

OKLAR PATOMEKANISM BAKOM NACK-SKULDERVÄRK

Problem vid försäkringsmedicinsk bedömning

Nackmyalgi har ökat i Sverige under de senaste åren. Begreppsförvirringen är stor vad gäller terminologi, diagnostik och behandling. Nackmyalgi och likartade symtomkomplex, som whiplash-skada, fibromyalgi, TOS (thoracic outlet syndrome), utgör ett problem i försäkrings-sammanhang, inte minst då praxis varierat mycket under årens lopp och lokalt.

Förekomsten av värk i nack- och skulderregionen har ökat i Sverige under 1980-talet [1, 2]. I undersökningen om levnadsförhållanden (ULF-undersökningen) 1988 fann man en prevalens på 42 procent hos kvinnor och 26 procent hos män och nyligen i Norge hos 34 procent av befolkningen [1, 3]. Sjukdomar i rörelseorganen står för det största antalet sjukskrivningsdagar (30 procent) och förtidspensioneringar (45 procent), och av de 63 000 förtidspensioneringar som beviljades 1993 var 5 600 grundade på cerviko-brakiellt syndrom [4].

Många benämningar

Nack-skuldervärk är oftast myalgi, muskelvärk, som är ett symtomkomplex med många namn med delvis likartade symtom, men där enighet om bakgrund, orsaker och klassifikation saknas [5-8]. Från försäkringssynpunkt är detta område många gånger problematiskt vid bedömningen av bl a arbets-skador och olycksfall.

Några olika namn på detta symtomkomplex är myalgi, nackmyalgi, fibromyalgi, fibrosit, myofascial smärta, skuldermyalgi, nack-skuldervärk, armmyalgi, cerviko-brakiellt syndrom m fl. Vid vissa av dessa diagnoser krävs att

särskilda kriterier är uppfyllda, t ex primär respektive sekundär fibromyalgi [9].

Diagnoser med helt eller delvis samma symtom är bl a »hyperfunktions-syndrom», kroniskt smärtsyndrom, whiplash-skada (utan objektiva kliniska fynd), TOS (thoracic outlet syndrome), kroniskt trötthetsyndrom (CFS), efter virusinfektion eller utan [10].

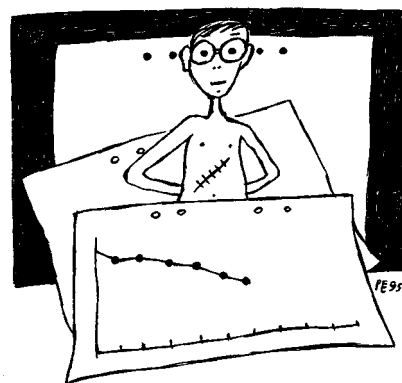
Etiologiska diagnoser, t ex OCD (occupational cervico-brachial disorder), som inkluderar presumtiva orsaksfaktorer i diagnosnamnet används genomgående i vissa presentationer, särskilt från USA. När det gäller det muskuloskeletal systemet kan detta inte vara korrekt, eftersom en viss diagnos kan ha flera olika orsaker [5, 7, 11]. Det finns ingen specifik diagnos som alltid orsakas av arbetet. Om nack- och skulderbesvär delas upp i mer specifika diagnoser och topografiska lokalisationer, kan olika yrkesmässiga belastningsfaktorer respektive psykosociala faktorer bättre utvärderas [7, 12].

MUSKELSMÄRTA DOMINERANDE SYM TOM

Kronisk muskelsmärta är det dominerande symtomet. Vanligtvis finns ömma punkter, vilka ofta är lokaliserade till ursprung och fästen för posturala muskler, anatomiska passager för nerver och kärl intill ligament eller skelettdelar.

