

13. Nakkeskadene

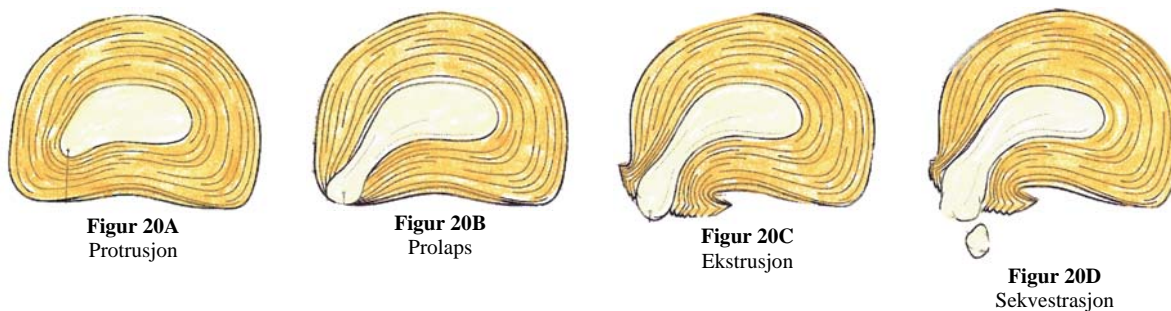
Trykk eller skader på det sentrale eller det perifere nervesystemet har lenge vært gjenstand for diagnostikk og behandling i norsk helsevesen. Den vanligste årsaken til slikt trykk er prolaps.

13.1. Prolaps – roten til alt ondt?

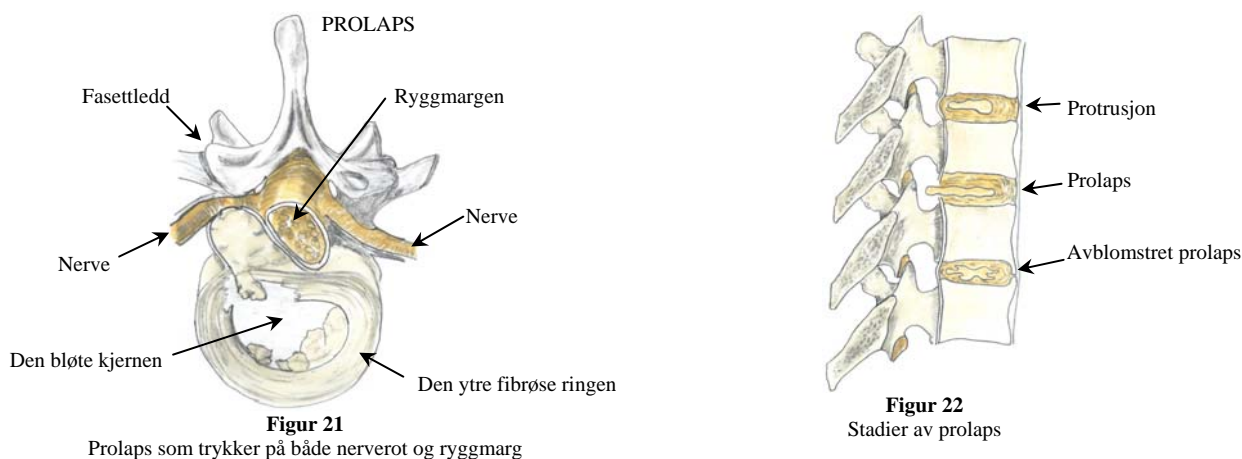
I norsk helsevesen, og i folks bevissthet, har prolaps spilt en helt dominerende rolle som forklaring på smerter og skade i rygg- og nakke. Jeg var selv i lang tid overbevist om at jeg måtte ha en eller flere prolapser i nakken fordi smerteproblemene var så store. Det tok mange år å få klarhet i at smertene i hode, nakke og arm kunne ha helt andre årsaker.

Prolaps er skade på en mellomvirvelskive hvor den bløte kjernen (nucleus pulposus) blir presset mot den faste ytre ringen (anulus fibrosus). I norske medisinske oppslagsverk blir det brukt mange forskjellige navn på denne type skade, for eksempel: skivefremfall, skivebrokk, skiveherniering, buling, buking, protrusjon, skiveprolaps, nucleusprolaps, prolaps og impresjon. En grunn til dette er at prolaps ofte kan endre seg over tid, og det kan trekke seg tilbake (**Fig. 22**). Dersom det er gode plassforhold i rotkanalen behøver ikke et mindre prolaps medføre verken skade eller sterk smerte, fordi nervene, som kan sammenlignes med sener når det gjelder bøyelighet, kan bevege seg bort fra trykket så lenge det er plass i rotkanalen. Hos noen kan derfor prolaps være nesten uproblematisk, mens det hos andre, med trange nerverotkanaler, kan medføre både store smerteproblemer og neurologiske utfall.

Prolaps kan skade eller trykke på nervesystemet, enten ved at det går ut til siden og innsnevrer nerverotkanalene, eller presses bakover og inn i ryggmargskanalen. Prolaps som går bakover og trykker på ryggmargen, eller på den harde ryggmargshinnen (dura), kalles for midtstilt prolaps. **Fig. 20** viser forskjellige grader av prolaps og **Fig. 21** viser hvordan prolaps kan trykke både på ryggmarg og nerverot.



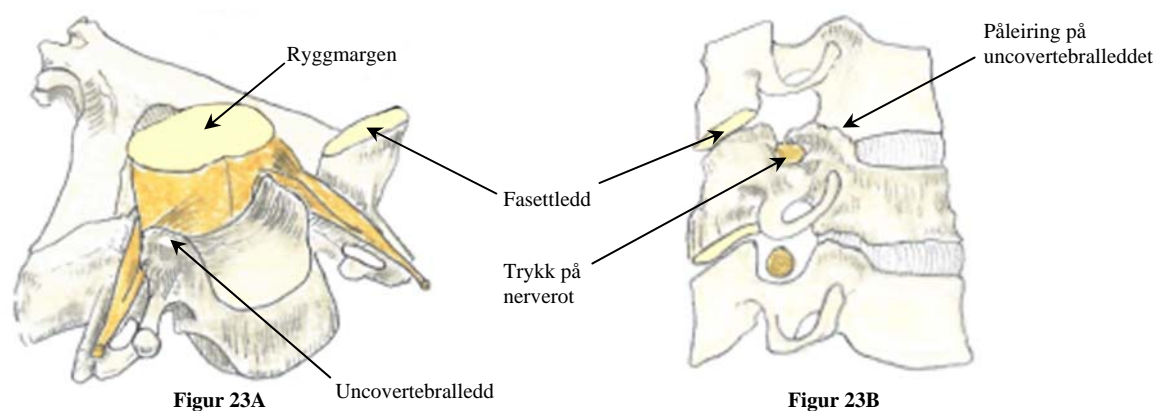
Ved ekstrusjon bryter det bløte kjernevevet gjennom den ytre faste ringen (anulus fibrosus). Ved sekvestrasjon blir dette vevet fragmentert.



