

Pisksnärtsskada ingen indikation för kraniocervikal fusion

Kraniocervikal fusion är en komplicerad operation med betydande risker. Volles och Montazems verksamhet måste, till dess vetenskapliga bevis föreligger, betraktas som experimentell. Det betyder att halsryggsdistorsion i samband med påkörningsolyckor i trafiken (WAD-syndrom) i nuläget inte utgör någon indikation för kraniocervikal fusion. Det finns därför heller inga skäl att ekonomiskt stödja att svenska patienter reser till Tyskland för att låta sig utredas och behandlas för WAD-syndrom enligt Volle och Montazem.

LEIF ANDERBERG
biträdande överläkare, ryggkirurg, Universitetssjukhuset i Lund

MÅRTEN ANNERTZ
med dr, överläkare, neuroradiolog, Universitetssjukhuset i Lund

RUNE HEDLUND
docent, överläkare, ryggkirurg, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge

CHRISTER HILDINGSSON
docent, överläkare, ryggkirurg, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

MIKAEL KARLBERG
docent, biträdande överläkare, otoneurolog, Universitetssjukhuset i Lund

BENGT LIND
docent, överläkare, ryggkirurg, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

ACKE OHLIN
docent, överläkare, ryggkirurg, Universitetssjukhuset MAS, Malmö

CLAES OLERUD
docent, överläkare, ryggkirurg, Akademiska sjukhuset, Uppsala
claes.olerud@ortopedi.uu.se

■ Vi vill bemöta Bergholms och Johanssons artikel i *Läkartidningen* 47/2003 (sidorna 3842-7) om nackdistorsion och whiplash-associated-disorders-(WAD)-syndrom från ett ryggkirurgiskt perspektiv. Det finns säkert flera delar i artikeln där uppfattningarna går isär, men vi har valt att fokusera på diskussionen om skador och fusioner i kraniocervikala övergången.

Etiologiskt grundad behandling saknas

Halsryggsdistorsion i samband med påkörningsolyckor i trafiken är relativt vanligt förekommande, även om den frekvenssiffran som Bergholm och Johansson citerar kanske är överdriven. I de flesta fallen läker besvären snabbt ut och

patienter med kvarstående och handikappande WAD-syndrom är relativt sällsynta. Ett stort problem kring symptomkomplexet är att vi i dag inte känner till de patofysiologiska mekanismerna. Eftersom dessa är okända finns heller inte någon etiologiskt baserad behandling.

Olyckligt påstå att lösning finns

Fullt utvecklat är tillståndet svårbehandlat och mycket handikappande, vilket gör de drabbade särskilt utsatta för oseriösa och ovetenskapliga förklaringsmodeller och behandlingsförsök. Särskilt tilltalande är hypotesen att något gått sönder vid olyckan och att en enkel operation skall leda till snabb väg ur lidandet.

Det är därför synnerligen olyckligt när Bergholm och Johansson påstår att man nu har en lösning på WAD-problemet med hänvisning till en obevisad hypotes om patogen/patofysiologin och bristfälligt dokumenterade metoder för såväl diagnostik som behandling [1]. En vanlig orsak till WAD-syndromet är, enligt Volle och Montazem, en partiell ruptur i lig alare i kraniocervikala övergången, vilken kan påvisas med magnetkamera-teknik, och lösningen på problemet är en fusionsoperation mellan bakhuvudet och halsryggen.

En komplicerad och riskfylld operation

Kraniocervikal fusion är en komplicerad operation med betydande risker. Den uttalade och bestående rörelseinskränkningen i halsryggen, som operationen medför, ger en hel del olägenheter i vardagslivet. Risk för accelererad degenerativ utveckling av rörelsesegment nedanför fusionen föreligger också.

Villkor för metod på ny indikation

För att lansera en komplicerad operationsmetod på en helt ny indikation,

måste vissa basala förutsättningar vara uppfyllda. För det första måste det finnas ett definierat samband mellan det trauma patienten utsatts för och den vävnadsskada man avser att behandla. För det andra måste den utredning man använder för att fastställa diagnosen vara validerad. För det tredje skall det föreligga vetenskaplig dokumentation på att den behandling man vill introducera har effekt på det aktuella tillståndet.

Inte vetenskapligt godtagbar

Ligamenten i kraniocervikala övergången är så starka att de ofta är intakta vid fraktursskador i området. Det är svårt att föreställa sig att partiella rupturer av dessa ligament skulle kunna uppstå isolerat, utan betydande skador i andra strukturer. Detta faktum hanterar Volle och Montazem genom att anta att huvudet befunnit sig i extrema rotations- och flexionslägen under själva traumaögonblicket.

