

Erik Spangforts föredrag vid Nackskadesymposiet i Åre 1985, innefattande bl.a. ursprunget till en traumatisk princip.

FOLKSAM FoU

Åre Sjukhus den 12 februari 1985

Redigering: Åke Nygren, Olle Olofsson.

En kunskapsinventering om lätta nackskador i bilolyckor speciellt de som inträffar vid påkörning bakifrån.

Moderator: Jan Wersäll, Professor, Öron-Näsa-Hals-kliniken Karolinska sjukhuset, Solna.

Biomekanik: Bertil Aldman, Professor, Institutionen för trafiksäkerhet, Chalmers tekniska högskola, Göteborg.

Neurologisk rehabilitering: Britta Lithander, Överläkare, Neurologiska rehabiliteringskliniken, Södersjukhuset, Stockholm.

Neurokirurgi: Bo Nyström, Docent, Neurokirurgiska kliniken, Akademiska Sjukhuset, Uppsala.

Ortopedisk kirurgi: Erik Spangfort, Docent, Ryggsektionen Huddinge Sjukhus, Stockholm och docent Olof Ahlgren, Universitetet i Umeå

Ortopedisk medicin: Jern Hamberg, Överläkare, Alfta Rehab-center, Alfta.

Psykiatri/Psykologi: Mats Rudén, Överläkare, Östersund Sjukhus och Anders Wikström, Psykolog, Åre sjukhus.

Statistik: Claes Tingvall, Statistiker, Folksam, Stockholm.

Trafikmedicin: Åke Nygren, Folksam, Stockholm, Adjungerad professor, Institutionen för trafiksäkerhet, Chalmers tekniska högskola, Göteborg.

Litteraturgenomgång: Gunilla Bring, Avdelningsläkare, Rättsläkarstationen i Umeå.

Arrangör Folksam FoU Åre Sjukhus

KLINISK BEDÖMNING AV WHIPLASH PATIENTEN

Överläkare Erik Spangfort, docent. Specialist i ortopedi.

Jag skall nu försöka att sammanfatta vissa principiella riktlinjer för bedömningen och handläggningen av "whiplash" patienterna.

Benämningen "whiplash-skada" syftar till skadans uppkomstsätt - oftast en bilolycka med påkörning bakifrån (rear-end collision). Symtomen orsakas av skador på halsryggens mjukdelar (ledband, ledkapslar, muskulatur, nervvävnad och blodkärl), och diagnosen används i första hand hos patienter som på detta sätt drabbas av ett typiskt smärttillstånd i halsryggen utan väsentliga, objektivt påvisbara skador på skelettet, ryggmärgen eller nervplexus.

Om vävnadsskador kan påvisas objektivt - t ex fraktur, luxation eller plexus- avulsion - används som regel en mera specifik diagnos.

Det enda symtomet, som förekommer hos alla patienter i denna grupp är smärtor i halsryggen - och syndromet är i första hand ett smärtproblem.

Rörelseinskränkning och huvudvärk förekommer hos flertalet, smärtutstrålning till axel, bröstrygg och arm samt komplexa subjektiva symtom som dysfagi, yrsel, dimsyn, tinnitus, domningar och parestesier hos många av patienterna.

