

Norsk forening for Ryggforskning
Christiesgate 13
5015 Bergen

Norsk Fysioterapeutforbund
Boks 2704 St. Hanshaugen
0131 Oslo

NFF's faggruppe for Manuellterapi
Boks 2704 St. Hanshaugen
0131Oslo

NFF's faggruppe for Idrettsfysioterapi
Boks 2704 St. Hanshaugen
0131Oslo

Norsk Kiropraktorforening
St. Olavs plass 3
0165 Oslo

Norges Naprapatforbund
Sliperiveien 2
2609 Lillehammer

Norsk Spinalkirurgisk forening
v/ leder Tom B. Glomsaker
Kirurgisk-ortopedisk klinikk
Stavanger Universitetssjukehus
Postboks 8100
4068 Stavanger

Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering
v/ leder Eirik Vikane
Avd. fys.med. og rehab.
Haukeland Universitetssykehus
5021 Bergen

Norsk Idrettsmedisinsk forening
v/ leder Jon Olav Drogset
jon.o.drogset@ntnu.no

Oslo 30. august 2007

Kontraindikasjoner for manipulasjon av skadet nakke

Som pasientorganisasjon for nakkeskadde mottar LFN mange klager på mangelfulle undersøkelser og diagnostikk i norsk helsevesen. Mange fortviler også over at de behandlingstilbudene de blir tilbudt ofte er uten effekt. Dette blir belyst i siste nummer av "Muskel & skjelett", som er manuellterapeutenes fagblad (nr.2/2007). Her omtales en nylig fremlagt rapport, hvor man har sammenlignet effekten av slyngeterapi målt mot effekt av vanlig fysioterapi. Konklusjonen er at det ikke er målbare forskjeller, og at begge terapiformene har liten effekt.

Uansett terapiform så er det LFNs erfaring at den del av pasientene faktisk blir dårligere av den behandlingen de får. Dette gjelder i særlig grad pasienter med instabile skader, og med de alvorligste skadegradene av WAD. Dette er en situasjon som verken pasienter eller behandlere kan leve med.

Vi mener at hovedårsaken til manglende eller negativ effekt skyldes mangelfull eller feilaktig diagnostikk fra starten av. Dette gjelder særlig manglende påvisning av instabilitet som følge av ledd- og leddbåndskader på alle nivåer i nakken. Spesielt alvorlig er manglende diagnostikk/påvisning av instabilitet i cervicocranial-overgangen.

I 2005 utarbeidet WHO retningslinjer for grunntrening og sikkerhet i kiropraktikk. (WHO guidelines on basic training and safety in chiropractic)

<http://www.who.int/medicines/areas/traditional/Chiro-Guidelines.pdf>

Vi har særlig merket oss kapitlene 2 og 3 (s.20 - 22) som dreier seg om kontraindikasjoner for manipulering av ryggraden/nakken. Sidene 20 - 22 vedlegges på engelsk.

Her følger vår oversettelse av de punktene som i særlig grad gjelder nakkeskadde:

"Vellykket spinal mobilisering og/eller manipulasjon involverer bruk av kraft på de områdene som er stive eller hypermobile, mens man unngår områder med hypermobilitet eller instabilitet" (s. 20)

"Hypermobile ledd og omstendigheter hvor stabiliteten i leddet er usikker representerer en relativ kontraindikasjon." (s. 22)

Absolutte kontraindikasjoner:

"instabilitet i Dens" (os odontoideum, eller "tannen" på 2.cervivale virvel, axis) (s.21)

"tegn til instabilitetsmønster" (s.21)

"ligamentslapphet med anatomisk sublaksasjon eller dislokasjon representerer en absolutt kontraindikasjon for leddmanipulasjon i de anatomiske strukturene som er involvert" (s. 22)

"Brudd/frakturer og dislokasjoner, eller tilhelede frakturer med tegn til ligamentbrudd eller instabilitet representerer en absolutt kontraindikasjon for leddmanipulasjon." (s. 22)

"Atlantoaxial instabilitet representerer en absolutt kontraindikasjon...."(s. 22)

Som det framgår av overstående oppfatter WHO en rekke tilstander med instabilitet som følge av leddbåndskader som kontraindikasjon for kiropraktisk manipulasjon/behandling.