Denne type skade kan diagnostiseres av nevrologer, enten ved hjelp av billeddiagnostikk (røntgen/MR) eller ved nevrologiske undersøkelser. Skiveprolaps oppstår som oftest i forbindelse med en konkret skadesituasjon. Den skadde vet med sikkerhet når skaden skjedde, og hva som var årsak. I norsk medisinsk litteratur blir imidlertid prolaps forklart som sykdom eller degenerativ forandring, og ikke som skade (Se for øvrig kapittel 21).

13.2. Degenerative forandringer

Den andre store "sekkeforklaringen" på nakkesmerter er degenerative forandringer. Dette blir beskrevet som påleiringer eller osteofytter som følge av sykdommer som osteochondrose, artrose (slitasjegikt) og spondylose (leddgikt i nakken). Det er riktig at hele ryggøylen, som kroppen forøvrig, gjennomgår endringer som følge av aldring. Ryggen blir stivere, mellomvirvelskivene får redusert væskeinnhold, slik at høyden av ryggøylen avtar, og de fleste får aldriingsforandringer som bryter ned/ødelegger ledd og leddbrusk. Uncovertebralleddene er særlig utsatt for degenerative forandringer som kan føre til innsnevring av nerverotkanalene og irritasjon/skade på nerverøttene (**Fig. 23**).



Påleiring på uncovertebralledd med trykk på nerverot

I internasjonal litteratur blir det presisert at slike forandringer også kan oppstå hos unge mennesker, ikke som en følge av aldring, men som følge av skade. Degenerative forandringer er ofte kroppens svar på skade. Dette gjelder i særlig grad de skadene som fører til instabilitet i ryggen. Kroppens svar kan da være beinpåleiringer som over tid vil føre til avstiving og stabilisering av leddet. Problemet er at slike påleiringer også kan føre til at nervekanalene blir innsnevret og nerverøtter og ryggmarg kan bli utsatt for skade og trykk av skarpe og harde bein- og kalkavleiringer. I motsetning til prolapsene, som er relativt bløte, og kan trekke seg tilbake eller bli absorbert, vil problemene med osteofytter og trange forhold oftest forverre seg med årene. Dersom påleiringene skjer i ryggmargskanalen kan det føre til stenose.

Det er vanskelig å forstå hvorfor man i norsk helsevesen beskriver prolaps, og de fleste andre rygg- og nakkelidelser, som sykdom og ikke som skade. En forklaring kan være at det er enklere å beskrive røntgenfunn som artroseforandringer enn som forandringer etter skade. Pasienten får en diagnose på en sykdom som helsevesenet likevel ikke kan gjøre noe med. Ved å beskrive de samme forhold som resultat av skade kan legen risikere at hans vurdering blir brukt i forbindelse med erstatningssak, for eksempel etter en bilulykke.

I verste fall risikerer legen å måtte møte i retten. Her vil han da måtte forsvare sitt standpunkt mot forsikringsselskaperens spesialister som i de fleste tilfeller er avdelingsledere ved landets universitetsklinikker. Disse godt betalte "spesialistene" avviser rutinemessig at det er noen sammenheng mellom pasientens lidelser og eventuelle bilkollisjoner. Gjennom flere dommer i Høyesterett har uttalelsene/sakkyndighetsvurderingene fra disse "forsikringslegene" etablert en rettspraksis som nesten utelukkende tjener forsikringsbransjen. Det faktum at sjefene for

personskadeavdelingene i forsikringsbransjen i stor grad er rekruttert fra framtrede posisjoner i Den norske Lægeforening gjør ikke saken bedre.

13.3. Skadene som har vært ignorert – Ligamentskadene

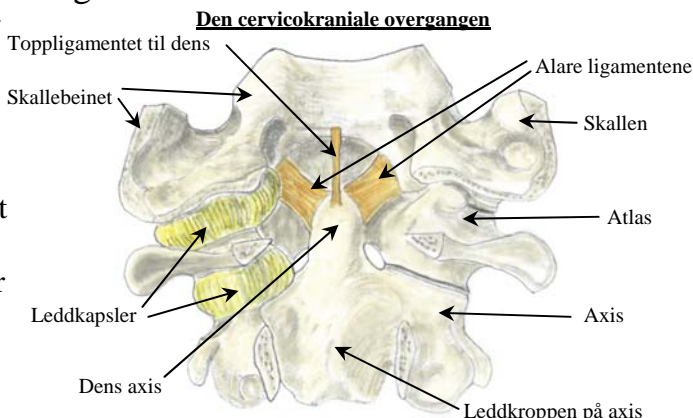
Ledd- og båndskader i ankel, kne og skulder er svært vanlige, og folk flest har opplevd hvordan det er å forstue ankel, kne eller håndledd. Diagnostikken er som regel entydig og behandlingen, eller råd om hvordan man skal forholde seg, er som oftest gjennomtenkt og gjennomprøvd. Norsk helsevesen vet det meste om korsbåndskader i kneet, eller oversterkning av leddbånd i ankel eller håndledd.

Når det gjelder ledd og leddbåndskader i nakken, som både reelt og potensielt er mye mer alvorlig, er situasjonen en helt annen. Blant fysio- og manuellterapeuter, naprapater og andre behandlere finnes det en god del kunnskap om slike skader, fordi nakkeskade er en stor pasientgruppe som framviser et ganske likt smerte- og symptombylde og ofte blir "gjengangere" i behandlingsapparatet.

Slik kunnskap finnes det lite av i den nevrologiske spesialisthelsetjenesten. Svært få nevrologer har erfaring med manuell diagnostikk, og de metodene som direkte eller indirekte kan bekrefte slike skader har man i liten grad tatt i bruk.