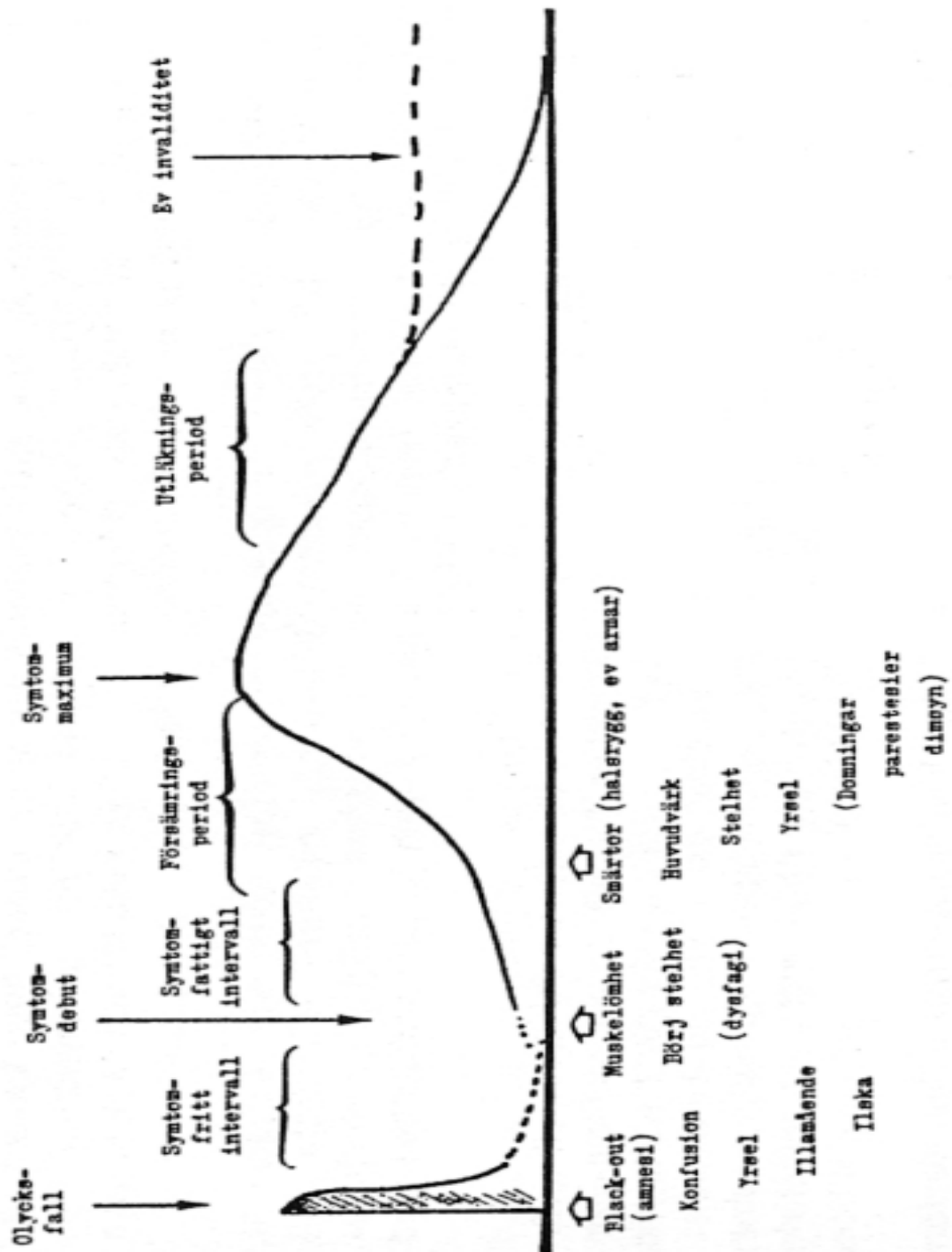


Fig. 1 Översikt över förloppet efter en typisk "whiplash"-skada.

Översikten (Fig 1) visar förloppet efter en typisk "whiplash"-skada. Troligen drabbas många patienter av en kortvarig black-out i direkt samband med kollisionen. Regelrätt commotio cerebri (hjärnskakning) är mindre vanligt.

Sedan följer i typiska fall ett symtomfattigt intervall med muskelömheter i hals-och nackmuskler och smygande utveckling av smärtor och stelhet i halsryggen under 1-2 dygn.

Hos en del förekommer sannolikt ett äkta symtomfritt intervall före smärtsyndromet kommer till utveckling och uppmärksammas av patienten. Syndromets smygande utveckling gör det dock ofta svårt att fastställa hur länge patienten egentligen har varit helt symtomfri - oftast rör det sig om några timmar, enstaka patienter beskriver dock symtomfrihet i 1-2 dygn.

Detta karakteristiska förlopp, som klart skiljer sig från det vanliga förloppet efter en traumatisk skada, förklarar varför patienten ofta söker läkare först efter en till flera dagar.

I fortsättningen försämras smärtsyndromet ständigt under en period som kulminerar 3-12 dygn efter skadan. I takt med denna försämring minskar halsryggens rörlighet från dag till dag - i svåra fall är all rörelse i halsryggen totalt blockerad, när det akuta smärtsyndromet når sitt maximum.

Därefter följer en utläkningsperiod då smärtan långsamt minskar och rörligheten återkommer.

Sjukskrivningstiden blir i genomsnitt 1-5 veckor i lättare fall, 7-14 veckor i svårare.

