

Nakkeskade pasienter krever medisinsk oppmerksomhet. De subjektive symptomer kan tyngre. Pasienter med kronisk nakkeslengsyndrom skal ikke opereres, men behandles konservativt

Kronisk nakkeslengsyndrom

Bare en mindre andel av pasienter med nakkeskade har hatt nakkesleng (whiplash) som skademekanisme. Blant pasienter som har vært utsatt for nakkesleng, vil en viss andel ikke få noen skade i det hele tatt. Noen får skade med brudd, dislokasjon eller mellomvirvelskiveskade med eller uten nevrologisk utfall. Disse skadene skal behandles etter etablerte kirurgiske retningslinjer. Pasienter som ikke får noen av disse skadene, kan utvikle en kronisk smertetilstand med eller uten tegn fra muskel- og skjelettapparatet. En slik tilstand betegnes kronisk nakkeslengsyndrom (whiplash-associated disorders, grad 1 og 2). Diagnosen kan ikke stilles uten en kvalifisert radiologisk og klinisk utredning. Det pågår fortsatt en faglig diskusjon om dette diagnosebegrepets innhold (1).

Spørsmålet om operativ behandling av kronisk nakkeslengsyndrom har også vært heftig debattert. Denne diskusjonen gjelder bare en liten del av pasientene etter nakkeslenghendelse. I dette nummer av Tidsskriftet presenterer Nygaard og medarbeidere en gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget som er publisert når det gjelder operativ fiksasjon ved kronisk nakkeslengsyndrom (2). Forfatterne, som representerer hele det nevrokirurgiske miljøet i Norge, konkluderer med at det ikke er grunnlag for å anbefale kraniocervikal fiksasjon, altså festing av kraniet til øvre halscolumna, ved kronisk nakkeslengsyndrom. Inngrepet er stort, har en ikke uvesentlig komplikasjonsrisiko og medfører en vesentlig bevegelsesinnskrenkning av hodet og nakken. Indikasjonstillingen er uavklart, og det er ikke dokumentert klinisk-epidemiologisk at inngrepet gir mindre smerter og bedre funksjon. Operasjonsmetoden kan imidlertid være aktuell ved andre tilstander enn kronisk nakkeslengsyndrom, som revmatoid artritt, svulster og visse ustabile frakturer. Nygaard og medarbeideres synspunkter er helt parallelle til dem som svenske ryggkirurger publiserte i 2004 (3). Dokumentasjonsnivået i spørsmålet om operasjon eller ikke er beskjedent i enhver henseende. Man kan ikke utelukke at fremtidig forskning vil gi en annen forståelse. Ut fra dagens kunnskap bør det ikke anbefales at regionale helseforetak betaler operativ behandling i utlandet av nakkeslengskadede (4).

Den i offentligheten mest markante nevrokirurg på dette området, Abbas Montazem i Bühl i Baden, har operert et stort antall kronisk nakkesleng-pasienter med kraniocervikal fiksasjon. Operasjonsindikasjon er traumatisk forårsaket, funksjonelt radiologisk påvist instabilitet i overgangen mellom hode- og halsvirvelsøyle. Han har imidlertid ikke publisert metodisk sett tilfredsstillende studier av sitt materiale (5). Likevel har enkelte norske kolleger med interesse for kronisk nakkeslengsyndrom anbefalt Montazems behandlingstilbud. Flere norske pasienter er operert av Montazem.

Kan det hos kronisk nakkesleng-pasienter påvises forandringer i ligamentene i øvre nakkevirvelsøyle med MR? Senter for medisinsk metodeutvikling konkluderte i 2000 at svaret var nei (6). Kråkenes har senere gjort nybrottsarbeid med MR (7) og påvist en overhyppighet av forandringer i ligamentene hos nakkeslengskadede sammenliknet med kontrollindivider. Hvorvidt forandringene skyldes traume, er ikke avklart. Den funksjonelle betydning er heller ikke belyst. Det er foreløpig ikke etablert noen nasjonal eller internasjonal standard for radiologisk diagnostikk av kronisk nakkeslengsyndrom. Det å kunne diagnostisere mulige traumatiske skader i ligamentene gir ikke i seg selv et sterkere grunnlag for å anbefale kraniocervikal fiksasjon.