Vid palpation finner man ömhet i muskulaturen samt mer eller mindre uttalad induration i nackvinklarna. Inte sällan finns en stelhet vid huvudrörelser men också vid armrörelser. Undersökning av passivt rörelseomfång ger information om att denna stelhet inte beror på patologisk-anatomisk stelhet utan mer på smärthämning, dvs att smärtan begränsar rörligheten. Multipla tendinitter finns oftast med i bilden. Domningar och diffusa symtom som vid nervin-klämningar förekommer också, men dessa är inte lokaliserade till en distinkt nerv eller nervrot utan har en mer fläckvis utbredning. Svullnad av specifika muskler förekommer ibland flyktigt.

De allmänna symtomen är, som vid kroniska värtillstånd generellt, t ex de-



SERIE Försäkringsmedicin

Tidigare artiklar i serien har publicerats i nr 1-2/96, 3/96, 5/96 och 7/96.

pressivitet i ca 60 procent av fallen, sömnsvårigheter i ca 80 procent, huvudvärk framför allt i bakhuvudet samt framåt tinningarna i ca 75 procent, trötthet i 90-75 procent. Ibland förekommer synförändringar, som blixtar, och ibland hörsel förändringar. Irritabel colon är också vanlig, 57 procent har angetts. Besvären förvärras av psykisk påfrestning, dålig sömn samt av mycket hög eller mycket låg aktivitet. Ofta saknar patienterna fritidsaktiviteter [13, 14].

Kvinnor drabbas oftare

Myalgi drabbar kvinnor dubbelt så ofta som män. Olika tänkbara orsaker till denna könsskillnad har diskuterats av Ekenvall och medarbetare [15]. Man pekar bl a på konstitutionella skillnader i fysisk kapacitet och på könsroller, där kvinnans ansvar för hem och familj medför dubbelarbete, samt på metodologiska problem i epidemiologiska undersökningar. Det finns också en säsongsvariation av myalgisyntomen så att besvärsprevalensen är högre på hösten och avtar på våren [16].

Topografiska undergrupper

Fibromyalgi. Kriterier för definition av fibromyalgi, primär eller sekundär, har beskrivits av American College of Rheumatology [9]. Det krävs att alla

Författare

CARL ZETTERBERG

docent, överläkare, specialist i ortopedi, yrkesortopediska enheten, ortopeddivisionen, Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg.

fyra kroppskvadranterna är engagerade av symtom enligt ovan. Prevalensen har angetts till omkring 1 procent [6, 17]. Fibromyalgi anses inte vara orsakad av arbetsbelastning [18, 19].

Nackmyalgi. Nackmyalgi har samma symtombild som fibromyalgi men är lokaliserad till nacke, skuldror och armar. Detta är den vanligaste orsaken till nack-skuldervärk.

Ensidig nack-armmyalgi. Detta tillstånd har liknande symtom som de övriga. Det som skiljer är att symtomen mest engagerar ena armen, ofta den domineranta. Inslaget med domningar och symtom på lättare nervinklämningar är större.

ÖKAD GRUNDSPÄNNING EN ORSAKSMEKANISM

En orsaksmekanism anses numera vara en centralt från hjärnan utlöst ökad grundspänning, som kan sitta i hela dygnet. En defekt programmering av motorenheterna centralt kan uppkomma, varför tillståndet blir kroniskt och fortsätter. Anspänningen med ökad aktivitet i muskelsympathicus orsakar en ofullständig relaxation av muskeln mellan varje kontraktion, vilket leder till en bristfällig mikrocirkulation och minskad syremättnad [20]. Myalgin börjar ofta lokalt och breder sedan ut sig, eventuellt muskelpolemedierat [21].