I den grupp av patienter som drabbas av akuta besvär efter "whiplash"-skadan föreligger risk för kvarstående invaliditet hos 20-75% - beroende bl a på skadans svårighetsgrad.

Långtidsprognosen är dock alltid osäker i det akuta skedet. Även kvarstående invaliditet ("post whiplash syndrom") är i första hand ett smärtsyndrom. Den påverkas därför av halsryggens sårbarhet p.g.a. tidigare skador och degenerativa förändringar samt av en rad andra individuella faktorer.

Det förhållandet att risken för uppkomst av manifest skada eller sjukdom är korrelerat både till yttre påverkan (belastning, exposure) - i detta fall olycksfallets typ och svårighetsgrad - och till individens känslighet (morbiditets- Benägenhet) är ett vanligt fenomen vid sjukdoms- och invaliditetstillstånd med multifaktoriell uppkomstmekanism (Fig 2).

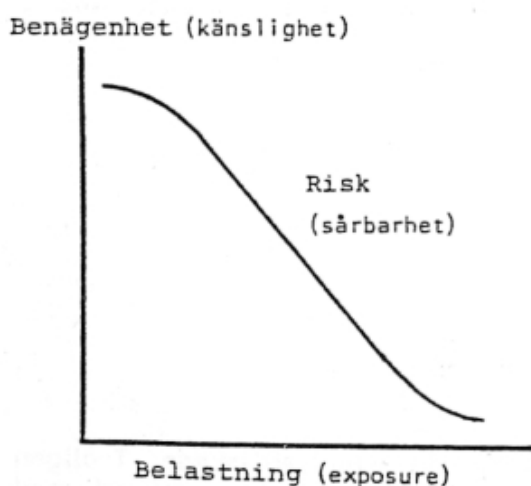


Fig. 2 Multifaktoriell korrelation

Vid stor benägenhet för cervikalbesvär är risken för svåra smärtproblem stor även vid ringa mekanisk överbelastning - vid låg benägenhet har halsryggens vävnader stor motståndskraft mot traumatisk överbelastning.

Svåra bedömningsproblem kan därför uppstå beträffande olycksfallets betydelse för graden av kvarstående invaliditet, även om man tillämpar principen att osäkerhet i sambandsbedömningen med god marginal bör räknas till patientens fördel.

Vissa röntgenologiskt påvisbara skador - speciellt frakturer och luxationer - är så typiska att de med stor säkerhet kan identifieras som post-traumatiska många år efter olycksfallet.

Det förefaller övertygande att även "whiplash"-skador i en del fall orsakar bestående röntgenförändringar på längre sikt. Med dagens kunskaper torde det dock sällan röra sig om förändringar som kan identifieras som specifika för just whiplash-skadans följder.

De komponenter i kroniska cervikala smärtsyndrom, som är en direkt följd av tidigare whiplash-skada, skiljer sig som regel ej heller på något - hittills påvisat - sätt från kroniska cervikala smärtsyndrom med annan uppkomstmekanism, som t ex medfödda anlag och missbildningar, konstitution, utvecklingsrubbningar, mikro-traumatisering, statisk belastning, affektiv muskelspänning, metabolisk- endokrina rubbningar, autoimmunitet, inflammation m m.

"Kroniskt whiplash syndrom" är sålunda inte en alternativ diagnos till "kroniskt cervikalsyndrom". Whiplash-skadan ingår som en mer eller mindre dominerande etiologisk komponent i uppkomsten av halsryggens kroniska mekanisk- degenerativa smärtsyndrom (Fig 3).