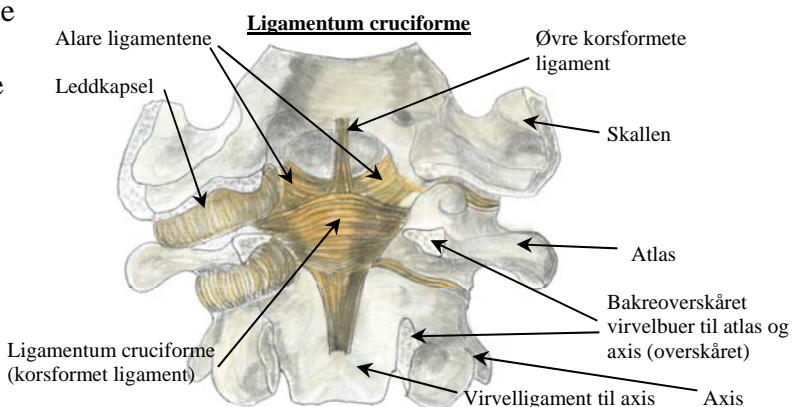
Den enkleste indirekte metoden er **funksjonsrøntgenbilder**, altså bilder tatt i ytterposisjon av leddets bevegelsesområde. Dersom leddet viser unormalt stor bevegelse, er det en god indikasjon på skade. Skadene kan også vises visuelt på **fluorskopi** eller **funksjons MR**, og indikasjonen er igjen unormalt stor bevegelse og smerte. Ved nakkeskader skjer det ofte en endring i nakkens krumning. Den naturlige lordosen kan bli rettet ut, eller nakken kan bikke forover og danne en krumning eller knekk framover (kyfose/knekk-kyfose). En markert endring i nakkens krumning er en viktig indikator på leddbåndskade og instabilitet. Leddbåndstrukturen i nakken er omfattende og komplisert. Dette gjelder særlig i nakke-hodeovergangen (den **cervicokraniale overgangen**) (**Fig. 24, 25, 26, 27 og 28**).

Nesten alle de nakkeskade, som er blitt operert i utlandet, har fått påvist ligamentskader ved de metodene som er nevnt. Metoder som altså i liten grad har vært praktisert i Norge.



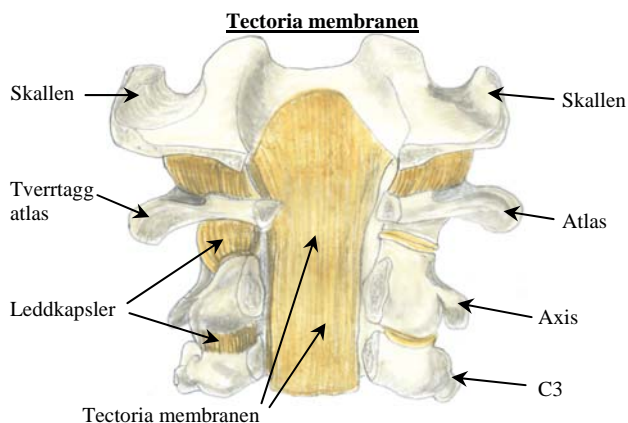
Figur 24

Axis, Atlas og skallen sett bakfra. "Tannen" på axis (dens axis) går opp i atlas og er festet til skallen med alare ligamentene og et toppligament (apicis dens). Alareligamentene er svært viktige for stabiliteten i nakke- hodeovergangen.



Figur 25

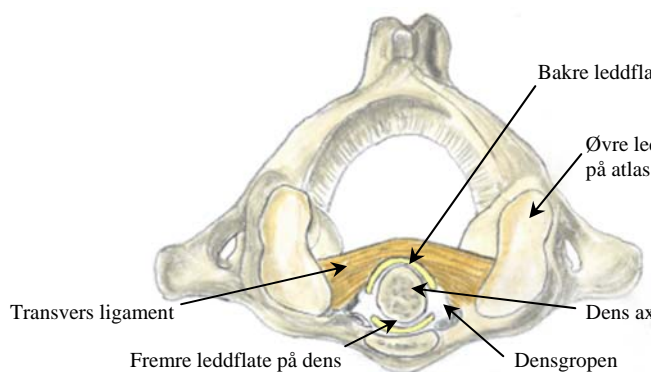
Bildet viser neste lag av ligamenter: korsligamentene



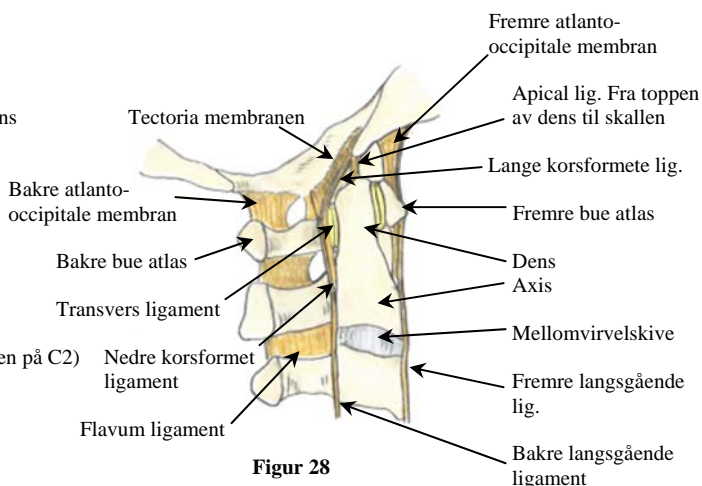
Figur 26

Det ytterste laget med ligament/membran: Membrana tectoria.

Atlas med dens avkuttet



Figur 27

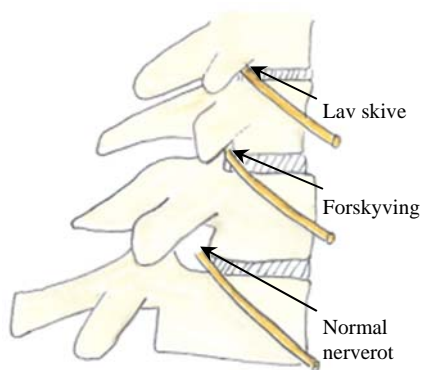


Figur 28

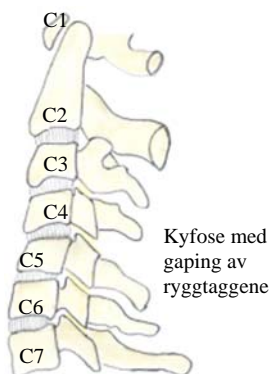
Denne situasjonen vil forhåpentligvis bli endret ved at dr. Kråkenes på Haukeland har funnet en metode til å avbilde noen av leddbåndene øverst i nakken. Teorien bak dette er følgende: Et skadd ligament vil være mer vannholdig enn et friskt. Ved å ta bilder som måler vanninnholdet (protontettheten, H^+) i ligamentet kan en dyktig radiolog lese skadegraden direkte av MR-bildet. Dr. Kråkenes bruker 3 skadegrader. Skadegrad 1 betyr at 1/3 av leddbåndet er skadd. Skadegrad 2 betyr at 2/3 er skadd, og skadegrad 3 betyr at båndet er så svekket at det har mistet sin funksjon som nødvendig støtte for leddet. Dr. Kråkenes og hans team har undersøkt 5 av de viktigste leddbåndene mellom C1, C2 og skallen. Det gjelder ligamentene Transversum og Alare, og membranene Tectoria og fremre og bakre Atlantooccipitale. Membran er et tynt, bredt leddbånd.