Den av Volle och Montazem använda diagnostiska MR-metoden är bristfälligt dokumenterad. Till exempel finns ingen jämförelse där fynden kunnat korreleras mot annan validerad metod. Det finns heller ingen validering mot frisk kontrollgrupp som klarlägger metodens sensitivitet och specificitet.

Volles och Montazems patientstudie

”Därför ska sådan behandling inte rekommenderas annat än på starka indikationer, såsom vid grav instabilitet vid t ex reumatoid artrit, tumörer och omfattande traumatiska skador i övre halsryggen där patologin är otvetydigt fastställd med vedertagna radiologiska metoder.”

håller inte heller godtagbar vetenskaplig nivå. Varken någon kontrollgrupp eller de metoder som använts vid uppföljningen redovisas. Inga detaljer presenteras, vare sig av patienternas situation före operationen eller av utfallet.

Dessutom, utan att effekterna utvärderats, har den applicerade operationsmetoden ändrats på ett sådant sätt att vi undrar över vilken ryggkirurgisk erfarenhet som Volle och Montazem egentligen besitter. Tidigt i serien utfördes en klassisk fusion med bentransplantation, men man har därefter ändrat metod och gör nu enbart en fixation med metallimplantat med uppenbara risker för framtida problem med fixationshaveri till följd av utmattnings.

Evidensbaserade studier grunden

Om en operationsmetod skall börja användas på en ny indikation måste detta baseras på evidens från korrekt genomförda studier. Likaså behöver diagnostiska metoder utvärderas på ett korrekt sätt. För en åkomma som WAD-syndrom måste jämförelse göras mot en kontrollgrupp i en prospektiv randomiserad studie, helst från ett oberoende centrum. Till dess att sådana bevis finns på bordet måste Volles och Montazems verksamhet beskrivas som experimentell. Metoderna bör inte användas utanför studier som möjliggör en vetenskaplig utvärdering av behandlingens eventuella effekt på tillståndet.

Sammanfattning

Kraniocervikal fusionsoperation, som utförs på samtliga ryggkirurgiska centra i Sverige, är förknippad med betydande olägenheter och potentiella risker, både i det korta och det långa perspektivet. Därför ska sådan behandling inte rekommenderas annat än på starka indikationer, såsom vid grav instabilitet vid t ex reumatoid artrit, tumörer och omfattande traumatiska skador i övre halsryggen där patologin är otvetydigt fastställd med vedertagna radiologiska metoder.

WAD-syndromet utgör i nuläget inte någon indikation för kraniocervikal fusion. Det finns därför inga skäl att ekonomiskt stödja att svenska patienter reser till Tyskland för att låta sig utredas och behandlas för WAD-syndrom enligt Volle och Montazem.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referens

1. 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.

Replik:

Volles metod bör inspirera andra

Vi har förståelse för författarnas osäkerhet inför Volles MR-metod då den innebär ett nytt sätt att diagnostisera. Den ger dock väsentligt mer och tillförlitligare information än vad som hittills kan erhållas med konventionell metod, och borde inspirera andra till att lära mer och inte ses som en störning i det gamla och invanda tänkandet.

ULLA BERGHOLM
med dr, specialist i allmänkirurgi
ulla.bergholm@chello.se

BENGT H JOHANSSON
leg läkare, specialist i företagshälsövård; båda knutna till Belastningsskade-centrum, Högskolan i Gävle, Umeå

Leif Anderbergs och medarbetares uppfattning att kvarstående och handikappande besvär efter halsryggsdistorsion utan skelettskada är relativt sällsynta rimmar illa med uppgifter i litteraturen [1-4], som istället borde uppfordra universitetskliniker till ett aktivt sökande efter varje ny kunskap som skulle kunna förbättra de skadelidande personernas situation.

Har inte påstått att lösning finns

I vår artikel har vi pekat på att det vid dessa trauman kan uppstå en stor mängd olika skador på olika vävnader som kan ge olika symtom och anatomiska förändringar, men att de som gemensam nämnare har att de ger upphov till funktionella skador på centrala nervsystemet. Författarna tillskriver oss att »man nu har en lösning till WAD-syndromet«. Något underlag för ett sådant påstående finns inte i vår artikel. Instabilitet i kraniocervikala komplexet till följd av ligamentskador uppfattas av andra läkare [5] som orsak till kronisk synovit och sekundär kapselskrumpning med tilltagande felställning i segmentet C1-2 och åtföljande smärta och dysfunktion. Författarnas uppfattning att denna skada inte skall behandlas utgör ingen vetenskapligt dokumenterad realitet eller kunskap.