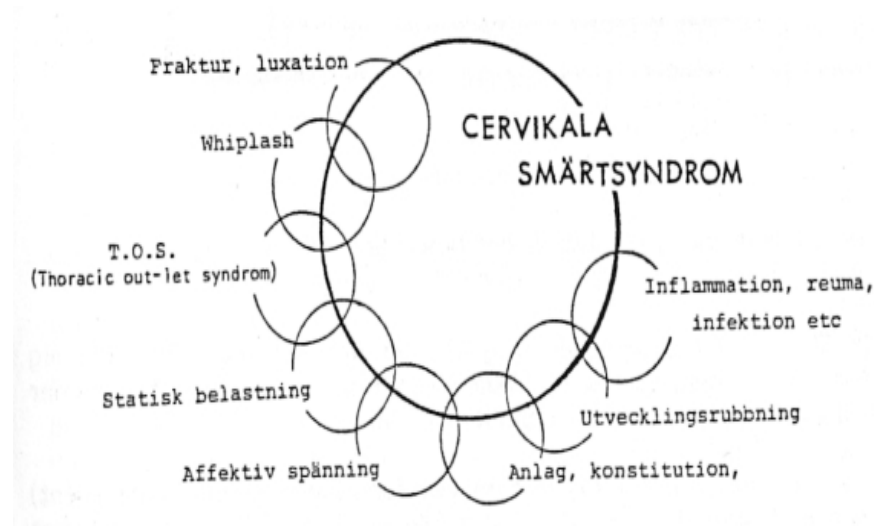


Fig. 3. Cervikalsyndromets etiologiska komponenter.

Invaliditetsbedömning

Problemet vid bedömning av whiplash-skadans svårighetsgrad är främst att det rör sig om ett komplext smärtsyndrom med sparsamma objektiva förändringar av specifik typ.

Smärtfria rubbningar i halsryggens funktion (överrörlighet, stelhet) kan upplevas som en olägenhet, men orsakar sällan någon väsentlig grad av invaliditet eller nedsatt arbetsförmåga.

Jag skall här försöka att definiera några begrepp som ofta används i diskussionen om nedsatt arbetsförmåga - engelsk terminologi är i detta sammanhang mera entydig än den svenska.

FUNKTIONSRUBBNING (impairment):	Funktionsrubbnig eller defekt på organ-system nivå (impaired function).
INVALIDITET (disability):	Prestationsrubbnig på individnivå (impaired performance).
HANDIKAPP (handicap):	Prestationsrubbnig på individ-social nivå (total disadvantage in relation to life situation).

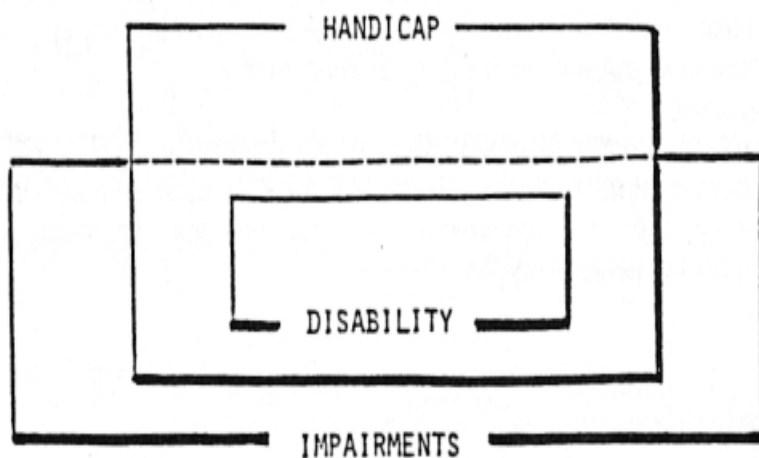


Fig. 4. Funktionsrubbnig, invaliditet och handikapp

Dessa begrepp är delvis överlappande (Fig 4). Det är svårt att föreställa sig invaliditet som inte orsakas av funktionsrubbnig, men det förekommer funktionsrubbningar som inte medför invaliditet.

Vilken grad av invaliditet (disability) som en viss funktionsrubbnig (impairment) orsakar hos den enstaka patienten påverkas i hög grad av individens känslighet ("morbidity-benägenhet") - eller som det också har kallats "the on-set situation of disability" (jmf Fig 2).

Handikapp är ett bredare begrepp som täcker invaliditet och en stor del av funktionsrubbnigarna, men som även förekommer utan att det föreligger invaliditet eller funktionsrubbningar. Relativt hög ålder, som är ett normalfysiologiskt fenomen, kan t ex hindra inträde i yrket som jaktpilot, och "third party handicap" (indirekt handikapp) är det handikapp som drabbar normalt fungerande individer p.g.a. anhörigas invaliditet.

I vidare mening kan handikapp naturligtvis även orsakas av normalfysiologiska etniska särdrag (hud- och hårfärg t ex), minoritetstillhörighet, kast- och stamtillhörighet o d.

