Den rette billeddiagnostik til den rette patient på det rette tidspunkt

Smerte er ikke længere indikation i sig selv. Der skal mere til. Fx mistanke om fraktur eller manglende effekt af behandling. Det er en af nyhederne i de nye billeddiagnostiske retningslinjer, som ellers lægger sig op ad forlægget i de velkendte engelske og canadiske retningslinjer. En anden nyhed er, at der i det hele taget foreligger samlede billeddiagnostiske anbefalinger for hele bevægeapparatet på dansk.

Af Tanja Skov Carlsen, DKF's sekretariat

Kiropraktor, ph.d. Tue Secher Jensen, seniorforsker på Nordisk Institut for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik og Rygcenter Syddanmark har været formand for den arbejdsgruppe, som har udviklet de nye retningslinjer for billeddiagnostik af bevægeapparatet.

FOTO: HEIDI LUNDSGAARD

• • • • • Retningslinjerne indeholder 99 anbefalinger for billeddiagnostiske modaliteter ved 52 relevante bevægeapparatstilstande. De er udarbejdet med en adopt and adapt-metode, hvor man oversætter allerede eksisterende retningslinjer og adapterer dem til relevante forhold.

Arbejdsgruppens litteratursøgning og kvalitetsvurdering endte op med kun to sæt retningslinjer: De canadiske retningslinjer fra 2007/2008, som er lavet af og til kiropraktorer, og den nyeste version af de engelske retningslinjer fra 2012. Begge udgivelser som danske kiropraktorer i forvejen har anvendt som retningslinjer. Man kan nærlæse detaljerne i udviklingsmetoden i selve retningslinjerne.

Andre indikationer end varighed af smerte

Kiropraktor, ph.d. Tue Secher Jensen, seniorforsker på Nordisk Institut for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik og Rygcenter Syddanmark, var formand for arbejdsgruppen, og den, der bl.a. udførte litteratursøgningen og har forfattet meget af teksten.

– På den ene side er det gammel vin på ny flaske, på en anden side er det hele nyt, da vi ikke før har haft et sæt danske retningslinjer for hele bevægeapparatet, forklarer Tue Secher Jensen. Han påpeger, at et af de steder, hvor de nye adskiller sig fra tidligere retningslinjer, er, at der ikke er indikation for billeddiagnostiske undersøgelser af ryggen, hvis patienten har uspecifikke rygsmerter, uanset varigheden af besværet:

– Tidligere ville man typisk anbefale røntgenundersøgelse, hvis problemerne varede mere end 4-6 uger. I de nye retningslinjer har vi lagt vægt på, at der udover

»Succeskriterier for retningslinjerne er, at de anvendes på en måde, så patienterne får den bedst mulige udredning, dvs. den rette undersøgelse til den rette patient på det rette tidspunkt.«

smerte skal være andre indikationer, før billeddiagnostik kan overvejes. Det kan fx være manglende effekt af relevant behandling eller væsentlig funktionel begrænsning i fire uger, forklarer han.

Adaptionen til danske forhold har fx bestået i at se på de reelle muligheder for valg af modalitet. Tue Secher Jensen giver som eksempel anbefalingerne for columna uden 'røde flag', hvor både røntgen og MR-skanning er indikeret. Her har arbejdsgruppen valgt at anbefale begge modaliteter, da røntgen er billigere og generelt lettere tilgængelig end MR, som modsat vurderes som den mest optimale undersøgelse af de to. Indtil videre kan kun kiropraktorer i Region Midtjylland og Syddanmark henvise til MR, hvilket udfordrer resten af landets kiropraktorer, som formelt set kun kan anvende røntgen - eller ultralyd, hvis de har denne modalitet i klinikken. Region Midtjylland har i øvrigt evalueret MR-henvisningsretten og betragter den som en succes.

Begrænsninger

Kun en af de 99 anbefalinger bærer prædikatet 'stærk evidens'. Den største andel, 75 anbefalinger, har svag evidens, mens 23 har 'moderat evidens'. Det kan virke meget bekymrende, men Tue Secher Jensen forsikrer om, at det ikke betyder, at retningslinjerne er dårlige og ikke kan bruges. Det er blot udtryk for, at der foreligger meget lidt forskning om billeddiagnostikkens rolle for bevægeapparatsproblemer. De canadiske og engelske retningslinjer er derfor i høj grad baseret på ekspertvurdering og konsensus.

Arbejdsgruppen måtte forholde sig til, hvad der var af indhold i de eksisterende retningslinjer.