Dr. Kråkenes har med dette satt søkelys på en type skader som kan være livstruende og som norsk helsevesen hittil har ignorert. En viktig årsak til at disse skadene er blitt benektet, eller ikke tatt på alvor, er at det ikke finnes mellomvirvelskiver mellom skallen (C0) og C1 eller mellom C1 og C2. Det har derfor aldri vært prolaps i dette området, og derfor heller ingen nerver som er kommet i klem på grunn av skiveskade. Skadene har vært rene ligamentskader som nevrologene har liten kompetanse i å vurdere og diagnostisere. Med dette arbeidet har Kråkenes påvist fatale nakkeskader, ikke på grunn av skader på nervesystemet, men på grunn av at leddbåndene er svekket eller ødelagt.

Dette vil forhåpentligvis tvinge fram en forståelse for at leddbåndene er uhyre viktige for stabiliteten i nakken, og at skade på leddbånd kan få invalidiserende konsekvenser. Dette er et problem av stort omfang av den enkle grunn at tallet på leddbånd i nakken er så stort.



Figur 29



Kyfose C4/C5
Figur 30



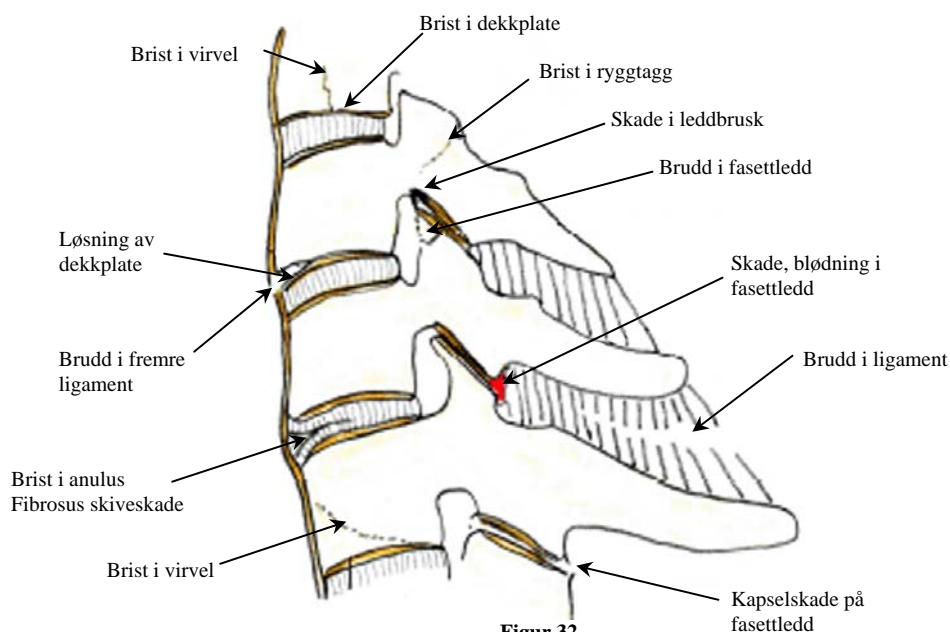
Figur 31

En lav mellomvirvelskive kan medføre trykk på nerveroten ved at hullet til nerveroten (foramen intervertebralis) blir for trangt. Det samme kan skje ved at virvlene forskyves i forhold til hverandre (spondylolistese) (**Fig. 29**).

Fig. 30 viser nakkens stilling etter en alvorlig leddbåndskade i nivå C4/C5. Ryggtaggene C4 og C5 spriker, og den naturlige buen bakover (lordosen) har fått en knekk framover (kyfose). Denne type skade medfører **instabilitet**.

Styreleddene eller fasettleddene kan skades slik at de går ut av ledd(luksasjon) eller nesten ut av ledd (subluksasjon) (**Fig. 31**). I slike tilfeller vil det også lett oppstå rift i leddkapslene. Ryggraden er som nevnt avstivet av et omfattende system av leddbånd (ligamenter og membraner). Disse leddbåndene kan utsettes for smertefulle strekkpåkjenninger, og båndene kan også strekkes så kraftig at de revner. I tillegg kan det oppstå bløtdelskader i muskulaturen, og alle de forskjellige skadetyperne kan medføre blødninger både fra mindre blodkar og fra de store årene og venene som går langs hele halsvirvelsøylen.

Fig.32 viser at skade kan oppstå på mange strukturer og vev i nakken. Disse skadene kan være meget smertefulle. Smerteimpulsene blir formidlet gjennom nervesystemet, men det er altså ikke nervesystemet som er skadd. Resultatet av en nevrologisk undersøkelse vil derfor være at det ikke kan påvises nevrologiske funn eller nevrologiske utfall. De tradisjonelle nevrologiske undersøkelsene er derfor uegnet til å påvise alle disse andre skadene. Videre utredning/vurdering på nevrologiske eller nevrokirurgiske avdelinger er derfor ikke aktuelt. Derfor blir mange alvorlig skadde pasienter overlatt til seg selv uten noen diagnose og uten forklaring på de problemene de sliter med.



Figur 32
Nakkeskader som ikke behøver medføre nevrologiske utfall

13.4. Kort oppsummering

Nevrologer har kompetanse på sykdom og skade i nervesystemet. Gjennom de nevrologiske undersøkelsesmetodene har det vært avdekket skader både på sentralnervesystemet (den forlengede marg og ryggmargen) og på nerverøttene fra C5 til C8, som innnerverer armene. Det er særlig prolapskader man har konsentrert seg om, fordi disse har vært enkle å påvise ved nevrologiske undersøkelser og ved billediagnostikk. Klare funn av smertefulle prolaps har vært behandlet både ved konservative behandlingsmetoder og ved kirurgi. Den kirurgiske behandlingen har som regel vært å fjerne mellomvirvelskiven(disektomi) og sette inn bein fra

hoften for å ”spile” ut rommet mellom virvlene og stive av leddet. Det har også vært brukt metallimplantater og skruer for å stive av. Fordi norsk faglitteratur og statistikk på dette området er dårlig, og fordi nakkeskader generelt har vært omgitt av ”tåkeprat” og hemmelighetskremmeri, er det vanskelig å si hvilke av de andre nerverelaterte nakkeskadene som faktisk har vært behandlet. Dersom smertene har vært store og radiologiske funn har vært helt entydig, så har antakelig også prolaps på nivå C2/C3/C4 vært behandlet.

