Stavanger Universitetssjukehus
Helse Stavanger HF
Kirurgisk divisjon - Nevrosenter

Landsforeningen for nakkeskadde

Postboks 9217 Grønland
0134 OSLO

Vår ref:	Deres ref:	Saksbehandler:	Dato:
2011/3917 - 37218/2011		Andrea Kalbakk Bjøranger	04.11.2011

Angående diagnostisering og behandling av instabile nakkeskader

Viser til brev av 11.10.11 som purring på henvendelse av 09.03.11 . Henvendelsen ble overrakt undertegnede 28.10.11.

Det må presiseres at gruppen som er aktuell for nevrokirurgisk intervensjon er svært liten i fht gruppen som er plaget med nakkesmerter etter en skade. Internasjonalt regner en med 5-12% av de som blir utsatt for nakkeskader får kroniske plager som bør utredes videre. Utredning av denne gruppen er multidisiplinær med allmennmedisin, fysikalsk medisin og MR radiologi i start fasen.

Som basis for virksomheten ved Nevrokirurgisk avdeling kan vi vise til siste oppdaterte bokverk: Spine and Spine Cord Trauma Evidence –Based Management utgitt på Thieme Verlag 2011 med Alexander Vaccaro som redaktør., samt artikler i anerkjente internasjonale tidskrift. Det har vært og er stadig fokus på problemstillingen internasjonalt. 1- 2 av avdelingens leger deltar regelmessig på internasjonale kongresser med ulik innfallsvinkler på nakkeproblematikk.

Vi har en kontinuerlig oppfølging av det som skjer innen nevrotraumatologi, spesielt nakkeskader i håp om at vi kan få en undersøkelsesmetode som kan avklare en del diffuse plager etter skader, skille ut de vi kan hjelpe med kirurgiske teknikker. Det finnes foreløpig ikke en gullstandard for diagnostikk av partielle leddbåndskader i kraniocervikal overgangen, men det er stadig mer kunnskap om utviklingen av MR funn på skader i nakken etter fleksjons/ distraksjonsskader og kirurgiskbehandling av nakkesmerter relatert til slike funn.

Vi forholder oss til Neck Pain Task Force system, som er oppfølgeren og revidert utgave WAD1-4, da dette kan benyttes til alle former for nakke skader ikke bare WAD (Whiplash assosiated disorders)

Grad 1 (vanlig). Nakke smerter uten noen tegn til alvorlig sykdom eller ingen eller lite påvirkning av dagliglivet

Grad 2 Nakke smerter uten tegn til alvorlig patologi, men smertene påvirker dagliglivet

Grad 3 (uvanlig)Nakke smerter med nevrologiske tegn på kompresjon av nervevev

Grad 4 (sjelden) Nakke smerter med tegn på tydelig strukturelle forandringer .

Ut fra vårt daglige arbeid, er det primært pasientene som kommer inn under grad 2 som utgjør størst utfordring med tanke på diagnostikk og behandling.

Diagnoser og behandlinger

Vi har ikke systematiske registreringer i vårt datasystem basert på disse Gradene/ gruppene. Vi registrerer operasjonskoder som ikke skiller mellom bakenforliggende skade/ slitasje som leder til behandlingen. Idiagnose setting benytter vi primært diagnosen som gjelder for om det er

a) nevrologiske skader på ryggmargsnivå, nerveplexus eller nerverøtter,S14.0- .9

b) brudd S12.0-7,

c) mellomvirvelskade S130-6, M50.0—9 ,

d) glidning / spondylolistesis M431-8 benyttes noe.

e) Diagnosen M5422 benyttes en del der vi ikke finner sikker årsak.

f) Diagnosen M 532x benyttes svært sjeldent.

Hva innbefatter "Nakkekirurgi annen " ?

Vi kan ikke svare på hva som blir rapportert på "Fritt sykehusvalg" sider mtp uttrekk av operasjoner, da vi hvert år stiller oss undrende det som blir opplyst ifht hva vi har i egne operasjonsprotokoller. Dette kan ha sammenheng med at samme operasjonskode benyttes ved en del øyeblikkelig hjelp operasjoner og med planlagte operasjoner med for eksempel instabilitet.

Majoriteten av pasientene som blir vurdert i poliklinikken og behandlet ved nevrokirurgisk avdeling kommer inn under Grad 3 og 4. Det er en del pasienter som mener at de bør være i disse gruppene, men som vi med dagens diagnostiske muligheter ikke kan finne grunn til å operere. Vi er klar over at det i pasientgruppen som kommer inn under grad 2, sannsynligvis er noen pasienter som har strukturelle forandringer som **dagens** diagnostikkmetoder ikke kan avdekke. Avdelingen driver ikke aktiv forskning mtp nye diagnostiske metoder.

Symptomatisk behandling med flere mulige angrepspunkt er en stor utfordring for Helsevesenet. Nevrokirurgisk fagfelt kan ikke være sentral i koordinering av utredning og behandling av pasienter med nakkesmerter uten tegn til alvorlig patologi. Irreversibel kirurgisk behandling må vi være tilbakeholdne med, men tilbudet gis der vi etter en totalvurdering kan konkludere med instabilitet som mest sannsynlig årsak til plagene.

Instabilitet , undersøkelser ?

Det er strenge krav til at den kirurgiske behandlingen som blir gitt skal være basert på vitenskapelig dokumenterte sensitive og spesifikke diagnostiske metoder. Det finnes i dag ingen randomiserte kontollerte studier (RTC)for kirurgisk behandling av nakkesmerter. Men det er noen pasientserier som indikerer nytte av kirurgisk behandling på utvalgte pasienter. Det har vi fulgt opp i vår praksis.