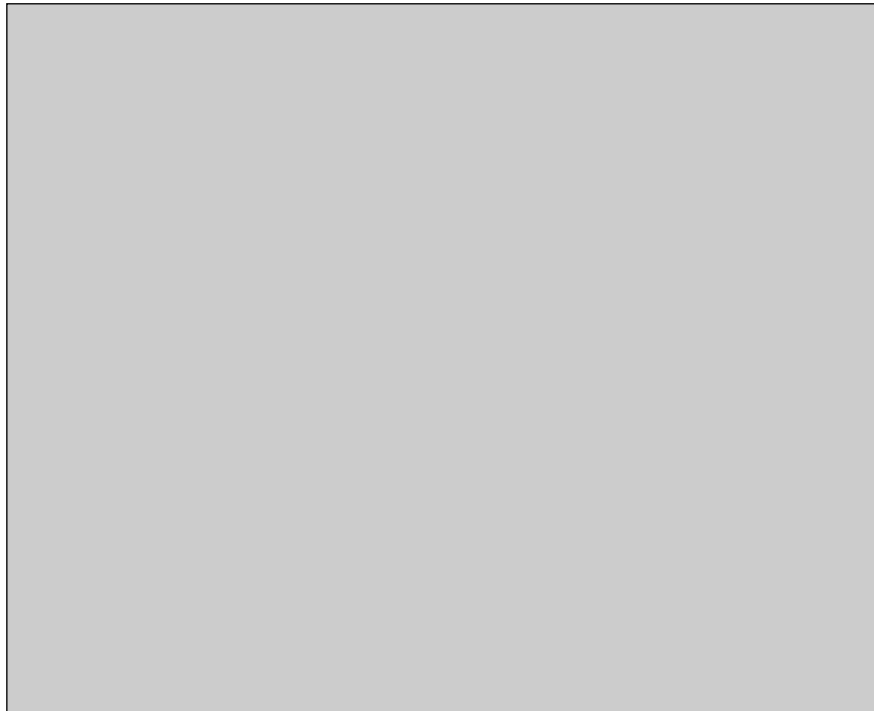
Virusjukdom har också föreslagits som en tänkbar förklaring i vissa fall [10], och andra nyare rön angående fibromyalgiens orsaker talar om svårreversibla neuroimmunendokrinologiska störningar, där stress i vid bemärkelse utgör en viktig faktor [6]. Ett genomgående drag är en sänkt uthållighet i muskulaturen vid myalgi [22]. Personer som drabbas har en tendens att reagera med ökad muskelspänning vid olika former av stress [14, 23-26].

En översikt av olika hypoteser angående patomekanismer och en översikt av psykologiska och beteendefaktors betydelse vid nack-skuldervärk har presenterats av Hagberg [27] respektive Linton [28]. Nyligen har ett temanummer av Scand J Rehabil Med publicerats om nack-skuldervärk [29].

BÖR SKILJAS FRÅN ANDRA NACK-SKULDERSJUKDOMAR

Det är väsentligt att försöka särskilja nack-skuldervärkssyndrom av myalgityp från i första hand halsryggs-, akromioklavikularleds- samt axelledssjukdomar, inte bara vid arbetsskadebedömning utan också i patientbehandling och forskning.

Magnetkameraundersökning (MR) av halsryggen i en normalpopulation visade att tecken till diskdegeneration



Fler kvinnor än män drabbas av värk i nack- och skulderregionen. Tänkbara orsaker till detta är konstitutionella skillnader i fysisk kapacitet och kvinnors ofta förekommande dubbelarbete. Personen på bilden har inget samband med artikeln.

ökade med åldern från 14 procent i 20-årsåldern till 57 procent i 50-årsåldern [30]. Samband mellan specifika sjukdomar i halsryggen, t ex diskbräck och olika yrken, är inte studerat. Renodlade halsryggsbesvär kan ha relation till vissa typer av yrken, t ex traversförare och truckförare.

Idrott och olycksfall är vanliga orsaker till skador invid akromioklavikularleden. Man har funnit en relation mellan förekomsten av artros i akromioklavikularleden och tungt belastande arbete [31]. Besvär från denna led som är arbetshindrande är dock ovanligt.

Yrkesmässiga besvär från den egentliga humeroskapularleden, eller axelleden, är ovanliga. Instabilitetsproblem, medfött, efter olycksfall eller hos idrottsmän, är vanligare. Axelleden är en ovanlig lokalisering för artros.