– I de canadiske og engelske retningslinjer er der ikke særskilte anbefalinger for sacroiliacaleddene, hvilket måske kan virke underligt, da mange klinikere ser SI-ledsproblemer som en særskilt patienttilstand. I disse retningslinjer "ligger" SI-leddene under lænden. Af samme grund gælder disse retningslinjer kun for voksne, for de engelske indeholdt kun få anbefalinger for børn, og de canadiske slet ingen, forklarer Tue Secher Jensen.

Retningslinjerne skal evalueres. Et projekt Tue Secher Jensen skal udføre. Men hvad er ambitionen og succeskriterierne?

– Succeskriterier for retningslinjerne er, at de anvendes på en måde, så patienterne får den bedst mulige udredning, dvs. den rette undersøgelse til den rette patient på det rette tidspunkt, slutter han.

Læs retningslinjerne på din pc, tablet eller mobil:

www.bdretningslinjer.dk

Erik 49 år, smed

Gennem 2 uger ondt i lænden og smerter ned post/lat på venstre ben til anklen. Generne opstod akut ved flytning af et køleskab. Tidligere lændeproblemer med udstråling til ben, men ikke før så slemt. Sygemeldt gennem 2 uger. Smerten er mere eller mindre konstant, dog bedst når han ligger ned. Normal vandladning, ingen feber, almen tilstand god. Helbred: godt. Objektiv undersøgelse: Strakt benløft-test (SBT) på højre ben til 80 grader udløser hasemuskelstramning. SBT på venstre ben til 60 grader udløser smerte ned i venstre ben til ankel. Kraft: let nedsat kraft i dorsifleksion af venstre fod mod modstand. Reflexer: normale egale. Sensibilitet: i.a. Rektaleksploration i.a. Smerten kan ikke centraliseres ved gentagne bevægelser.

Tue Secher Jensen:
Der er én relativ røntgenindikation i form af de radikulære symptomer (udstråling til underben og let nedsat kraft), så billeddiagnostik kan overvejes. Klinikeren skal foretage et overordnet skøn af, om graden og varighed af symptomer er indikation "nok". Skønner klinikeren, at det er det, kan der vælges mellem røntgen eller MR-skanning. Klinikeren skal foretage et skøn på baggrund af tilgængelighed og hvilken af de to modaliteter, der anses for værende bedst for denne patient. MR er den mest sensitive undersøgelse af de to og har også den fordel, at der ikke bruges ioniserende stråler. Modsat er røntgen billigere og har generelt lettere og hurtigere tilgængelighed.

2 uger senere

Efter 2 ugers behandling er Erik fortsat sygemeldt med mange smerter i lænd og ben. Der er ingen ændring i forhold til kraftnedsættelsen eller SBT.

Tue Secher Jensen:
Ved første konsultation var en vis usikkerhed ifht. billeddiagnostik. Der er nu to relative indikationer: Radikulære symptomer og betydende funktionel begrænsning (sygemelding) gennem 4 uger. I forhold til valg af røntgen eller MR gælder de samme overvejelser som før.

»Overskueligheden er det bedste«

Retningslinjerne er landet i kiropraktorklinikkerne. Blandt andet i Frank Føns' klinik i Næstved. Hvad er hans vurdering af slutproduktet?

Frank Føns ejer Kiropraktorhuset i Næstved, hvor de i alt er tre kiropraktorer: Rasmus Fabricius og Anette Rosenlund Breum udover ham selv.

Hvad synes du overordnet?
Jeg synes, det er nogle gode anbefalinger og et overskueligt, anvendeligt produkt, som er klart og tydeligt formuleret. De er måske mere klare, end de gamle fra 'Lænderygprojektet'. Det er en stor styrke, at ekstremiteterne er med. Jeg kan ikke komme i tanke om deciderede mangler.

Indikationerne er meget brede. Det kunne opfattes som en svaghed, men jeg synes, det er en fordel, for det giver plads til klinikerens vurdering. Det gør også retningslinjerne anvendelige til strukturelt brug.

Hvis jeg skal nævne en svaghed, er det, at der ikke er så høj kvalitet i de bagvedliggende undersøgelser, men det skyldes jo, at der ikke laves nok, god forskning på området, som forfatterne også gør klart opmærksom på.

Er der brug for sådanne retningslinjer?
Ja, så der er konsensus blandt alle kiropraktorer om, hvornår vi tager røntgenbilleder. Det er et godt signal udadtil. Derudover har jeg savnet et arbejdsredskab til at undervise turnuskandidater eller introducere nye, yngre kandidater med.

Er der anbefalinger eller viden, som er nye/ny for dig?
Kun ganske lidt ny viden og en enkelt anbefaling. Det er den, hvor 4-6 ugers smerter som indikation er blevet ændret til manglende bedring efter 4 ugers relevant behandling, men den følger vi dog allerede i klinikken. Der er nok ikke noget, som gør, at vi vil ændre på vores billeddiagnostiske praksis i forhold til i dag.

