

Hur farlig är spinal manipulation – egentligen?

Nils Rydells och Lars Räfs rapport »Spinal manipulation – behandling med stor komplikationsrisk» [1] kräver en kommentar.

Mot bakgrund av »ett begränsat försäkringsmaterial» på vilket man »studerat skadepanoramat efter spinal manipulation», dock utan att man »haft tillgång till hela det försäkringsmaterial som omfattar denna typ av skador», har författarna försökt få svar på två frågor:

- »Finns det patientgrupper som kräver speciell medicinsk utredning före denna typ av manipulationer?

- Är riskerna vid spinal manipulation så stora och skadorna så allvarliga att behandlingen bör ifrågasättas?»

På detta begränsade underlag rapporterar man så 54 skador efter behandling (i nacke, bröstrygg och ländrygg) fördelade på svårighetsgrad (definierad som dramatiska, svåra, medelsvåra och lätta) och på vårdgivare (sjukgymnaster, kiropraktorer, naprapater, läkare och osteopat). Artikelns rubrik tyder på att man kommit fram till att incidensen av allvarliga olyckor är stor, »stor komplikationsrisk». Artikeln utmynnar i att Rydell och Räf:

- rekommenderar att segmentell rotationsbehandling i halsryggen skall undvikas hos riskpatienter,

- pläderar för »sedvanlig, betydligt ofarligare sjukgymnastisk terapi eller avvaktande symtomatisk behandling»,

- föreslår att cervikal manipulation skall förekomma endast efter remiss från ortoped- eller neurologspecialist.

Bristfällig studiedesign och dåligt analysunderlag

Som bekant tolkar ju Vår Herre och Djävulen Bibeln på olika sätt, men jag vill ändå tillåta mig att påpeka att man

Författare

CHARLOTTE LEBOEUF-YDE kiropraktor, MPH, PhD, seniorforskare, Den Medicinske Forskningsenhet i Ringkjøbing Amt, Danmark. E-post: fecy@ringamt.dk

för att få svar på ovanstående frågor måste ha en annan studiedesign och ett bättre och större analysmaterial än det som Rydell och Räf haft tillgång till.

För det första, om man vill definiera riskpatientgrupper fordras att man identifierar relevanta potentiella riskfaktorer och sedan jämför skadefrekvensen hos patienter med respektive utan dessa faktorer. Rydell och Räf har varken gjort det ena eller det andra.

För det andra, är det nödvändigt att man har tillgång till både täljare (totalt antal skadade) och nämnare (totalt antal behandlade patienter), om man önskar göra ett riskestimat. Också här saknas relevant information.

För det tredje, måste man naturligtvis ha siffran på totalt antal skadade per behandlare i förhållande till antal behandlare samt uppgift om behandlarnas totala antal manipulationsbehandlingar, om man vill identifiera en riskbehandlar-grupp. Information härom saknas.

Dessutom vill jag fästa uppmärksamheten på att artikelns diskussionsdel och referenslista tyder på att författarna inte satt sig in i litteraturen på området; de saknar t ex relevant information från Skandinavien om obehagliga reaktioner på behandlingen. Sådan litteratur finns.

Utöver den lilla pilotstudie som nämns i artikeln om »oönskad» (författarnas fria översättning av »unpleasant») reaktioner hos 95 patienter som behandlats för »ländryggsvärk» (också en oriktig tolkning) [2] har resultaten publicerats från två stora prospektiva multicenterstudier (totalt ca 6 500 behandlingar av 1 058 norska och 625 svenska patienter) [3, 4], för övrigt i lätt tillgänglig litteratur.

Behov av information

Eftersom de flesta kiropraktorer i Sverige existerar i något slags vakuüm (de arbetar vanligtvis självständigt i egna kliniker och det finns inte några etablerade kommunikationskanaler mellan kiropraktorer och sjukvårdspersonal) [5] är det kanske inte så konstigt att de två grupperna inte har så stor insikt i varandras arbetsområden. För att öka informationsnivån om spinal manipulation följer här en kort sammanfatt-

ning av några forskningsfynd som är relevanta i detta sammanhang.