Kravet til RTC ved oppstart av kirurgisk behandling på grupper der en i dag internasjonalt ikke har blitt enig om veiledende diagnostikk vanskeliggjør en del av engasjementet i diagnostikk og behandling av pasienter som kommer inn under grad 2 og der konservativ behandling ikke fører fram.

Vi benytter SLIC systemet for vurdering og behandling av akutte skader. Skader som ut fra SLIC ikke anbefales primært operert følger vi opp inntil 12 mnd mtp på utvikling i retning av instabilitet.

Ved mistanke om partielle leddbåndskader i nakken, er behandlingsstrategien primært konservativ behandling med forebygging av tilbakedannelse av dyp stabiliserende nakkemuskulatur og i neste omgang bygge opp muskulaturen med tilpasset trening. Dette arbeidet krever engasjement med tett oppfølging av terapeut og er krevende for pasientene. Vi har derfor få / utvalgte samarbeidspartnere her.

Vi benytter ulike MR teknikker til å diagnostisere svak dyp muskulatur. MR undersøkelser nær opp til aktuelle hendelse og gjentatt senere i forløpet kan bidra til valg av behandling og si noe om prognose med konservativ behandling.

Ved manglende effekt av konservativ behandling anbefales utredning hos nevrolog, ny MR nakke fokusert på discoligament systemet og vanlige røntgen av nakken før ny vurdering hos oss.

Kapasitet ved SUS

Kapasitet til å ta inn pasienter som kommer inn under gruppe 2 fra andre Helseregioner enn vår egen er meget begrenset da det er svært få leger som arbeider med området og det er en bare et av mange arbeidsområder. Pasienter som kommer inn under gruppe 3 og 4 er få og disse sees på innen rimelig tid når adekvate henvisninger foreligger. Jevnt over regner vi med at pasientgruppen trenger 2-4 ganger så lang poliklinikk tid som pasienter med degenerative nakkelidelser og andre nevrokirurgiske problemstillinger der diagnostikk er veldokumentert.

1) Ved Stavanger Universitetssykehus nevrokirurgisk avdeling, har vi ansvaret for diagnostikk og behandling av akutte nakke skader.

2) Vi vurderer og operer mange pasienter med nakkeplager på degenerativt grunnlag eller etter gjennomgått skader uansett skademekanisme. Er tilbakeholdne med å fiksere i craniocervikal overgangen pga diagnostiske utfordringer med tanke på ligamentskader. Det er grupper internasjonalt som har lovende resultat som vi vurderer fortløpende og tar med som en del i vurderingen av pasientene.

3) I akutt sammenheng benytter vi SLIC systemet for klassifisering av skader. I utredning for å kunne vurdere skader i discoligament systemet i nakken, benyttes til hvert tidspunkt validerte MR undersøkelser. Nye mindre endringer i MR protokoller foretas kontinuerlig etter vitenskapelige rapporter og innlegg på kongresser.

4) I diagnostikk av mulig skader i discoligament systemet som ikke er diagnostisert i akutt fasen, er det begrensninger med dagens MR teknikker. Det er stadig ny kunnskap som vi stiller oss åpne til og forsøker å anvende i vårt arbeid. Ofte stor verdi i å se på utvikling av forandringer overtid.

5) Vi utfører ikke fasettleddsinjeksjoner. Henviser enkelte personer for dette ved mistanke om skader i fasettleddene, før eventuell fiksering .

6) Vi gjennomfører ikke discografier, men resultat av undersøkelser taes med som en del av beslutningsgrunnlaget før eventuell kirurgisk behandling.

7) Vi anbefaler at pasienter som har vært utsatt for skader som har inkludert en hodeskade og har symptomer på fatigue, konsentrasjonsvansker får gjennomført nevropsykologisk testing som en del av utredningen.

8) Nevrologisk avdeling utreder en del pasienter med nakkesmerter etter skader. Det er ikke ensartet oppfatning av diagnostiske kriterier for instabilitet i nakken mellom nevrologer, radiologer og nevrokirurger innad i egen institusjon, i Norge og internasjonalt. Teoretiske vurderinger, klinisk erfaring og oppfølging over tid danner ulik oppfatninger av overgangene fra normal/ stabil nakke til instabilitet som kan korrigeres kirurgisk når konservativ behandling ikke fører fram.

Ved henvisninger til oss kreves:

1) Oppdaterte MR bilder tatt med tanke på discoligamentsystemet i hele nakken. Vi krever oversendt nye og gamle radiologiske undersøkelser da forandringer over tid kan i noen tilfeller hjelpe i diagnostikken.

2) Adekvat sykehistorie med systematisk oversikt over gjennomgått utredning og behandling.

3) Vi tar ikke imot egen henvisninger fra pasienter, men en status fra pasienten skriftlig med tilstand og funksjonsnivå imøteses.

4) Vi tilbyr operasjon når vi selv er overbevist om at skadelidte kan få positiv effekt av inngrep og skadelidte aksepterer risiko forbundet med inngrepet. Ingen operasjoner gjennomføres på bestilling.

Kirurgisk behandling som gjennomføres ved SUS ved:

1) Påvist instabilitet / funn overveiende sannsynlig instabilitet.

- Fremre fikseringer
- Bakre fikseringer
- Kombinasjoner

2) Smertetilstander der nevropatiske smerter dominerer bildet i nakken eller i arm.

- Nervestimulatorer med elektrode med virkningssenter ved spesifikke nerver eller på ryggmargsnivå.

Med vennlig hilsen

Roald Baardsen
Avdelingsoverlege Nevrokirurgi
Stavanger Universitetssykehus

Kopi til:
Helse Vest
Postboks
303