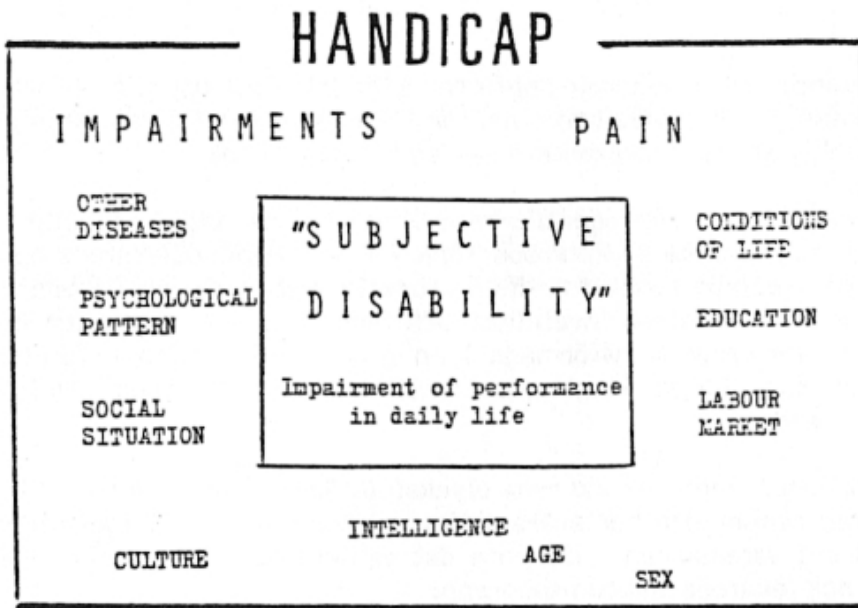


Fig. 5. Handikapp och "subjektiv" invaliditet.

Med dessa definitioner kan en mycket förenklad bild av patienten se ut som Figur 5. Den yttre ramen visar patientens totala handikapp - den inre visar patientens egen uppfattning om sin prestationsförmåga som individ, den "subjektiva invaliditeten" om uttrycket tillåts. Patientens "subjektiva invaliditet" bestäms naturligtvis av somatiska funktionsrubbnings- och defekter (impairments), men även i hög grad av patientens subjektiva smärtupplevelser - och därtill av en mängd andra faktorer som t ex co-morbiditet, levnads- och arbetsförhållanden, anpassningsförmåga, motivation, kön, ålder, språk, kulturell bakgrund etc.

Figur 6 visar patient-läkare relationen i detta perspektiv. Vad patienten presenterar som sitt problem för läkaren på mottagningen är sällan det totala handikappet - utan den "subjektiva invaliditeten", i första hand smärtupplevelser och somatiska funktionsrubbnings- och defekter.

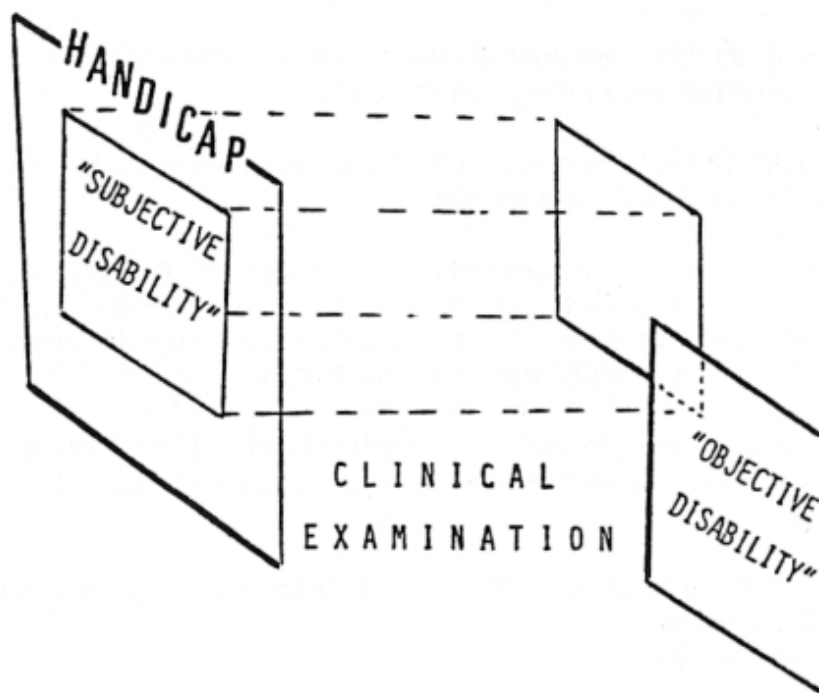


Fig. 6 "Subjektiv" och "objektiv" invaliditet.