Vanliga och ovanliga reaktioner

Cirka hälften av de patienter som behandlades med spinal manipulation av kiropraktorer i Norge [3] och i Sverige [4] rapporterade någon form av obehaglig reaktion under behandlingsförloppet (som maximalt bestod av sex behandlingar). Reaktionerna kan delas upp i »vanliga» och »ovanliga».

De vanligaste rapporterade behandlingsreaktionerna var lokalt obehag (ca 50 procent av reaktionerna), huvudvärk, också efter behandling t ex i ländryggen (ca 10 procent), trötthet (10 procent) och utstrålade obehag (10 procent).

Ovanliga reaktioner var yrsel/ostadighet (också efter behandling t ex i ländryggen), illamående, värmekänsla i huden och »annat», varav en del märkliga och fantasifulla symtom som knappast kan ha haft sitt fysiologiska ursprung i själva behandlingen. Inga allvarliga reaktioner rapporterades i dessa båda studiematerial.

Vanligtvis rapporterades bara *en* reaktion per patient, och det vanligaste mönstret var att reaktionen uppstod inom fyra timmar efter behandlingen och försvann inom ett dygn. Obehaget beskrevs typiskt som mildt eller moderat och förekom oftast efter första behandlingen och vid mer långvariga ryggproblem.

Av naturliga orsaker hade ingen av dessa två studier någon kontrollgrupp. Därför vet man inte om några av de rapporterade reaktionerna kunde ha uppstått på grund av nervositet, lättnad, stress osv snarare än som följd av själva manipulationen. Eftersom man inte kunde konstatera någon skillnad i reaktionsmönstret bland patienter som tidigare sökt kiropraktor och patienter utan tidigare erfarenhet av kiropraktisk behandling får man förmoda att rädsla/nervositet inte spelat någon större roll.

Farliga och ofarliga reaktioner

Om en ovanlig reaktion rapporteras under behandlingens gång är det viktigt att överväga om den kan ha uppstått på grund av manipulationsbehandlingen. Om så är fallet måste man skilja mellan

ANNONS

ANNONS

de ofarliga (t ex en stark reaktion i en mycket kronisk rygg) och de potentiellt eller klart olämpliga reaktionerna (t ex yrsel och illamående efter nackbehandling).

Såsom jag beskrivit ovan är det alltså *vanligt* med *obehagliga* reaktioner efter spinal manipulation, däremot är det *ovanligt* med *svårartade* komplikationer. Enligt en studie i Danmark förekom det under perioden 1978–1988 fem cerebrovaskulära olyckor (ett dödsfall och fyra med permanenta neurologiska skador av olika grad och typ) efter spinal manipulation utförd av kiropraktorer [6].

Eftersom man också hade uppgift om antalet utövande kiropraktorer under dessa år, ungefärligt antal konsultationer per år, och information om behandlingsmönstret bland kiropraktorer i Danmark vid denna tid, var det möjligt att konstruera flera riskestimat med utgångspunkt i olika nämnare. Således kunde man se hur risken föreföll att öka från en olycka per ca 2 miljoner konsultationer eller – omräknat i kiropraktorår – 1:362, till en olycka per ca 0,4 miljoner behandlingar av övre nacken med rotationsteknik. Ingen uppföljning har gjorts under de senaste tio åren, så man vet inte om rekommendationerna om att undvika rotationsbehandling följts och

heller inte om olycksfrekvensen förändrats.

Under- eller överrapportering?

Allvarliga manipulationsolyckor är ovanliga men basunerar ut som det motsatta. Man påstår också gärna att det låga riskestimatet beror på underreportering. Om en reaktion inte uppstår direkt efter behandlingen är det naturligtvis möjligt att man inte uppfattar ett kausalt sammanhang. Å andra sidan är det också möjligt att det föreligger en viss överrapportering [7]. Naturligtvis utesluter inte det ena det andra!