Vi er selvsagt klar over at de enkelte terapiformene ikke representerer like stor grad av manipulasjon som metode, men vi mener at WHO's absolutte kontraindikasjoner må gjelde for alle former for behandling/manipulasjon i nakken, enten dette utføres av kiropraktorer eller andre behandlere som manuell terapeuter eller naprapater.

For å forhindre at nakkeskadde blir utsatt for direkte skadelig/farlig behandling må spørsmålet om instabilitet være avklart før behandling iverksettes. En slik avklaring krever bruk av fMRI, gjerne kombinert med den MR-metoden som er utviklet av dr. Kråkenes ved Haukeland universitetsklinikk. En slik diagnostisk undersøkelse må utføres av spesialist på

muskel/skjelett, d.v.s. spesialist i fysikalsk eller ortopedisk medisin. Vi viser her til nettstedet <http://www.muskelskjelett.org/>, hvor metoden for fMRI-diagnostikk er omtalt.

Forholdet mellom pasient og behandler må være basert på trygghet, tillit og felles forståelse av hva problemene består i, og hvordan behandlingen virker. I en situasjon hvor verken pasient eller behandler er klar over at behandling faktisk kan være kontraindisert, vil det gode forholdet mellom pasient og behandler bli skadelidende. LFN håper derfor at behandlerorganisasjonene ser behovet for å få avklart mulige kontraindikasjoner før behandling igangsettes.

Pr. i dag finnes det ikke kompetanse i norsk helsevesen til å diagnostisere alvorlig instabilitet. LFN har tatt opp disse problemene i et skriv til Departementet/Direktoratet med tittelen: "Alvorlig nakkeskadde blir holdt for narr". Denne følger vedlagt. Inntil norsk helsevesen kan gi et kvalifisert tilbud om diagnostikk for denne skadegruppen, er det vårt krav at disse pasientene må få tilbud om diagnostikk i utlandet.

Vi ber spesielt om at behandlerorganisasjonene Norsk Kiropraktorforening, Norsk fysioterapiforbund, Norges Naprapatforbund og NFFs faggruppe for Manuellterapi leser vår redegjørelse, og vi ber om at alle organisasjonene støtter vårt krav om tidlig og kvalifisert diagnostikk i alle tilfeller hvor det er mistanke om alvorlig instabilitetsproblematikk. Vi ber også om at eventuelle støtteuttalelser sendes til de samme instanser som har vært mottakere av vårt skriv "Alvorlig nakkeskadde holdes for narr" av 24-04-2007.

På vegne av LFN

Turid Monsen
Leder LFN
turid.monsen@chello.no

Johnny Stausholm
Nestleder LFN
j.s@lyse.net

2. Contraindications to spinal manipulative therapy

Spinal manipulative therapy is the primary therapeutic procedure used by chiropractors, and because spinal manipulation involves the forceful passive movement of the joint beyond its active limit of motion, chiropractors must identify the risk factors that contraindicate manipulation or mobilization (19, 20, 21).

Manipulations can be classified as either nonspecific, long-lever techniques or specific, short-lever, high-velocity, low-amplitude techniques (the most common forms of chiropractic adjustment) which move a joint through its active and passive ranges of movement to the paraphysiological space (22).

Mobilization is where the joint remains within a passive range of movement and no sudden thrust or force is applied.

Contraindications to spinal manipulative therapy range from a nonindication for such an intervention, where manipulation or mobilization may do no good, but should cause no harm, to an absolute contraindication, where manipulation or mobilization could be life-threatening. In many instances, manipulation or mobilization is contraindicated in one area of the spine, yet beneficial in another region (23). For example, hypermobility may be a relative contraindication to manipulation in one area of the spine, although it may be compensating for movement restriction in another where manipulation is the treatment of choice (24, 25). Of course, the chiropractor's scope in manual therapy extends beyond the use of manipulation or mobilization and includes manual traction, passive stretching, massage, ischaemic compression of trigger points and reflex techniques designed to reduce pain and muscle spasm.

Successful spinal mobilization and/or manipulation involves the application of a force to the areas of the spine that are stiff or hypomobile, while avoiding areas of hypermobility or instability (26).