Enligt konventionell medicinsk uppfattning är läkarens uppgift nu att genom en klinisk utredning - anamnes och objektiv undersökning - fastställa den "objektiva invaliditeten", som här representeras av en tredje fyrkant.

För läkaren rör det sig egentligen om att uppnå största möjliga täckning (kongruens) mellan olika sjukdomsbegrepp - i detta fall patientens och läkarens. Men läkarens speciella arbetsområde är funktionsrubbingarna (impairments), och bedömningen av patientens invaliditet och handikapp - i betydelsen den enstaka individens totala prestationsförmåga i en given livssituation - förutsätter ofta bedömningar som ligger långt utanför läkarens traditionella utbildnings- och kompetensområde.

I vissa situationer, som t ex vid rena olycksfall, är uppgiften inte särskilt svår. Om patienten har ramlat och har svåra smärtor i benet - och röntgenbilden visar en färsk fraktur i samma ben - då finns det sällan någon större diskrepans mellan patientens och läkarens sjukdomsbegrepp.

Men som bekant är situationen inte alltid så enkel. Ofta kan bara en del av patientens "subjektiva invaliditet" verifieras med objektiv dokumentation, och ibland finns det ingen kongruens alls mellan den "subjektiva" och den "objektiva" invaliditeten. Då är en konflikt mellan olika parter i målet hotande.

Typiska situationer, där diskrepansen mellan olika sjukdomsbegrepp ofta blir besvärande, är t ex en del missbruksfall ("måndagssjukskrivning"), utslagningsfall vid en kärv arbetsmarknad och s.k. "kroniska belastningssyndrom".

Även patienter med kroniska, muskulo-skelettala smärttillstånd utan specifika objektiva förändringar hamnar lätt i denna situation - och whiplash patienterna tillhör som regel just denna grupp.

Någon naturvetenskaplig metod som mäter, registrerar eller graderar patientens subjektiva smärtupplevelse och lidande med "objektiva" kriterier finns inte. Vilken grad av invaliditet som en smärtupplevelse av denna typ egentligen ger upphov till kan i det enstaka fallet endast patienten veta.

Av praktiska skäl är det dock knappast möjligt att låta varje patient själv bestämma vilken invaliditetsgrad och ekonomisk ersättning smärttillståndet rimligen bör motivera.

Tills vidare domineras därför försäkringsmedicinska invaliditetsbedömningar vid denna typ av skador av schablonmässiga principer.

Vid flertalet av alla olyckshändelser, där whiplash-mekanismen förekommer, uppstår ingen akut eller kronisk personskada.

I fall där möjligheten för kvarstående invaliditet skall prövas, graderas invaliditeten från 0 till 15 % enligt praxis och gällande föreskrifter ("Medicinsk Invaliditet", Personskadekommittén, 1981). Särskilt graverande omständigheter kan i enstaka fall motivera en invaliditetsgrad över 15 %.

Enhetlighet i bedömningen och graderingen eftersträvas vid jämförelse mellan ett stort antal likartade whiplash-skador, som varje år underkastas granskning för invaliditetsbedömning.

Det är naturligtvis ofrånkomligt att en del patienter upplever resultatet av en schablonmässig invaliditetsbedömning som orättvist. I dagens läge föreligger dock ingen alternativ och mera rättvis bedömningsprincip, som är praktiskt användbar.

Man kan givetvis diskutera om ramarna (0-15+ %) för invaliditetsersättning efter whiplash-skador är rimliga.

Detta är dock en fråga av mera principiell karaktär, som är irrelevant vid bedömningen av enskilda patienter, och som i första hand bör diskuteras i relation till invaliditetsbedömningen vid andra muskulo-skelettala smärttillstånd med övervägande subjektiv symtombild.

Kunskaperna om whiplash-skadornas och cervikalsyndromets uppkomstmekanism, kliniska bild, prognos och optimala behandling är fortfarande bristfälliga. Patient- orienterad, tvärvetenskaplig forskning på området är en synnerligen angelägen uppgift.