Och vad gäller media så brukar de vara väldigt alerta vid sådana här tillfällen. Dödsfall och andra komplikationer som åsamkats patienter i den »officiella» vårdsektorn ges bara sällan samma uppmärksamhet oavsett om de orsakats av oföretsdda/olyckliga omständigheter, slarv, okunnighet eller professionell idioti. Det finns för övrigt också riklig dokumentation om annan form för informationsbias i relation till manipulations-skador [8].

Primär/sekundär prevention

De mest fruktade typerna av olämpliga reaktioner är således lyckligtvis mycket ovanliga, men inte desto mindre tragiska då de, när de inträffar, kan ha

mycket stora konsekvenser. Här tänker man naturligtvis på frakturer, dislokationer och cerebrovaskulära olyckor. De två första kan förmodligen undvikas genom en ordentlig anamnes och undersökning, men de cerebrovaskulära olyckorna är svåra eller kanske rent av omöjliga att förutse [9, 10].

Att rotationsbehandling av nacken är en olämplig teknik, speciellt i samband med extension och traktion, har man länge misstänkt, baserat på anatomiska antaganden. Huruvida rotationstekniken (eller andra manipulationstekniker) generellt är orsaken eller bara den utlösande faktorn är emellertid oklart [10].

Teoretiskt sett skulle man kunna förebygga uppkomsten av cerebrovaskulära olyckor genom att utesluta patienter som får yrsel och/eller nystagmus när nacken placeras i extrem rotation och extension (de Kleyns test). I praktiken fungerar dock inte detta test speciellt väl [11].

Remissväg, som Rydell och Räf kräver, är inte heller någon bra lösning. Icke valida test blir väl inte bättre för att de utförs av en speciell yrkesgrupp, och det finns väl ingen anledning att tro att ortopedier och neurologer har ett sjätte sinne angående sådana riskpatientgrupper? Att döma av fallbeskrivning nummer 2 i Rydells och Räfs rapport finns

Manipulationsbehandling ger god effekt vid ryggont

Vid ryggont fungerar manipulationsbehandling utförd av naprapat lika bra som konventionell medicinsk behandling, dvs vila och smärtstillande mediciner.

Det visar en randomiserad kontrollerad studie utförd av en forskargrupp i Chicago. 155 patienter som hade haft ryggont i minst tre veckor men inte mer än sex månader ingick i studien. 83 patienter fick manipulationsbehandling och 72 fick konventionell behandling.

Ingen av patienterna hade tidigare fått manipulationsbehandling eller kände till behandlingens innehåll. För att inte behandlingsmiljön skulle påverka resultatet genomfördes även manipulationsbehandlingen på kliniken för konventionell medicinsk behandling.

De två grupperna var likvärdiga ifråga utbildning, belastning i arbetet, inkomst etc.

Olika mätinstrument användes för att studera effekten av behandlingen, bland annat Roland-Morris and Oswestrys frå-

geformulär, en visuell smärtskala samt mätning av i vilken utsträckning patienternas rörelseförmåga och möjlighet att gå upprätt förbättrades efter tolv veckors behandling.

Samtliga patienter förbättrades. Det fanns ingen statistisk signifikant skillnad i behandlingsresultatet mellan de två grupperna.

De som fick manipulationsbehandling behövde signifikant mindre mängder medicin (analgetika, antiinflammatoriska medel och muskelavslappande medel), och använde i mindre utsträckning fysisk terapi.

Exempelvis fick bara 6,3 procent i gruppen med manipulationsbehandling muskelavslappande medel, mot 25,1 procent i den andra gruppen.

Mer än 90 procent av patienterna i båda grupperna var nöjda med behandlingen. Studiens upplägg gjorde det inte möjligt att jämföra eventuella skillnader i vårdkostnader mellan de två grupperna.

N Engl J Med 1999; 341: 1426-31.

