forsiktig med å gi funn på MR for mye verdi, bør man tenke det samme om røntgen, CT og ultralyd. Også med disse metodikkene finnes det både falske positive svar og falske negative. Kunnskap om de forskjellige metodenes styrker og svakheter er avgjørende for å kunne finne rett diagnostikk til rett lidelse.

Samtidig må vi ikke glemme hvilke fordeler disse billeddiagnostiske verktøyene kan gi. Det er like trist å høre om pasienter som gikk 12 måneder i behandling basert på en klinisk diagnose, uten fremgang. Der hvor billeddiagnostikken avdekket årsaken og beviste at behandlingen dermed var rettet mot feil struktur.

Billeddiagnostikken har kommet for

å bli, men sammen med ny teknologi må kunnskapen om bruksområdene også bedre fram. Radiologene skriver ikke i sin MR-beskrivelse at de ikke gjorde noen funn i hoftelddet, og begrunner dette med svakheter i MR-teknologien. De beskriver kun det de fant eller ikke fant.

Det finnes masse forskning som også viser fordelene ved bruk av billeddiagnostikk på utallige områder innen muskel- og skjelettskader. Mitt poeng er at det er opp til oss og helsepersonellet vi samarbeider med å oppdatere oss såpass på forskningen på disse områdene at vi blir kompetente til å ta de vurderingene inn i vår kliniske hverdag.

Kilder:

1* *Magnetic resonance imaging for low back pain: indications and limitations*
Sheehan NJ.

Ann Rheum Dis. 2010 Jan;69(1):7-11.
Department of Rheumatology, Edith Cavell Hospital, Peterborough PE3 9GZ, UK

2* *Diagnostic Accuracy of Clinical Assessment, Magnetic Resonance Imaging, Magnetic Resonance Arthrography, and Intra-articular Injection in Hip Arthroscopy Patients*

J. W. Thomas Byrd, MD* and Kay S. Jones, MSN, RN.
Am J Sports Med. 2004 Oct-Nov;32(7):1668-74.

3* *Accuracy of preoperative magnetic resonance imaging in predicting a subscapularis tendon tear based on arthroscopy.*

Adams CR, Schoolfield JD, Burkhart SS. The San Antonio Orthopaedic Group, 150 E. Sonterra Blvd., San Antonio, TX 78258, U.S.A. Arthroscopy Association of North America Arthroscopy. 2010 Nov;26(11):1427-33. Epub 2010 Sep 27.

Bowen Akademiet



Bowen Teknikken balanserer kroppens muskel- og skjelettsystem, samt stimulerer blod- og lymfesirkulasjonen. Gir raske resultater for kroniske og akutte lidelser. Teknikken er skånsom både for klient og terapeut. Det ultimate innen manuell helhetsterapi.

Tel. 92210451, www.bowen-akademiet.no
e-post: vibeke.brems@c2i.net