Smerter fra nakken kan føre til stort medikamentforbruk. Varigheten vil i mange tilfeller reise spørsmål om ny diagnostikk. Hos noen av skadepasientene blir forsikringsspørsmål og trygdespørsmål påtrengende. Allmennpraktikeren har en sentral rolle i behandlingen. Hvem kan hun be om spesialistbistand? Det er relativt god tilgang til avgrensede diagnostiske og terapeutiske prosedyrer i sykehus, mens tilbudet om oppfølging og vurderinger over lengre tid er vesentlig mer avgrenset. Enkelte kolleger har etablert spesielt tilrettelagte tilbud til pasienter med kronisk nakkeslengsyndrom.

Pasienter med kronisk nakkeslengsyndrom skal altså ikke opereres med kraniocervikal fiksasjon, men få konservativ behandling med fysioterapi, eventuelt stiv halskrave en kort periode, gradvis aktivisering og smertestillende medikamenter. Råd om symptomer og hjelp til mestring er sentralt. Mange trenger hjelp til trinnvis å komme tilbake til daglige funksjoner og arbeid. Legen må vise forståelse. Kausalitetsvurderinger bør likevel ikke være preget av sympati, og forståelse forutsetter ikke at legen skal være enig i grunnlaget for ethvert krav fra pasient eller pårørende om trygde- eller forsikringsytelser.

Pasienter med kronisk nakkeslengsyndrom vil kunne involvere leger fra nevrokirurgiske, ortopediske, nevrologiske og radiologiske avdelinger. Fysioterapeuter har en viktig rolle i diagnostikk og i arbeidet med å gjenvinne funksjon og selvforståelse. Allmennpraktikeren og anestesileger vil være engasjert i behandlingen av kronisk smerte. Pasienter med kronisk nakkeslengsyndrom opplever ikke alltid en behandlingsmessig tilhørighet. I noen sammenhenger har det kommet frem at de ikke engang føler seg velkomne. Sosial- og helsedirektoratet har utredet status og fremtid for undersøkelse og behandling av nakkeslengpasienter (8). Sammen med artikler som den av Nygaard og medarbeidere (2) kan denne utredningen danne grunnlag for et behandlingstilbud basert på kunnskap og forståelse.

Rolf Hanao

rolf.hanao@ulleval.no

Rolf Hanao (f. 1944) er spesialist i generell kirurgi og karkirurgi, tidligere professor i sosialmedisin og helseadministrasjon, nå overlege ved Nevrokirurgisk avdeling, Ullevål universitetssykehus.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Schrader H, Stovner IJ, Ferrari R. Kronisk nakkeslengsyndrom – en oversikt. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1296-9.
2. Nygaard ØP, Kolstad F, Kvistad KA et al. Kronisk nakkeslengsyndrom er ingen indikasjon for kraniocervikal fiksasjon. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 126: 2939-41.
3. Anderberg L, Annertz M, Hedlund R et al. Pisksnärtsskada ingen indikation för kraniocervical fusion. Läkartidningen 2004; 101: 806-7.
4. Rikstrygdeverket. Rundskriv til folketrygdloven § 5-22. Bidrag. Behandling i utlandet.
5. Volle E, Montazem A. MRI video diagnosis and surgical therapy of soft tissue trauma to the craniocervical junction. Ear Nose Throat J 2001; 80: 41-4, 46-8.
6. Rø M, Borchgrevink G, Dæhlie B et al. Nakkeslengskade – diagnostikk og evaluering. SMM-rapport nr. 5/2000. Oslo: Senter for medisinsk metodevurdering, 2000.
7. Kråkenes J. MR-undersøkelse ved nakkeslengskade. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 299.
8. Sosial- og helsedirektoratet. Nakkeslengskade – rapport om status og fremtid i diagnostikk og behandling. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2005.