Jeg tror at behandlingspraksis for disse pasientene har variert fra en nevrokirurg til en annen, og fra et sykehus til et annet. **Kap. 11**, ”Om forholdene på Haukeland”, viser at dette har variert fra sykehus til sykehus. Om vi skal ta uttalelsene fra dr. Myrseth på nevrokirurgisk avdeling på Haukeland sykehus alvorlig, så har slike skader ikke vært behandlet, fordi skade på disse nivåene ikke har ført til nevrologiske utfall i hud, muskulatur, bein eller reflekser i armene. Jeg refererer hva dr. Myrseth skrev i et svarbrev til min advokat om dette så sent som i 2000:

”De operasjonsalternativene som var aktuelle i 1989 var følgende:

Fremre dekompresjon: Dette er en operasjonstype som har til hensikt å fjerne vev som trykker mot nerverøtter utgående fra ryggmargen i nakken. Trykk på slike nerver gir som symptom smerteutstråling til overekstremitetene lokalisert til bestemte nervers utbredningsområde, evt. ledsaget av nevrologiske funn som svekket kraft, nedsatt hudfølelse eller svekkede senerereflekser til aktuelle nerver.

Bakre dekompresjon: Dette er en operasjon som kan gjøres hvis ryggmargskanalen er blitt for trang med resulterende trykk mot selve ryggmargen. Symptomene som dette medfører er som regel ustø gange.

Begge disse operasjonene har altså som målsetting å fjerne trykk på nervevev, enten ryggmargen eller nerverøttene. Smerte i nakken som eneste symptom er således ikke grunnlag for operativ behandling.

Disse retningslinjene gjelder også i dag”.

Dersom dette er riktig, så betyr det at de eneste operasjonene man har utført på Haukeland har vært avlastningsoperasjoner for å fjerne trykk på **nervevev**. Ingen av de andre nakkeskadene som jeg har beskrevet, som ligamentskader, fasettleddskader o.s.v. har vært vurdert for operasjon av nevrokirurgene på Haukeland.

13.5. Instabilitet som operasjonsindikasjon

De høye **ligamentskadene** har vært gjenstand for **avstivingsoperasjoner også i Norge**. Dette gjelder pasienter med Downs syndrom og pasienter med revmatoid artritt. Disse sykdommene medfører skade/svekkelse av ledd, leddkapsler og **leddbånd**. Operasjonsindikasjonen har vært **instabilitet** som følge av svekket leddbåndapparat. Det er allment akseptert, også i norsk medisin, at pasienter med disse sykdommene og derav følgende **instabilitet** i nakke/hodeovergangen er svært sårbare. En mindre ulykke vil kunne få katastrofale følger fordi bevegelsesenergien i en skadesituasjon vil ramme instabile ledd særlig hardt. **Slik instabilitet er derfor en alvorlig tilstand som kan kreve kirurgisk stabilisering.**

Operasjonene som gjøres er ofte avstiving av første og andre virvel, men også hel avstiving fra bakhodet ned til 2. virvel blir utført i Norge.

Dr. Nygaard ved St. Olavs hospital beskrev dette slik i Lægeforeningens tidsskrift Nr. 25 1998:

”Ved hjelp av cerlage eller skruer kan man fikse occiput til C1 og C2 med bøyer eller ulike typer stenger/plater.”

Dette er nøyaktig samme operasjon som dr. Montazem utfører på mange pasienter med instabilitet som følge av ligamentskader øverst i nakken. Det er derfor helt meningsløst at dr. Nygaard, og andre norske ”spesialister”, kaller operasjonene til Montazem for ”eksperimentelle” og ”farlige”. Hvorvidt instabiliteten er et resultat av sykdommer eller skade burde være irrelevant for hvordan denne instabiliteten skal behandles. Slik er det i Tyskland, men ikke i Norge. I Norge får ikke disse pasientene noe behandlingstilbud i det hele tatt. De blir mistrodd, stigmatisert og avvist. De norske ”spesialistene” avviser at disse pasientene har alvorlig instabilitet - **uten å gjennomføre de undersøkelsene som benyttes for å fastslå slik instabilitet hos pasienter med leddgikt eller Downs syndrom.**

Hele problemstillingen kan kortes ned til følgende spørsmål:

Kan norske pasienter ha fått **instabilitet** i nakken, eller i overgangen mellom nakke og hode, som en følge **leddbåndskader** etter en fallulykke eller en bilkollisjon? Svaret er selvsagt ja. Vil noen av disse pasientene ha behov for avstiving ved kirurgi for å gjenvinne stabiliteten i nakken? Svaret er fortsatt ja. Får disse pasientene et slikt tilbud i Norge. Nei, det gjør de ikke. Norske spesialister advarer mot slike ”eksperimentelle” operasjoner, og rådet fra disse legene er at utgifter til slike operasjoner ikke skal dekkes av Rikstrykdeverket.

Hvis man vil prøve å forstå hvorfor pasienter med alvorlige nakkeskader blir behandlet på en så urimelig måte - både medisinskfaglig og etisk – så tror jeg at den viktigste enkeltforklaringen ligger i det faktum at man i det ene tilfellet har å gjøre med sykdommer, og i det andre tilfellet med skader. Forskjellen ligger i at pasienten i det siste tilfellet har vært utsatt for en trafikkskade som kan være erstatningsbetingende. Kravene fra disse pasientene utgjør en trussel mot forsikringsbransjens profitt. I stedet for å regne disse skadene inn i forsikringspremien, har bransjen arbeidet for å svekke de skaddes troverdighet, og så tvil om at skadene faktisk eksisterer. I dette iherdige strevet har de fått uvurderlig assistanse fra ”toppfolk” innenfor norsk nevrologi og nevrokirurgi.

Tidlig på 90-tallet skapte nakkeskadene en del debatt og uenighet innad i Lægeforeningen. For å få ro nedsatte foreningen et eget utvalg i 1992: **Lægeforeningens tvistenemnd for nakkeskader**. Av de fem representantene var det to psykiatere. Det sier det meste om vinklingen og om Lægeforeningens holdning til pasientene. Enda mer avslørende er det faktum at ugiftene ble dekket av forsikringsbransjen. Det må være en av de beste investeringene bransjen noen gang har gjort. Utvalgets konklusjoner var i alle enkeltsaker ensidig til fordel for forsikringssselskapene. Pasientene oppdaget over tid at Lægeforeningen gjennom denne nemndas virksomhet fungerte som forsikringsbransjens forlengede arm. I dag er nemnda et arbeidsløst og ”sovende” utvalg – ikke fordi det mangler tvistesaker, men fordi nakkeskadde med god grunn har mistet tillit til at dette er et nøytralt og faglig oppegående organ.