Besvär är betydligt vanligare från rotatorkuffen samt i omgivande strukturer, t ex den subakromiala bursan. Diagnostiker som används är bl a periartrit, rotatorkuffsyndrom, peritendinit, omartrit, supraspinatusdendinit, »impingement», subakromial bursit, kalkaxel. Prevalenser på 10–20 procent är vanliga i studier av peritendinit [32]. Partiella eller totala rupturer av senorna är inte ovanliga, ca 50 procent av män och kvinnor över 60 år har mer eller mindre uttalade bristningar i rotatorkuffen [33]. Det finns också en annan åldersrelation så att tendinitbesvär före-

kommer i 40–50-årsåldern utan tydliga belastningsrelaterade etiologiska moment, särskilt hos kvinnor, hos vilka frusen skuldra också är relativt vanlig. Frusen skuldra (frozen shoulder) är en stelhet av axelleden som beror på en skrumpling av kapseln och senspegeln. Detta medför en objektiv stelhet, inte bara funktionellt. Tillståndet har inte visats ha relation till något arbete.

Epidemiologiskt finns en överrisk för peritendinit i vissa yrken, särskilt vid arbete med lyftade armar samt dynamisk belastning, medan myalgi ofta förknippas med statiskt lågbelastande arbete [34]. Kvinnor har mer skuldermyalgismärta medan män har mer subakromial smärta [35]. Vid samma arbete har dock samma prevalens av peritendinit påvisats hos män och kvinnor medan förekomsten av nackmyalgi var dubbelt så stor hos kvinnor som hos män [36], Tabell I.

Whiplash-skada har liknande sjukdomsbild

Whiplash-skada, pisksnärtsskada, mot nacken kan ge relativt typiska symtom, men också liknande sjukdomsbild som vid myalgierna. Spangfort [7] har uppskattat att whiplash-skada orsakar mellan 1 och 5 procent av all nacksmärta. Prognosen är god, även vid initiala objektiva fynd, med en medelsjukskrivningstid på 21 dagar [37]. Hos en grupp med uppgivet whiplash-trauma fanns ingen skillnad efter cirka sex månader vad gällde nackvärkssymtomkomplexet jämfört med populationen i övrigt. De med nackvärk före olycksfallet hade fortfarande värk efteråt [3]. Det är visat att psykosociala faktorer har stor betydelse.

Tabell I. Fynd vid klinisk undersökning av 565 kvinnliga och manliga bilmontörer. Medelåldern var 29,8 år i båda grupperna [36]. Endast beträffande nackmyalgi var skillnaden signifikant ($P < 0,001$).

	Kvinnor, procent N = 124	Män, procent N = 441
Halsryggsbesvär	15	11
Nackmyalgi	34	17
Akromioklavikular- ledsbesvär	0,8	1,6
Tendinit axelled	8,1	8,6
Lateral epikondylit	5,6	4,5

delse för långdragna symtom efter whiplash-skada [38].

Personer med whiplash-skada är överrepresenterade i operationsmaterial med diagnos disksjukdom (uttalad degeneration, instabilitet) i halsryggen, jämfört med kontroller. Däremot var diskbräck inte vanligare i whiplashgruppen [39]. Således kan sena besvär uppkomma flera år efter signifikant halsryggstrauma som medfört disk- eller annan strukturell skada.

Sjukdomsförloppet och den tidiga diagnostiken efter olycksfallet kan vara vägledande för bedömningen av sambandet med olycksfallet. Ett kortare fritt intervall kan förekomma vid whiplash-skada. Det finns en tendens att whiplash-skada anmäls som arbetsskada enligt Arbetsskadelagen (LAF) också vid lindrigare våld än tidigare. Möjligen kan Arbetsskadelagens utformning, där det är fördelaktigare att anmäla olycksfall än sjukdom, ha bidragit. Olycksfall är också en förutsättning för att privata olycksfallsförsäkringar skall gälla.

Det finns idag litet stöd för att förklara kroniska nackbesvär med ett trauma, där våldet varit litet och där initiala tydliga symtom saknats samt där besvärsbilden är som vid nackmyalgi.

