
Manipulasjon av nakken eller av leseren?

KOMMENTAR

ROBIN HOLTEDAHL

robi-hol@online.no

Robin Hortedahl er rådgivende lege for NAV og Oslo Pensjonistforening, og har privatpraksis innen fysikalsk medisin.

Forfatteren har ikke oppgitt noen interessekonflikter.

Nakkesmerter er svært vanlige i befolkningen og en hyppig årsak til redusert funksjonsevne (1). I en debattartikkel i Tidsskriftet nylig (2) beskrives en meta-analyse publisert av de samme forfatterne, som har studert effekten av spinal manipulasjon (SMT) ved akutte nakkesmerter basert på seks randomiserte studier (RCT) (3). Studiens primære målsetting var å undersøke effekten av spinal manipulasjon på akutte nakkesmerter (<6 ukers varighet), det vil si endringer tilkommet i behandlingsperioden (intra-gruppe analyse). Det sekundære formål var å kalkulere standardisert gjennomsnittlig forskjell (SMD, effektstørrelse) mellom gruppen som fikk manipulasjon og en kontroll- / placebogruppe (inter-gruppe analyse). I og med at forfatterne ikke fant noen placebokontrollerte studier, ble annen type aktiv behandling brukt som kontroll (fire var en annen type manipulasjon).

Randomiserte studier er kun egnet til å sammenlikne effekt mellom en aktiv gruppe og en kontrollgruppe, ikke effekten av behandlingen innen hver gruppe, fordi andre faktorer enn den spesifikke behandling (placebo og andre ikke-spesifikke faktorer) sannsynligvis medvirker. Likevel hevder forfatterne: «The included RCTs support SMT as a non-pharmacological treatment option for acute neck pain... SMT alone or in combination with other modalities was effective for patients with acute neck pain». Forfatterne medgir at fraværet av grupper som fikk placebo eller ingen behandling er en begrensning, men problematiserer dette i liten grad, og drøfter overhodet ikke muligheten av spontanbedring, som må anses som svært relevant ved akutte nakkesmerter (4).

Debattartikkelen hevder at «Den samlede effektstørrelsen for reduksjon i smerteintensitet i de seks inkluderte studiene var $-1,37$ (95 % KI $-2,41$ til $-0,34$) i favør av manipulasjonsbehandling sammenlignet med kontrollpersoner». Imidlertid er kontrollgruppen de sikter til her ikke den samme som i meta-analysen, derimot en norsk studie av prevalensen av muskel-skjelettplager (5). Dette er både villedende og meningsløst, og gir leseren inntrykket av en svært stor behandlingseffekt av manipulasjon.

Meta-analysen beskriver fem av de seks studiene som av høy kvalitet (lav bias), basert på kvalitetskriterier i en Cochrane-studie (6). I debattartikkelen uttrykker de imidlertid bekymring for «den lave kvaliteten på de inkluderte studiene». Det beskrives en svært høy heterogenitet i meta-analysen (stor klinisk og demografisk variasjon mellom inkluderte studier), med I² på rundt 90 % eller mer, også innen subgrupper. Tross dette presenterer forfatterne aggregerte effektstørrelser (pooled estimates). En slik praksis er det blitt advart imot, og noen tidsskrift refuserer slike artikler uten å gå veien om fagfelleevaluering (desk rejection) (7). Det er i studier med høy heterogenitet blitt anbefalt å heller utforske årsakene til dette (8). Dette har forfatterne gjort ved å utføre meta-regresjon, men for at slik analyse skal ha rimelig mulighet til å avdekke sammenhenger kreves nok studier pr forklaringsvariabel (minst ti) (9). Med kun seks studier er det ikke overraskende at det knapt ble funnet noen sammenhenger (overtilpasning). Ifølge forfatterne indikerte funnel plot betydelig publikasjonsskjevhet (Egger test på $p=0.003$). En slik skjevfordeling innebærer at de største og beste studier viser minst effekt og at det sannsynligvis foreligger upubliserte studier med lite eller ingen effekt. Dette svekker forfatternes konklusjoner ytterligere.