13.6. Hvilken kunnskap har vært tilgjengelig?

Som nevnt i kap.17 besvarte helseminister Dagfinn Høybråten i 2003 et spørsmål om behandling av nakkeskader i Stortingets spørretime på følgende måte:

”Jeg tror vi skal ta på alvor at det rett og slett er en kunnskapsmangel, ikke bare i Norge, men også internasjonalt.”

Jeg tror det er helt rett at det har eksistert kunnskapsmangel i deler av norsk helsevesen, men jeg er overbeist om at mange av "ekspertene" gjør seg mer uvitende enn de faktisk er. De har ut fra ulike motiver sett seg tjent med å legge "lokk" på denne kunnskapen. Når det gjelder Høybråtens argument om at lite er gjort fordi man mangler kunnskap - også internasjonalt, så er dette en påstand som er helt uten dekning. Jeg vil derfor vise at kunnskapen har vært tilgjengelig ved å referere til et internasjonalt anerkjent læreverk, nemlig "Whiplash injuries - The Cervical Acceleration/deceleration Syndrome" av Foreman & Croft.

Syndrom betyr at flere symptomer opptrer samtidig. Boken kom ut for første gang i 1988 og har siden kommet i nye og reviderte utgaver i 1995 og 2003. Boken er på mer enn 500 sider, og gir en grundig gjennomgang av nakke-diagnostikk og behandling. Boken har også en fyldig kildehenvisning og historikk som viser at skadene var kjent og beskrevet i hele det internasjonale, engelsktalende forskningsmiljøet allerede på 50- og 60-tallet. Syndromet ble første gang beskrevet av Barre i 1926. To andre sentrale verk ble skrevet av Decher i 1969 og Jackson i 1977.

Kommentar:

Et svært viktig poeng i min sak er at førsteutgaven av boken, fra 1988, står på Universitetsbibliotekets filial på Haukeland sykehus. Det betyr at innholdet i denne boken måtte, eller burde, vært kjent for nevrologisk og nevrokirurgisk avdeling da jeg ble avvist for alle videre undersøkelser i 1989, 1991 og senest i 1998.

Boken beskriver en rekke viktige forhold knyttet til instabilitet og bruk av myelografi og funksjonsbilder. Helt uavhengig av nevrologiske utfall blir **instabilitet** beskrevet som en alvorlig tilstand som "kan kreve kirurgisk stabilisering (avstiving)".

Særlig viktig er **forsinket instabilitet**. Foreman & Croft skriver at til å begynne med vil muskelkramper beskytte og stabilisere skadete strukturer og først senere vil instabilitet, som følge av leddbåndskader, bli tydelig. Slik instabilitet, eller hypermobilitet, er en vanlig komplikasjon etter hyperfleksjonsskader hvor det bakre ligamentkomplekset er blitt overstrukket:

"Selv etter rigid stabilisering etter slike skader ble resultatet ofte alvorlig kyfotisk deformitet, som gjør kirurgisk stabilisering (avstiving) nødvendig."

Kommentar:

Foreman & Croft gir en god beskrivelse av en skade som ligner min hyperfleksjonsskade. Først var nakken stiv som en stokk, deretter ble jeg instabil midt i nakken nettopp som følge av ligamentskade. Nakken fikk "abnorme akseforhold" (radiolog Larsen - 1987) som resulterte i en "alvorlig kyfotisk deformitet" som hadde gjort "kirurgisk stabilisering (avstiving) nødvendig". Dr. Montazems operasjon er derfor ikke på noen måte eksperimentell. Operasjonen var og er helt vanlig, også i USA.

I oppsummeringen av medisinsk undersøkelse, kapittel 3, skriver Foreman & Croft at bildediagnostikk ikke kan overvurderes:

"Ved hyperekstensjons/fleksjonsskader må det tas bilder i ekstensjons- og fleksjonsstilling for å vurdere instabilitet mellom leddene. I tilfeller hvor forlenget smertetilstand og uførhet kan være en faktor, må disse bildene tas på nytt på et senere tidspunkt"

Kommentar:

Foreman & Croft skriver også at termofotografering kunne være et nyttig diagnostisk hjelpemiddel. Det stemmer svært godt med egne erfaringer fra A/S Smerteterapi. Jeg tok slike bilder med til dr. Bindoff (Haukland sykehus 1998), men han gadd ikke engang å se på dem. Norske nevrologer hevder at termografiske bilder er uten verdi.

13.7. Skadekategoriene

Foreman & Croft var de første til å utvikle systemer for å bestemme skadegrad og prognoser for nakkeskade. De kalte skadekategoriene for MIC: **M**ajor **I**njury **C**ategory. Disse ble inndelt i MIC 1-3. Senere ble det utviklet et nytt system - WAD, inndelt i fire kategorier WAD I-IV. WAD er forkortelse for Whiplash Associated Disorder og ble vedtatt av Quebec Task Force on WAD i 1995. MIC-kategoriene er forløperen til WAD.

MIC 1 (10 Poeng) – Symptomer som direkte følge av skade. Ved klinisk undersøkelse ser man ingen objektive tegn til nedsatt bevegelse i nakken og det er ingen nevrologiske bortfall.

MIC 2 (50 Poeng) – Pasienten viser nedsatt bevegelsesevne i kombinasjon med MIC 1 symptomer. Det kan forventes en økning av diameter på halsmuskulatur. Ingen nevrologiske bortfall.

MIC 3 (90 Poeng) – MIC1 og MIC2 symptomer og målbare nevrologiske bortfall, enten sensoriske eller motoriske. Bortfall bør verifiseres av spesialist i nevrologi på grunn av de forholdsregler som følger av denne klassifisering.