DÅLIG PROGNOSEN VID MYALGI

Prognosen vid etablerad myalgi är dålig. Av en grupp fibromyalgipatienter hade bara 10 procent tillfrisknat efter fyra till fem år [6]. Remissrunda till olika specialister och inkluderande av alltmer sofistikerade undersökningar är delat för prognosen [40]. Fortsatt arbete eller sjukskrivning/förtidspension påverkar inte prognosen vid nackmyalgi [41].

Praktiska försök på arbetsplatser har inte säkert kunnat visa om träning eller passiva pauser respektive sänkt arbetstakt hjälper [26, 42]. Byte till ett helt annat arbete förefaller vara bättre [26].

Ofta uppvisar dessa patienter en hög grad av subjektiv funktionsnedsättning med ringa medicinsk bakgrund, och

psykosomatiska faktorer har stor betydelse vid dessa smärttillstånd [12]. Prognosen försämrar också om de psykiska komponenterna inte accepteras [10], men informationen är ofta svår att ge på ett sätt som patienten förstår [43].

Godkänd arbetsskada, med dess betoning på fysiska orsaksfaktorer i arbetet, kan ofta medföra rehabiliteringshinder. Själva processen från arbetsskadeanmälan till beslut är ofta lång och bidrar till kronicitet [40].

ARBETSPLATSSTUDIER AV NACK-SKULDERBESVÄR

Bakgrundsfaktorerna till myalgitillstånden är komplexa och endast delvis kända.

Muskuloskeletala symtom är relaterade till monotont arbete, hög självupplevd och psykologisk arbetsbelastning, tidspress, stress, brist på socialt stöd i arbetet samt lågt självbestämmande [34, 44-47]. Det är visat att psykologiska arbetskrav spelar stor roll för besvären och särskilt för sjukskrivning på grund av nack-skuldervärk [34, 45, 48]. Johanssons avhandling [34] talar för att bakgrundsfaktorerna är både fysiska och psykologiska faktorer i arbetet, även om enbart enkätundersökningar använts i den studien.

Fysisk arbetsbelastning inte enda orsak

Ett samband mellan nackmyalgi och ensidig armmyalgi och högrepetitivt eller statiskt arbete med låg belastning, t ex statiskt industriellt monteringsarbete, arbete i fiskindustri eller keramikindustri, stansningsarbete, har påvisats [12, 18, 49-51]. Prevalenssiffrorna varierar relativt mycket i olika enkätundersökningar, Tabell II. Nack- och skulderbesvär är således vanliga i populationen i allmänhet och även i specifika yrkesgrupper, mätt med enkät.

Sammantaget är fysisk arbetsbelastning sällan eller aldrig enda orsak till myalgitillstånden, och sjukskrivning på

grund av dessa, utan psykiska och sociala faktorer medverkar också [45, 48].

ARBETSSKADEBEDÖMNING

Det är av vikt att skilja på predisponerande, utlösande respektive vidmakt-hållande faktorer. Arbetsexponeringsfaktorer är allmänt svåra att objektiviera [52-57], varför arbetsskadebedömningen blir svår. Anmälda arbetsskadors uppgivna allvarlighet, invaliditetsgrad, har visats korrelera med nivån på ersättningen då olika företag och olika försäkringar jämfördes i USA [58-60]. Antalet anmälda arbetsskador har också visats öka med ökad ersättningsnivå [61-67]. Sambanden mellan olika former av socialförsäkringsutnyttjande, medicinska faktorer och skadlig inverkan av arbete är således komplexa. Som intygsskrivande läkare har man oftast ingen kunskap om hur patientens arbetsuppgifter egentligen ser ut. Skadlig inverkan kan därför sällan bedömas av den behandlande läkaren förutom av företagsläkare.