There are a number of contraindications to joint mobilization and/or manipulation, especially spinal joint manipulation, which have been reviewed in practice guidelines developed by the chiropractic profession (27, 28) and in the general chiropractic literature (29, 30, 31). These may be absolute, where any use of joint manipulation or mobilization is inappropriate because it places the patient at undue risk (23, 32:290-291), or relative, where the treatment may place the patient at undue risk unless the presence of the relative contraindication is understood and treatment is modified so that the patient is not at undue risk. However, spinal manipulative therapy, particularly low-force and soft-tissue techniques, may be performed on other areas of the spine, depending upon the injury or disease present. Clearly, in relative contraindications, low-force and soft-tissue techniques are the treatments of choice, as

both may be performed safely in most situations where a relative contraindication is present.

Conditions are listed first by absolute contraindications to spinal manipulative therapy. Absolute and relative contraindications to spinal manipulative therapy generally are then outlined as they relate to categories of disorders.

2.1 Absolute contraindications to spinal manipulative therapy

It should be understood that the purpose of chiropractic spinal manipulative therapy is to correct a joint restriction or dysfunction, not necessarily to influence the disorders identified, which may be coincidentally present in a patient undergoing treatment for a different reason. Most patients with these conditions will require referral for medical care and/or comanagement (33).

1. anomalies such as dens hypoplasia, unstable os odontoideum, etc.
2. acute fracture
3. spinal cord tumour
4. acute infection such as osteomyelitis, septic discitis, and tuberculosis of the spine
5. meningeal tumour
6. haematomas, whether spinal cord or intracanalicular
7. malignancy of the spine
8. frank disc herniation with accompanying signs of progressive neurological deficit
9. basilar invagination of the upper cervical spine
10. Arnold-Chiari malformation of the upper cervical spine
11. dislocation of a vertebra
12. aggressive types of benign tumours, such as an aneurismal bone cyst, giant cell tumour, osteoblastoma or osteoid osteoma
13. internal fixation/stabilization devices
14. neoplastic disease of muscle or other soft tissue
15. positive Kernig's or Lhermitte's signs
16. congenital, generalized hypermobility
17. signs or patterns of instability
18. syringomyelia
19. hydrocephalus of unknown aetiology
20. diastematomyelia
21. cauda equina syndrome

NOTE: In cases of internal fixation/stabilization devices, no osseous manipulation may be performed, although soft-tissue manipulation can be safely used. Spinal manipulative therapy may also only be absolutely contraindicated in the spinal region in which the pathology, abnormality or device is located, or the immediate vicinity.

3. Contraindications to joint manipulation by category of disorder

3.1 Articular derangement

Inflammatory conditions, such as rheumatoid arthritis, seronegative spondyloarthropies, demineralization or ligamentous laxity with anatomical subluxation or dislocation, represent an absolute contraindication to joint manipulation in anatomical regions of involvement.

Subacute and chronic ankylosing spondylitis and other chronic arthropathies in which there are no signs of ligamentous laxity, anatomic subluxation or ankylosis are not contraindications to joint manipulation applied at the area of pathology.

With degenerative joint disease, osteoarthritis, degenerative spondyloarthropathy and facet arthrosis, treatment modification may be warranted during active inflammatory phases.

In patients with spondylitis and spondylolisthesis, caution is warranted when joint manipulation is used. These conditions are not contraindications, but with progressive slippage, they may represent a relative contraindication.

Fractures and dislocations, or healed fractures with signs of ligamentous rupture or instability, represent an absolute contraindication to joint manipulation applied at the anatomical site or region.

Atlantoaxial instability represents an absolute contraindication to joint manipulation at the area of pathology.

Articular hypermobility and circumstances where the stability of a joint is uncertain represent a relative contraindication to joint manipulation at the area of pathology.

Postsurgical joints or segments with no evidence of instability are not a contraindication to joint manipulation but may represent a relative contraindication, depending on clinical signs (e.g. response, pre-test tolerance or degree of healing).

Acute injuries of joint and soft-tissues may require modification of treatment. In most cases, joint manipulation at the area of pathology is not contraindicated.

Although trauma is not an absolute contraindication to manipulation, patients who have suffered traumatic events require careful examination for areas of excessive motion, which may range from mild heightened mobility to segmental instability.