Selv om tittelen i debattartikkelen, til dels også diskusjonen, antyder noe tvil, etterlater artikkelens ingress «Manipulasjonsbehandling alene eller i kombinasjon med en annen behandling er effektivt ved akutte nakkesmerter...» – for mange det eneste som leses – lite rom for tvil. Ingressen fremstår som en ukritisk anbefaling av manuell terapi ved akutte nakkelidelser og har preg av «spin» (bias som følge av selektiv rapportering) (10). Forfatterne benekter at de har interessekonflikter, men ifølge et internetsøk er førsteforfatter, i tillegg til å ha en universitetsstilling, ansatt som kiropraktor og styreleder ved Atlasklinikken, som har en omsetning på mer enn 9 mill. kroner i 2020. At Tidsskriftet ikke har ettergått forfatterne egne opplysninger om interessekonflikter er beklagelig. Dersom det er forfatterne som har utformet ingressen er det vanskelig å tro at interessekonflikter har vært uten betydning. Dersom det er Tidsskriftets redaktør kan det være på sin plass å minne om at kravene til edruelig fremstilling av fakta ikke er mindre selv om de presenteres i et tabloid format.

En bedring av kunnskapsgrunnlaget for spinal manipulasjon forutsetter at metodekvaliteten bedres, både med tanke på enkeltstudier og meta-analyser. Det er grunn til å minne om at ingen meta-analyse er bedre enn de enkeltstudiene analysen baseres på (11). Blant anbefalte tiltak er krav om studieprotokoll før publisering, bedre beskrivelse av den spesifikke behandlingen, mer selektive inklusjonskriterier for å redusere heterogenitet og flere deltakere pr studie, f.eks. i form av multisenterstudier.

REFERENCES

1. Svebak S, Hagen K, Zwart JA. One-Year Prevalence of Chronic Musculoskeletal Pain in a Large Adult Norwegian County Population: Relations with Age and Gender–The HUNT Study. *J Musculoskeletal Pain* 2006; 14: 21–8. [CrossRef]
2. Chaibi A, Stavem K, Russell MB. Manipulasjonsbehandling mot akutte nakkesmerter? *Tidsskr Nor Legeforen* 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.21.0798. [PubMed][CrossRef]
3. Chaibi A, Stavem K, Russell MB. Spinal manipulative therapy for acute neck pain: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *J Clin Med* 2021; 10: 5011. [PubMed][CrossRef]
4. Glasziou P, Chalmers I, Rawlins M et al. When are randomised trials unnecessary? Picking signal from noise. *BMJ* 2007; 334: 349–51. [PubMed][CrossRef]
5. Kinge JM, Knudsen AK, Skirbekk V et al. Musculoskeletal disorders in Norway: prevalence of chronicity and use of primary and specialist health care services. *BMC Musculoskelet Disord* 2015; 16: 75. [PubMed][CrossRef]
6. van Tulder MW, Suttorp M, Morton S et al. Empirical evidence of an association between internal validity and effect size in randomized controlled trials of low-back pain. *Spine* 2009; 34: 1685–92. [PubMed][CrossRef]
7. Cote MP, Lubowitz JH, Rossi MJ et al. Reviews Pooling Heterogeneous, Low-Evidence, High-Bias Data Result in Incorrect Conclusions: But Heterogeneity is an Opportunity to Explore. *Arthroscopy* 2018; 34: 3126–8. [PubMed][CrossRef]
8. Berlin JA. Invited commentary: benefits of heterogeneity in meta-analysis of data from epidemiologic studies. *Am J Epidemiol* 1995; 142: 383–7. [PubMed][CrossRef]
9. Babyak MA. What you see may not be what you get: a brief, nontechnical introduction to overfitting in regression-type models. *Psychosom Med* 2004; 66: 411–21. [PubMed][CrossRef]
10. Page MJ, McKenzie JE, Kirkham J et al. Bias due to selective inclusion and reporting of outcomes and analyses in systematic reviews of randomised trials of healthcare interventions. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 2014: MR000035. [PubMed][CrossRef]
11. Ioannidis JPA. The Mass Production of Redundant, Misleading, and Conflicted Systematic Reviews and Meta-analyses. *Milbank Q* 2016; 94: 485–514. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 22. mars 2022. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.22.0169