Psykosociala faktorer accepteras inte

Arbetsskadeförsäkringsutredningen [68] angav att framför allt fysiska faktorer i arbetet skall anses utgöra skadlig inverkan. Psykiskt påfrestande förhållanden som varit direkt knutna till arbetet ansågs också kunna utgöra skadlig inverkan, däremot inte: »psykiska störningar till följd av företagsnedläggelse, arbetstvister, byte av arbetsuppgifter, svikna förhoppningar om befordring, bristande uppskattning av arbetsinsatser och allmän vantrivsel med arbetsuppgifter och arbetskamrater» [68]. Denna begränsning är sannolikt en förklaring till att begrepp som »skada, belastningsskada, förslitning, utslitning, nötning» etc dominerar i arbetsskadeanmälningar och ofta i arbetsskadeintyg, vilket medför att de rent fysiska faktorerna i arbetet betonas. Det leder lättare till att skadan godkänns som ar-

Tabell II. Subjektiva besvär från nacke och skuldra hos några yrkesgrupper under de senaste tolv månaderna enligt enkätstudie i procent (totalantal i grupperna inom parentes) [36, 71-74].

	Medelålder/ intervall	Nacke		Skuldra	
		Kvinnor, procent	Män, procent	Kvinnor, procent	Män procent
Population, beroende	15-44 år	51 (47)	26 (50)	65 (46)	43 (48)
beroende av yrke	45-65 år	64 (39)	36 (38)	68 (38)	52 (38)
Läkarsekreterare	15-44 år	65 (51)	-	68 (53)	-
	45-65 år	58 (31)		56 (34)	-
Bilmontör	30 år	35 (124)	32 (441)	55 (124)	37 (441)
Fiskare	41 år		31 (120)		38 (120)
Svetsare	41 år		63 (58)		65 (58)
Kontors- anställda	41 år		27 (33)		24 (33)
Tandläkare	25-65 år	61 (193)	46 (166)	62 (193)	43 (166)

betsskada, särskilt om olycksfall hävdas, vilket medför att skadlig inverkan automatiskt godkänns, så att endast andra steget, sambandsbedömningen, i arbetsskadebedömningen återstår. Synsättet skapar ett problem för behandlande läkare, eftersom patienten även av detta skäl är obenägen att acceptera psykosociala orsaksfaktorer till sina besvär.

Empati får inte styra arbetsskadebedömningen

Det är numera väldokumenterat att ju längre tid sjukskrivning pågår, desto mindre är sambandet mellan angiven medicinsk diagnos och tidigare arbets-exponering [69].

Empati är en tillgång i patientbehandlingen men inget skäl att i intygsutfärdandet frånga en saklig medicinsk bedömning, även om patientens uppfattning är en annan [70].

BÄTTRE KLASSIFICERING ÄR ÖNSKVÄRD

Patomekanismerna bakom myalgitillstånden är fortfarande till stor del oklara. Många studier har enbart använt enkät diagnoser, vilket medfört att olika kliniska tillstånd troligen sammanblandats. En bättre klassificering av nack-skuldervärk är önskvärd, såväl i klinisk vardag som vid forskning. Det får anses klarlagt att både fysiska och psykiska faktorer i arbetet, liksom existentiella faktorer allmänt, finns med som bakgrundsfaktorer till nackmyalgi.

Litteratur

- Nygren Å, Berglund A, von Koch M. Neck and shoulder pain, an increasing problem. *Scand J Rehabil Med* 1995; suppl 32: 107-12.
- Bovim G, Schrader H, Sand T. Neck pain in the general population. *Spine* 1994; 19: 1307-09.
- Ohlsson K. Neck and upper limb disorders in female workers performing repetitive industrial tasks. Lund: Department of Occupational and Environmental Medicine, Lund University, 1995. Thesis.
- Takala EP, Viikara-Juntura E, Moneta GB, Saarenmaa K, Kaivanto K. Seasonal variation in neck and shoulder symptoms. *Scand J Work Environ Health* 1992; 18: 257-61.
- Hagberg M. Pathomechanisms of work-related musculoskeletal disorders. In: *New epidemics in occupational health*. Sy Helsingfors: Proceedings Int, 1994: 42-53.
- Ekhholm J, Harms-Ringdahl K, Nygren Å. Back to work: Neck and shoulder problems. *Scand J Rehab Med* 1995; Suppl 32.
- Lehto IJ, Tertti MO, Komu ME, Paajanen HEK, Tuominen J, Kormanen MJ. Age-related MRI changes at 0.1 T in cervical discs in asymptomatic subjects. *Neuroradiology* 1994; 36: 49-53.
- Johansson JÅ. Psychosocial factors at work and their relation to musculoskeletal symptoms. Göteborg: Department of Psychology, University of Gothenburg, 1994. Thesis.
- Hildingsson C. Soft-tissue injury of the cervical spine. Umeå: Department of Orthopedy, Umeå University, 1990. Thesis.