Det ble gitt tilleggs poeng for følgende:

- (10 Poeng) Tidligere påviste degenerative forandringer
- (10 Poeng) Utrettet halsryggrad
- (15 Poeng) Besvimelse/bevisstløshet
- (15 Poeng) Kyfotisk halsryggrad
- (15 Poeng) Fikserte segment (låsninger)
- (15 Poeng) Ryggmargskanal 13-15 mm
- (20 Poeng) Ryggmargskanal 10-12 mm

13.8. Prognosegruppene

(10–30 Poeng) Mange blir helt friske eller får forbigående problemer

(35–70 Poeng) Økende risiko for varige problemer

(75–100 Poeng) Økende risiko for varige nevrologiske bortfall

(105–125 Poeng) Risiko for så store problemer at operative inngrep må overveies

(130–165 Poeng) Det forventes så store problemer at operative inngrep må overveies

| | |
|--|------------------|
| <i>Kommentar:</i> <i>Ut fra de radiologiske og neurologiske funn som er beskrevet i min sak kommer jeg i kategori MIC 3.</i> | |
| <i>Tidligere påviste degenerative forandringer</i> | <i>10 poeng</i> |
| <i>Fikserte segment</i> | <i>15 poeng</i> |
| <i>Kyfoetisk ryggrad</i> | <i>15 poeng</i> |
| <i>Ryggmargskanal 13-15 mm</i> | <i>15 poeng</i> |
| <i>MIC 3</i> | <i>90 poeng</i> |
| <i>Til sammen</i> | <i>145 poeng</i> |
| <i>Med 145 poeng tilhørte jeg prognosegruppe 5. Det er derfor ingen tvil om at forundersøkelser for operasjon skulle vært utført. Å unnlate å gjøre slike undersøkelser var etter min mening uaktsomt. Det var dette som var kjernen i min rettssak.</i> | |

13.9. Om “Late Whiplash syndrome”

“Late Whiplash syndrome” indikerer at mange av symptomene først blir plagsomme lang tid etter skaden. Mekanismene bak dette blir forklart slik (Foreman & Croft 1988):

”Nakkesmerter blir ofte vedvarende.. overstrukket eller overrevne ligamenter kan medføre abnorme bevegelsesutslag i mellomvirvelleddene... ligamentskader, direkte inflammasjon og overstrukne leddkapsler kan være en vedvarende kilde til smerte. Denne situasjonen kan resultere i en kompenserende spenning i muskulaturen. Denne økte spenningen begynner med de små mellomvirvelmuskulene som stabiliserer leddene, og som finkoordinerer bevegelsene mellom leddene. Over tid framstår dette klinisk som kramper i de store muskelgruppene som holder hodet på plass. Langtidsvirkningen kan bli lidelser i mellomvirvelskiver og spondylose (leddgikt). Degenerative forandringer kan føre til dannelse av osteofytter som vokser inn mot rotkanalene. Til å begynne med vil nervene kunne flytte seg bort fra påleringene, men etter hvert vil nerven bli klemt inne og det resulterer i de karakteristiske nerverot kompresjonsskadene. Enda vanligere, men vanskeligere å påvise, er nerverotinflammasjon som kan komme av slik mekanisk irritasjon.”

13.10. Hvilke symptomer dreier det seg om?

Avhandlingen ”Whiplashrelaterade skador och följetilstånd”, av den svenske legen Gunilla Bring fra universitetet i Umeå, ble skrevet i 1996. Dette var det første doktorgradsarbeidet i Norden om denne type skade. Bring hadde laget en oversikt over alle de symptomene som kan oppstå ved cervical syndromet. Oversikten viser at nakkeskadene kan medføre omfattende og alvorlige problemer, og ikke bare smerter i nakke og hode. Her følger Gunilla Brings beskrivelse:

Smerter ved nakkeskade:

- Smerter i nakken, skuldrene, armene, virvlene i brystdelen, brystkassen, korsryggen, bekken og bein*
- Stivhet i nakken*
- Hodepine/hodesmerter*
- Migrene*
- Kjeveleddsmerter (tyggesmerter)*
- Smerter i øret, i eller bak øyet og i ansiktet*

- Nummenhet, stikkmerter og unormale følelser i armer, hender, fingre og ansikt
- Svakheter i nakken, armene og hendene
- Klossethet
- Klump i halsen
- Svimmelhet
- Balanseforstyrrelser, balanseproblemer i mørket eller i ujevnt terreng
- Illebefinnende og brekninger
- Besvimelser
- Øresus, følelse av å være tett i øret
- Subjektivt synsfeltfortfall
- Subjektiv hørselsvekkelse, endret lydoppfatning
- Episoder med svikt i beina
- Blackout episoder
- Ekstrem trøtthet
- Søvnforstyrrelser
- Forstyrrelser av det autonome nervesystem, tåkesyn, fokuseringsproblemer, unormal eller uregelmessig svetting
- Forstyrret temperaturregulering
- Uregelmessig hjerterytme
- Varierende blodtrykk
- Svelgeproblemer
- Stemmeproblemer
- Forstyrret proprioception (mister ting, snubler, klarer ikke presisjonsarbeid, problemer med å spille på instrumenter)

Kommentar:

I vedlegg 2 - bakerst i boken har jeg laget en oversikt over de symptomene jeg selv har hatt, enten kronisk, eller i kortere eller lengre perioder. Jeg har også tatt med hvordan disse symptomene har endret seg etter operasjonen.

Avhandling til Gunilla Bring har også omfattende referanseregistre. Registerne viser at det internasjonalt har pågått forskning på dette området i mange tiår. Registeret til hovedarbeidet (det var flere delarbeider) inneholdt navn og tittel på 265 forskningsrapporter. Av disse var 172 utført før 1990. Ikke ett eneste arbeid var gjort av norske forskere.

13.11. Hvorfor symptomene blir så omfattende

Gunilla Brings symptombeskrivelse kan virke overveldende, og det er viktig å være oppmerksom på at dette er en oppstilling av alle de symptomene som kan tilskrives skader i nakken. Mange av symptomene kan forklares ved irritasjon eller skade på det sympatiske (autonome/selvstyrte) nervesystemet. For eksempel vil skade på nivå C1/C4 kunne medføre både svimmelhet (vertigo), øresus (tinnitus) og synsproblemer.

Alvorlige søvnproblemer er også svært vanlig. Dette er alene et svært alvorlig symptom som kan føre til både konsentrasjonssvikt og kognitiv svikt. Nyere teorier om søvn tyder på at den dype søvnen er helt nødvendig for at hjernen skal kunne bearbeide alle sanseinntrykkene som et menneske mottar i løpet av en dag. Forstyrrelser i den dype søvnfasen fører til svikt i korttidshukommelsen. På samme måte som eldre mennesker, får mange nakkeskadde både hukommelsesproblemer og svikt i intellektuell funksjon.