Bekräftar svenska studier

Två svenska avhandlingar pekar på liknande resultat som Chicagogruppens, en av Athanasios Seferlis på institutionen för ortopedi, Karolinska sjukhuset, och en av Elisabeth Skargren, institutionen för sjukgymnastik vid Linköpings Universitetssjukhus. I de svenska studierna var patientgruppen som fick manipulationsbehandling något mer nöjd med behandlingen och förklaringsmodellerna för besvären jämfört med Chicagogruppens resultat. Gunnar Németh, verksamhetschef vid ortopediska kliniken vid Karolinska sjukhuset, menar att manuell behandling hos vissa patientgrupper kan ses som ett behandlingsalternativ vid ryggont.

– Idag är det ofta tillgänglighet, servicenivå och upplevd »kundnöjdhet» som avgör vilken behandling patienten väljer. Flera studier har visat att över 20 procent av patienterna har varit hos annan terapeut före första läkarkontakten, säger Gunnar Németh.

Peter Örn
Läkartidningen

ANNONS

det i alla fall *en* ortoped som inte hade det, nämligen han/hon som behandlade den patient som en kiropraktor skickat för MRI-undersökning före manipulation. Denna patient som tidigare var symtomfri i nacken fick tyvärr kraftig nackvärk och domningar i arm och fingrar efter att ortopederna bestämt sig för att själv utföra manipulationsbehandlingen.

Eftersom primär prevention ofta inte är möjlig, är tidig sekundär prevention mycket viktig. Man intervjuar därför nackbehandlade patienter noggrant om förekomsten av märkliga reaktioner. Då dessa kan vara av övergående art är det viktigt att patienten informeras om vad som är en normal reaktion för att kunna vara uppmärksam på eventuella onormala reaktioner. Vid minsta tecken på de senare bör man överväga huruvida fortsatt manipulationsbehandling är lämplig eller ej.

Det finns flera exempel i litteraturen på hur tidiga varningstecken inte fångats upp eller att man inte tidigt nog har förstått signifikansen av dem utan gått vidare med behandlingen, vilket fört till ytterligare traumatisering av en redan skadad artär med katastrofala följder. Sekundär prevention utförs bäst av de personer som undersöker och behandlar patienterna.

Den bästa preventionen

Den bästa preventionen av olyckor vid manipulation torde därför vara mer forskning kring skademekanismen, hög standard på utbildningen av de personalgrupper som använder manipulation, evidensbaserade riktlinjer, kvalitetskontroll, inrapporteringsplikt av allvarliga och ovanliga biverkningar, systematisk bearbetning av sådan biverkningsstatistik, återföring av information till sjukvårdspersonal och kontinuerlig uppdatering av de relevanta behandlargrupperna. Kanske kan Rydells och Räfs material användas i sådana sammanhang, men som det står nu påminner det mest om propaganda.

Referenser

1. Rydell N, Räf L. Spinal manipulation – behandling med stor komplikationsrisk. *Läkartidningen* 1999; 98: 3536-40.
2. Senstad O, Leboeuf-Yde C, Borchgrevink C. Side-effects of chiropractic spinal manipulation: types, frequency, discomfort and course. *Scand J Prim Health Care* 1996; 14: 50-3.
3. Senstad O, Leboeuf-Yde C, Borchgrevink C. Frequency and characteristics of side-effects of spinal manipulative therapy. *Spine* 1997; 22: 435-41.