Informationen till patienten

Vi delar uppfattningen att stabiliserande operation av detta område är ett stort och allvarligt ingrepp. Med det följer att patienten med rätta skall ha kännedom om den enskilde operatörens erfarenhet och resultat av ifrågasvarande operation innan patienten undergår behandling. Ingen sådan information beträffande svenska läkare är känd. Beträffande svenska kirurgiska åtgärder för denna skada famlar man således i blindo. Dr Montazem

har dock utfört ca 450 sådana operationer och redovisat en begränsad studie [6], något som är långt mer än vad någon annan veterligen gjort.

Man kan inte på något sätt förespegla patienterna att de skall bli helt friska. Det förekommer praktiskt taget aldrig. I stället skall man begränsa sig till att informera om att de med hög grad av sannolikhet kan bli kvitt en mycket besvärande form av huvudvärk, återfå klarhet i medvetandet samt sannolikt förbättra sin balans och koordination. Ett stort antal blir även kvitt tinnitus. Blir man än bättre får det betraktas som en extra favör, och att kunna klara sin vardag utan hjälp från samhället innebär dessutom en betydande samhällsekonomisk vinst.

Författarnas påstående att ligamenten i den kraniocervikala övergången skulle vara så starka att de är intakta vid frakturskador är inte dokumenterat med referenser. I stället finns det betydande kunskap om att särskilt ligamenta alaria, som är svagare än ligamentum transversum [7], mycket ofta är skadade. Vid dödlig utgång av 21 trafikskador hade 20 skador på alarligamenten [8]. Att skadorna dock förblir kliniskt odiagnostiserade även vid obduktion [11] kan möjligtvis utgöra underlag för författarnas uppfattning.

Volles MR-metod

Vi har förståelse för författarnas osäkerhet inför Volles magnetkamerametod då den innebär ett nytt sätt att diagnostisera. Den ger dock väsentligt mer och tillförlitligare information än vad som hittills kan erhållas med konventionell metod, och borde inspirera andra till att lära mer och inte ses som en störning i det gamla och invanda tänkandet. Volles metod har accepterats som ett värdefullt diagnostiskt förfarande då den ingår i en kommande upplaga av det neurokirurgiska standardverket »Neurochirurgie – Fachwissen in einem Band« [9].

Författarnas uppfattning om behovet av mer studier inom skadeområdet delar vi. Men vi är även starkt kritiska till att ingen av dem på ett konstruktivt sätt tagit sig an problemet, utan nekar patienten

behandling som man inte själv kan erbjuda och lämnar denne utan någon hjälp.

Författarna tycks inte ha noterat att vi nu genom vårt medlemskap i EU befinner oss på en konkurrensutsatt marknad där det inte längre är läkare och landsting som reglerar den sjukes möjlighet till vård i annat land, utan de ökade möjligheter som EG-domstolen har givit EG-medborgare till fritt val inom unionen. Sjukvård är en tjänst som i princip inte får vara föremål för konkurrerande hinder inom unionen [10], vilket Regeringsrätten har stadfäst i en dom den 30 januari 2004 (mål nr 5595/99).

Vi har svårt att förstå detta fientliga angrepp från ryggkirurger på den kunskap vi försöker förmedla. Den patientgrupp vi diskuterar har ett trauma mot centrala nervsystemet, vilket neurokirurger vore bäst skickade att handlägga, så att ortopederna istället kan ägna sig åt de tillstånd de är utbildade för.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Radanov BP, Sturzenegger M, de Stefano G, Schmidrig A. Relationship between early somatic, radiological, cognitive and psychosocial findings and outcome during a one-year follow-up in 117 patients suffering from common whiplash. *Br J Rheumatol* 1994;33:443-8.
2. Barnsley L, Lord S, Bogduk N. The pathophysiology of whiplash. *Spine: State of the Art Reviews* 1998;12:209-41.
3. Berglund A, Alfredsson L, Cassidy JD, Jensen I, Nygren Å. The association between exposure to a rear-end collision and future neck or shoulder pain: A cohort study. *J Clin Epidemiol* 2000;53:1089-94.
4. Bunketorp L, Nordholm L, Carlsson J. A descriptive analysis of disorders in patients 17 years following motor vehicle accidents. *Eur Spine J* 2002;11:227-34.
5. Mühle C, Brossmann J, Biederer J, Jahnke T, Grimm J, Heller M. Stellenwert bildgebender Verfahren in der Diagnostik der Ligg. alaria nach Beschleunigungsverletzung der Halswirbelsäule. *Fortschr Röntgenstre* 2002;174:416-22.
6. Volle E, Montazem A. MRI Video diagnosis and surgical therapy of soft tissue trauma to the craniocervical junction. *Ear Nose Throat J* 2001;80:41-8.
7. Saldinger P, Dvorak J, Rahn BA, Perren SM. Histology of the alar and transverse ligaments. *Spine* 1990;15:257-261.
8. Adams VI. Neck injuries: III. Ligamentous injuries of the craniocervical articulation without occipito-atlantal or atlanto-axial facet dislocation. A pathologic study of 21 traffic fatalities. *J Forensic Sci* 1993;38:1097-104.
9. Neurochirurgie – Fachwissen in einem Band. Herausgegeben von Dag Moskopp und Hansdetlef Wasserman (Münster) unter Berücksichtigung der Weiterbildungsordnung der Ärztekammern. Schattauer GmbH Stuttgart – New York, geplant April 2004.
10. Johansson B. Beslut i EG-domstolen kan förkorta svenska värdköer! *Läkartidningen* 2003;100:3252.