- Sivik T, Delimar D. Characteristics of patients who attribute chronic pain to minor injury. *Scand J Rehab Med* 1994; 26: 27-31.
- Hamer AJ, Gargan MF, Bannister GC, Nelson RJ. Whiplash injury and surgically treated cervical disc disease. *Injury* 1993; 24: 549-50.
- Bongers PM, de Winter CR, Kompier MAJ, Hildebrandt VH. Psychosocial factors at work and musculoskeletal disease. *Scand J Work Environ Health* 1993; 19: 297-312.
- Theorell T, Harms-Ringdahl K, Ahlberg-Hultén G, Westin B. Psychological job factors and symptoms from the locomotor system - A multicausal analysis. *Scand J Rehab Med* 1991; 23: 165-73.
- Arbetskadeförsäkringsutredningen. *Begreppet arbetsskada*. Stockholm: Fritzes informationscenter, 1992. (SOU 1992:39).

En fullständig litteraturförteckning kan erhållas från Carl Zetterberg, Yrkesortopediska enheten, Ortopeddivisionen, Sahlgrenska sjukhuset, 413 45 Göteborg.

KORTKLIPPT



Sämre erythropoietin-effekt om man sparar på dialystid

De första kliniska studierna visade god effekt av rekombinant erythropoietin på patienter med svår njursvikt och anemi; hematokritvärdena ökade till 34 procent eller mer. Nu avslöjar emellertid undersökningar i USA att 40-60 procent av de behandlade inte når över 30 procent i hematokritvärde och att många behöver blodtransfusioner. Orsaken till detta kan vara att patienterna inte får tillräckligt intensiv dialys, anser en forskargrupp, som bygger slutsatsen på en studie av 136 patienter. De påpekar också att dödligheten per år bland dialyspatienter är 24 procent i USA mot 10-15 procent i Europa. De dåliga resultaten kan bero på att man i USA kortat dialystiderna för att spara.

N Engl J Med 1996; 334: 420-5, 461-2.

Vågar man avbryta underhållsterapi vid RA?

Vad händer om man avbryter behandling med andra linjens läkemedel hos patienter som har reumatoid artrit och som under minst ett år svarat bra på denna terapi? Den frågan har en nederländsk forskargrupp studerat i en randomiserad placebokontrollerad undersökning av 285 patienter från 18 till 85 år.

Hälften fick fortsätta med tidigare behandling och hälften fick placebo i stället. Det visade sig att risken för skov var dubbelt så stor i placebogruppen, men i denna var det ändå 62 procent som undgick skov medan skov drabbade 22 procent i behandlingsgruppen.

Risikfaktorer för skov var i placebogruppen tidigare fynd av reumatoid faktor och hög underhållsdos före studiestarten. En svaghet i studien är att patienterna inte fick en enhetlig underhållsbehandling utan olika läkemedel.

Lancet 1996; 347: 343-4, 347-52.

Kortverkande nifedipin ensamt i skottgluggen

En rådgivande kommitte till den amerikanska läkemedelsmyndigheten FDA drar slutsatsen att kortverkande nifedipin kan öka risken för hjärtinfarkt hos en del patienter, men att kalciumkanalblockerare som grupp är säkra. Tidigare har National Heart, Lung, and Blood Institute gjort samma bedömning, som baseras på tre epidemiologiska studier och två metaanalyser.

JAMA 1996; 275: 423-4.