4. Leboeuf-Yde C, Hennius B, Rudberg E, Leufenmark P, Thunman M. Side-effects of chiropractic treatment: a prospective study. *J Manipulative Physiol Ther* 1997; 20: 511-5.
5. Leboeuf-Yde C, Andrén JÅ, Gernandt M, Malmqvist S. Interprofessional contacts between chiropractors and other health-care professionals in Sweden as seen from a chiropractic perspective. *J Manipulative Physiol Ther* 1997; 20: 2241-5.
6. Klougart N, Leboeuf-Yde C, Rasmussen LR. Safety in chiropractic practice. Part I: The occurrence of cerebrovascular accidents after manipulation to the neck in Denmark from 1978–1988. *J Manipulative Physiol Ther* 1996; 19: 371-7.
7. Leboeuf-Yde C, Rasmussen LR, Klougart N. The risk of over-reporting spinal manipulative therapy-induced injuries: A description of some cases that failed to burden the statistics. *J Manipulative Physiol Ther* 1996; 19: 536-8.
8. Terrett AGJ. Misuse of the literature by medical authors in discussing spinal manipulative therapy injury. *J Manipulative Physiol Ther* 1995; 18: 203-10.
9. Haldeman S, Chapman-Smith D, Petersen DM Jr. Guidelines for chiropractic quality assurance and practice parameters. Gaithersburg: Aspen Publishers, 1993:170-7.
10. Haldeman S, Kohlbeck FJ, McGregor M. Risk factors and precipitating neck movements causing vertebrobasilar artery dissection after cervical trauma and spinal manipulation. *Spine* 1999; 24: 785-94.
11. Licht P, Christensen HW. Is there a role for premanipulative testing before cervical manipulation? *J Manipulative Physiol Ther* (in press).

Kommentar:

Objektiv utvärdering behövs

Kiropraktor Charlotte Leboeuf-Ydes irritation över vår artikel beror sannolikt på att hon betraktat den som ett ifrågasättande av all manipulationsbehandling i stället för som en rapport av anmälda komplikationer.

I *Läkartidningen* har sedan år 1996 publicerats ett 30-tal artiklar i vilka man utnyttjat Patientförsäkringens databas för att beskriva komplikationer till medicinsk vård. Genom databasens storlek (mer än 120 000 anmälda fall) har det varit möjligt att sammanställa material även av patientskador som förekommer i låg frekvens. Inte sällan kan erfarenheterna från dessa materiel kunna användas i det skadeförebyggande arbetet.

Ändring av Patientskadelagen

Anledningen till att vi gjorde en motsvarande sammanställning av komplikationer till spinal manipulation var att man vid flera försäkringsbolag märkt en ökning av antalet anmälda fall. En orsak till denna ökning kan vara att Patientskadelagen från och med 1 januari 1997 även omfattar *ej* landstingsanslutna vårdgivare, varför kiropraktorer, naprapater och osteopater blivit tvungna att teckna en patientskadeförsäkring. Härigenom blev det möjligt att i försäkringsmaterial studera även dessa välkända, men förhållandevis ovanliga, manipulations-skador.

I första hand vill vi ta reda på om-

ständigheterna runt de *allvarliga* komplikationerna, för att se om dessa skador hade kunnat undvikas. Leboeuf-Yde anser att vår undersökning inte ger svar på frågorna om det finns behov av speciell medicinsk utredning före spinal manipulation och om riskerna vid denna behandling är så allvarliga att behandlingen bör ifrågasättas. Det är riktigt att vårt begränsade material ej ger slutgiltigt svar på dessa frågor, men det visar att det är berättigat att ställa dem.

Fungerande larmrutiner behövs

Vår slutsats blev att värdet av proximal rotationsmanipulation i halsryggen måste studeras i relation till andra mindre riskabla behandlingsmetoder, och att mobilisering av sakroilialeden kan ifrågasättas eftersom denna led inte manuellt kan påverkas, mätt med vetenskapliga metoder. Den applicerade kraften förskjuts till ländryggen med risk för skada. För att få svar på alla dessa frågor ansåg vi att det krävs objektiv utvärdering om hur allvarliga skador vid spinal manipulation skall kunna undvikas. Även denna behandlingsform måste få fungerande larmrutiner.

Vi beklagar dock rubriksättningen, som är inte vår. Vi hade som titel en fråga: »Är spinal manipulation en farlig behandling?»

Nils Rydell

docent, Personskadereglering AB, Stockholm

Lars Räf

professor, Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag, Stockholm.