Sjukskrivningarna, begreppsförvirringen och vår bristande samsyn

Mycket vore nog vunnet – både för läkaren och för sjukskrivningsproblematiken i stort – om den interkollegiala diskussionen kunde koncentreras till att klarlägga vilken roll läkaren skall ha i sjukskrivningsprocessen. Dåligt underbyggt moraliserande däremot stärker inte allmänhetens förtroende för läkarprofessionen – och lär heller inte ändra några samhällsattityder!

JOAKIM FÄRDOW

specialistläkare, ögonkliniken, Centrallasarettet, Växjö
joakim.fardow@ltkronoberg.se

II I den interkollegiala debatten om sjukskrivningsproblematiken framträder två viktiga och intressanta fenomen: begreppsförvirring inför läkarens roll och moraliserande gentemot de sjukskrivna. Bland debattinläggen i *Läkartidningen* 7/2004 – med repliker på Hans Fredins artikel i *Läkartidningen* 4/2004 – finns exempel på båda dessa fenomen!

Olika roller

Den centrala frågan gäller naturligtvis läkarens roll. Är sjukskrivningen en lagstadgad rättighet som medborgaren har att utnyttja vid sjukdom eller är den en av läkaren ordinerad behandling? Ska läkarens roll inskränka sig till att utfärda intyg på patientens begäran eller ska läkaren vara den som initierar och ordinerar en sjukskrivning? Mot bakgrund av den frustration som många kolleger uppenbarligen känner inför sjukskrivningsarbetet kan det vara nog så viktigt att betänka att dessa båda roller är helt olika – och sannolikt oförenliga – till sin karaktär!

En del av socialförsäkringssystemet

Enligt regelverket är sjukförsäkringen en del av socialförsäkringssystemet. Det överordnade syftet är att kompensera den sjuke för förlorat inkomstbortfall. Läkaren skall ställa medicinsk diagnos och intyga de medicinska omständigheter som hör samman med nedsatt arbetsförmåga. Det finns ingen läkare och ingen medicinsk utrustning i världen som på ett objektivt sätt kan bedöma en patients arbetsförmåga! Olika synpunkter från läkarens sida om vad en patient bör – eller inte bör – orka med vid ett visst sjukdomstillstånd är för alltid behäftade

med subjektivitet och ofrånkomligen (om än omedvetet) en viss grad av moralism! Kan det verkligen vara »rimligt« att den här patienten skall vara sjukskriven för det här?

En läkare har varken någon formell eller moralisk skyldighet att agera »försäkringspolis« i samhällets tjänst. En rimlig utgångspunkt för en läkare är att lita på vad patienten säger. Uppger sig en patient lida av stress, trötthet och nedstämdhet – som fallet var i ett uppmärksammat reportage i *Expressen* 2002 där en journalist fingerade just dessa symptom [1] – har läkaren ingen anledning ifrågasätta att detta är sant. Den prövande och ifrågasättande funktionen tillkommer helt försäkringssystemet och dess företrädare. Jaan Noveks inlägg »Avskaffa läkarintyget, inför hälsodeklaration« [2] är utmärkt och helt förenligt med denna syn på sjukskrivningen.

Bristande samsyn

Men det finns också andra uppfattningar om läkarens roll i sjukskrivningsprocessen. En del kolleger – däribland Marie-Lousie Ekholm [3] – vill framställa sjuk-

Debatten och skuldbeläggandet av läkare i pressen har tyvärr också frammanat ett icke obetydligt inslag av moralism från vissa kollegers och tillika debattörers sida.