En annen viktig forklaringsfaktor er at både ligamenter og muskulaturen i nakken har følere/sensorer som kontinuerlig sender meldinger til hjernen gjennom det autonome nervesystemet. Disse meldingene gir hjernen beskjed om hodets og kroppens stilling i rommet. Dette kalles

proprioepsjon. I nyere forskning blir proprioepsjon betraktet som en egen sans på linje med syn, hørsel, lukt o.s.v. Når det oppstår skader, for eksempel i leddbåndene, vil følerne sende feilinformasjon til hjernen, og hjernen vil sende denne feilinformasjon tilbake til kroppen. Kroppens umiddelbare reaksjon ved leddbåndskade er å mobilisere muskulatur. Det skjer en autonom (ikke viljestyrt) reaksjon hvor de dype musklene langs og mellom virvlene går i krampe, og hele nakkemuskulaturen stivner til. Kroppen danner et ytre muskelskjelett for å kompensere for den manglende stabiliteten i virvelsøylen.

Stiv og krampete muskulatur blir raskt øm og smertefull, og det oppstår et slags ”gangsperr” i nakken, på samme måte som ved overbelastning av muskulatur i andre deler av kroppen. Fordi kroppsmuskulaturen er viljesstyrt vil gangsperr i bein eller lårmuskulatur gå over av seg selv etter noen dager hvis man bare bestemmer seg for å holde muskulaturen i ro. Ved alvorlig skade i nakken skjer ikke dette. Den nakkeskadde kan ikke bestemme seg for å slappe av i de dype nakkemusklene, fordi det autonome nervesystemet har tatt kontroll. Den nakkeskadde blir fanget i et smertehelvete hvor smertene i stor grad skriver seg fra muskulatur, muskulatur som man altså ikke har kontroll over. Disse muskelspenningene vil også påvirke og øke belastningen på leddene, og vil kunne føre til innsnevring av plassforholdene for nervene. Man får da de typiske ”onde sirkelene” som de fleste kronisk nakkeskadde opplever. Slike muskelspenninger kan føre til direkte avklemming av flere nerver som for eksempel i armnerve-flettingen.

Nerver og blodårer passerer gjennom en åpning mellom de tre scalenusmusklene. Ved kronisk spenning blir nervene utsatt for trykk som medfører smerter, kronisk nummenhet og kraftnedsettelse i armen. Altså de samme symptomene som ved trykk eller skade på nerverøttene. Dette kalles for ”thoracic outlet syndrome” eller scalenusyndromet, og selv om det er svært vanlig som sekundær skade etter nakkesleng, blir problemet i stor grad oversett i norsk helsevesen. Symptomene fra nakkeskadene kan altså bli svært omfattende både fordi strukturene i nakken er svært følsomme, men også fordi skadene ofte er mye mer omfattende og alvorlige enn det som kan bekreftes gjennom en ordinær nevrologisk undersøkelse.

Det er framsatt mange teorier om at nakkeskadde er spesielt sensitive for smerter. Noen kan som nevnt leve med et prolaps, uten at det medfører særlige problemer, mens andre opplever situasjonen som svært smertefull og ubehagelig. Før man kan si noe om spesiell sensitivitet i slike tilfeller må man klarlegge om skadebildet faktisk er det samme. Man kan neppe si noe fornuftig om hypersensibilitet, før alle konkrete skader er avdekket.

13.12. Diagnosene som skulle vært brukt – Cervicalsyndromene

Quebec Task Force on WAD (Whiplash Associated Disorders) la i 1995 fram en rapport med forslag til diagnostikk og kategorisering av nakkeslengskader. Rapporten la grunnlaget for en internasjonal enighet (consensus) om vurdering og behandling, en enighet som også Den norske Lægeforening har sluttet seg til. Den norske rapporten om nakkeslengskader fra 2000 bygger på Quebec Task Force. Skadene blir inndelt i fire grader, WAD I til IV, hvor grad I og II dreier seg om lette skader og grad III og IV om mer alvorlige skader (se også kapitlene 17 og 21). De foreslåtte diagnosene er i overensstemmelse med det internasjonale diagnosesystemet for spesialisthelsetjenesten ICD-10. Formelt sett skal altså norsk helsevesen bruke disse diagnosene:

S.13.4 Diagnosen skal brukes om forstuvning og forstrekning med smerter, stivhet eller ømhet i nakken. Forutsetningen er at det ikke gjøres konkrete funn ved undersøkelse.
Diagnosen skal brukes om WAD I og WAD II

S.14 Skal brukes når det kan påvises funksjonsutfall (refleksforandringer, lammelser,

eller sensibilitetsforandringer som følge av skade på nervevev eller ryggmarg).
Diagnosen skal brukes om skadegrad III av WAD

- M.53.0 Cervikokranialt syndrom (nakke- hodesymptomene). Dette dreier seg om skade i overgangen mellom nakke og hode (den cervikokraniale overgangen) og ned til C3/C4. Som tidligere nevnt finnes det ikke mellomvirvelskiver mellom C0/C1/C2. Det oppstår altså ingen prolaps her. Skadene er i hovedsak knyttet til den omfattende leddbåndstrukturen mellom Axis og Atlas og mellom Atlas og skallen. Altså de skadene som dr. Kråkenes har tatt doktorgraden på.
Regnes også til skadegrad III av WAD
- M 53.1 Cervikobrachialt syndrom (nakke- armsymptomene). Dette er skade i nakken fra nivå C5 til C7 med de typiske utstrålende smertene og føleutfall til armene, og ofte med svekket styrke i muskulatur og endring i senerereflekser. Dette er en diagnose som blir brukt i norsk helsevesen fordi den kan brukes til å beskrive et prolaps i dette området. Skadegrad III av WAD
- M.50 Lidelser i cervikalskive. Dette dreier seg om skader på mellomvirvelskivene som ikke nødvendigvis medfører trykk eller skade på nerverøtter eller ryggmarg.
Skadegrad III av WAD.
- S12 Dreier seg om bruddskader i halsregionen.
- S13.1 Dreier seg om dislokasjon av cervicalvirvel, altså forskyving av virvel/virvler og eller akseavvik/feilstilling. De to siste diagnosene dreier seg om skader av grad IV av WAD.

Andre relevante diagnoser som skal brukes i norsk spesialisthelsetjeneste:

- M.24.2 Ligamentskade. Instabilitet etter gammel ligamentskade.
- M.35.7 Hypermobilitetssyndrom. Familiær ligamentslapphet.
- S. 14.2 Skade på cervical rot.

Felles for alle disse diagnosene er at skadene må beskrives nærmere og relateres til de riktige nivåene i nakken. Det finnes altså diagnoser som kan gi en god forklaring på hvilke skader det dreier seg om. Dessverre blir disse diagnosene brukt i liten grad. Norske leger bruker heller vage, upresise begreper, og ikke minst har man funnet det hensiktsmessig å bruke ulne begreper fra psykiatri og psykologi. Mer om det i de to neste kapitlene.