Hvad synes du om websitet?
Rigtigt godt. Specielt den del med 'Projektioner' er jeg glad for. Der kan man se, hvad man skal være opmærksom på.

Påtænker du fælles gennemgang eller lignende i klinikken?
Vi er tre kiropraktorer med mange års erfaring, så vi finder nok ikke behov for at gennemgå dem sammen. Men vi er bevidste om, at vi nu har et redskab, vi kan bruge til strukturerede snakke om vores billeddiagnostiske tilgange og overvejelser. Jeg vil nok vende dem med vores fysioterapeut.

Andre kommentarer?
Et af formålene er at undgå dobbeltundersøgelser. Her tror jeg, at vi kiropraktorer er ret godt med, og at det er sygehusene, der skal gøre en større indsats. Hos os er det fx praktisk taget kun os, der rekvirerer billeder. Det går sjældent den anden vej. Vi rekvirerer dagligt røntgenoptagelser.

SPØRGSMÅL FRA DE INDVIEDE

For at sikre bredt ejerskab til retningslinjerne sparrede arbejdsgruppen med en baggrundsgruppe af kiropraktorer. Hver af DKF's kiropraktorkredsforeninger havde udpeget medlemmer til gruppen, hvor også røntgenkonsulent på Nordisk Institut for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik, Klaus Doktor, deltog. Her stiller gruppens medlemmer spørgsmål til det færdige resultat.

1 CHRISTIAN STAMER, Kiropraktisk Klinik, Kolding:

Vi har jo haft retningslinjer i lang tid, og de nye er udarbejdet på baggrund af andre retningslinjer. Er der nogle specielle ændringer, som kiropraktoren skal være særligt opmærksom på?
Tue Secher Jensen: Overordnet er der ikke store ændringer i forhold til de canadiske retningslinjer, som de fleste kiropraktorer er bekendte med og i store træk følger. I forhold til tidligere er den mest specielle forskel, at smerte i sig selv ikke er indikation for at foretage billeddiagnostik. Der skal mere til; fx mistanke om fraktur eller manglende effekt af behandling.

2 SINE KILLERICH, Kiropraktorerne Hjørring

Kan I belyse årsagerne til, at varighed af 4-6 ugers smerter som indikation er blevet ændret til indikation for røntgen ved manglende bedring efter 4 ugers relevant behandling? Jeg vil også gerne vide, hvorfor retningslinjerne kun er påtænkt voksne over 18 år, og om der vil blive udarbejdet retningslinjer for børn.
Tue Secher Jensen: Jeg synes, at det giver god mening, at det ikke er smerter alene, som er indikation for billeddiagnostisk udredning. Enhver undersøgelse skal kunne bidrage med information i forhold til diagnose, behandlingsvalg og/eller prognose. Da der ikke er en sikker sammenhæng mellem radiologiske fund og smerter, er sandsynligheden for at finde noget klinisk relevant på billederne, meget lille. Har man derimod en patient, som ikke er blevet bedre på trods af behandling, vil det være mere sandsynligt, at en billeddiagnostisk undersøgelse kan bidrage til det kliniske billede.

Arbejdsgruppen traf beslutning om, at retningslinjerne kun gælder for voksne på baggrund af de tidsmæssige rammer. Det er kun de engelske retningslinjer, som inkluderer enkelte pædiatriske patienttilstande. De kan findes på www.irefer.org.uk – mod betaling. Der er pt. ingen planer om at udarbejde danske anbefalinger for børn.

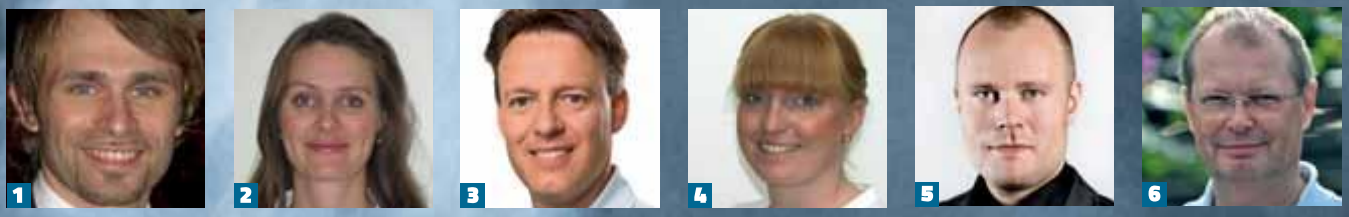
3 KLAUS DOKTOR Rygcenter Herning, røntgenkonsulent på NIKKB og formand for samarbejdsudvalget i Region Midtjylland:

I 1999 anbefalede MTV-rapporten »Ondt i ryggen«, at kiropraktorer og radiologer nåede til en konsensus om anvendelsen af billeddiagnostik (røntgen). Jeg bemærker, at de foreliggende retningslinjer er det flotte resultat af en sådan proces. Til gengæld er det skuffende og uforståeligt, at de kun skal anvendes af kiropraktorer, samt at man ikke opnåede konsensus om standardprojektionerne. Hvordan kan det være, at disse retningslinjer ikke skal gælde for alle? Hvilke retningslinjer skal læger og radiologer følge?
Tue Secher Jensen: Beslutningen om, at retningslinjerne primært gælder for kiropraktorer, er taget af styregruppen. Men da der ikke findes nationale retningslinjer på dette område, er det, som nævnt tidligere, logisk, at de bruges af alle klinikere, som tager sig af patienter med bevægeapparatets problemer.

4 THEA GEELBAK Kiropraktorerne Frederiksberg:

Endelig et håndgribeligt og let anvendeligt materiale, der kan hjælpe med at vælge den bedste billeddiagnostiske modalitet. Forhåbentligt kan det også lette arbejdet i regionerne i forhold til at opnå henvisningsret til MR. Et flot stykke arbejde.

Det står beskrevet, at røntgen har begrænset værdi ved radikulære smerter i afsnit-



tet for lænden og thoracalis, men ikke i afsnittet for nakken. Hvori ligger forskellen? Er der ingen indikation for ultralydsundersøgelse ved frossen skulder, siden dette er udeladt?

Tue Secher Jensen: En af grundene er, at de strukturelle forandringer i nakken, som er tydelige på røntgen (fx hypertrofi af facet- og uncovertebralled) oftere er associerede med radikulære symptomer grundet de trangere pladsforhold, end det er tilfældet i lænd og brystryg.

Der var ingen anbefalinger for ultralyd ved frossen skulder – hverken i de canadiske eller engelske retningslinjer.

5 CLAUS DAM NIELSEN
Kiropraktorhuset ROAR, Roskilde:

Forestiller I jer, at retningslinjerne skal være med til at sænke antallet af røntgenundersøgelser? Jeg kunne måske godt forestille mig det modsatte.

Tue Secher Jensen: Personligt tror jeg ikke, at de vil sænke antallet af røntgenundersøgelser væsentligt, da de fleste danske kiropraktorer allerede anvender de canadiske retningslinjer, som ligger til grund for de danske anbefalinger. Jeg tror dog heller ikke, at der sker en stigning, da de generelle anbefalinger er, at man altid skal anvende eller henvise til billeddiagnostiske undersøgelser, som bruger ikke-ioniserende stråling, hvis det er muligt.

6 CARSTEN HVIID
Kiropraktorerne Hviid, Århus, samt praksiskonsulent i Region Midtjylland:

Jeg finder det opsigtsvækkende, at retningslinjerne ikke er forpligtende for alle i primærsektoren.

Indholdsmæssigt havde jeg gerne set det mere detaljeret beskrevet, at indikationen for at foretage eller ikke at foretage en røntgenundersøgelse er en kombination af flere faktorer, herunder alder, traumer, lidelsens varighed samt andre lidelser og selvfølgeligt *red flags*. Hvorfor er der ikke lavet operationelle kriterier, som vi havde med i »LÆNDESMERTER OG KIROPRAKTIK: Et dansk Evidensbaseret Kvalitetssikringsprojekt« fra 2005? Jeg vil også gerne høre, hvorfor der er udeladt vejledning om hvilke projektioner, den rette røntgenundersøgelse skal omfatte? Jeg ved, at radiologerne ikke har opnået konsensus herom, men jeg mener, at vi kiropraktorer skal nå til enighed om dette.

Tue Secher Jensen: Ideen med operationelle kriterier er rigtig god, og vi har i arbejdsgruppen prøvet at udforme anbefalingerne således, at det er op til klinikeren at foretage »... et overordnet skøn, hvor graden af patientens symptomer og varighed af symptomer indgår i beslutningen om foretagelse af billeddiagnostisk undersøgelse.« (s. 24-25), hvilket jeg synes, ligger tæt op ad de operationelle kriterier fra 2005.

Mht. projektioner så henviser vi både til muskuloskeletalradiologernes »knoglebog«, som i øjeblikket er under revision, og »Instruktion i udførelse af røntgenundersøgelser« for kiropraktorer. Begge sæt anbefalinger overholder EU's minimumskrav vedrørende kvalitet og projektioner, men er primært lavet til brug i henholdsvis sekundærsektor og i kiropraktorpraksis.