

Hypotes om pisksnärtsskada

■ Bo Sonnsjös inlägg i LT 24–25/2005 (sidan 1925) om några följder av whiplashskada aktualiserar behovet av klarläggande forskning.

Det är lätt att både förstå och missförstå den symtomflora som patienter med pisksnärtsskada kan lida av i årtal eller decennier efter trafikolyckan. Möjligen beror det på att det är svårt eller ännu i dag omöjligt att med tekniska hjälpmedel, som exempelvis röntgen, neurofysiologi eller magnetkamera, påvisa locus minoris resistentiae. Genom att ställa anamnestiska uppgifter och status i relation till ett stort antal fall av samma trauma blir diagnosen oftast inte så svår.

Hypotes

Eftersom det verkar finnas mycket tyckande och litet evidens kring sambandet mellan dessa skador och de subjektiva besvärerna bör man, tycker jag, till att börja med ställa upp en hypotes som ska motbevisas:

Hanteringen av eller skyddet mot en pisksnärtsskada finns inte inbyggt i den mänskliga organismen, till skillnad från vad som gäller de flesta andra skador som kan uppstå när man går, springer och faller, slår i föremål eller blir slagen. Utan en sådan förprogrammering, som vid frakturer, blir läkningen och restitutionen av strukturer och mönster mycket svår. Till detta kommer att den vila som är möjlig med pariga organ är försvårad.

Många sådana »program« är också tidsbegränsade, då man återigen kan hänvisa till en andrahandslösning vid fraktur i form av pseudartros. En sådan ger praktiskt taget alltid upphov till ett visst smärttillstånd, som blir mest påtagligt ex juvantibus (efter behandling om den leder till läkning så att smärtan viker).

Alla berörda får inte pisksnärtsskada

Efter att ha mött flera patienter med ensartad skademekanism och kvarstående sjukdomstillstånd kan följande enskildheter noteras: I en buss som blir påkörd bakifrån får inte alla passagerare en pisksnärtsskada.

Detta kan ha att göra med individuella variationer i känslighet och/eller vilken orientering personerna i skadeögonblicket hade i förhållande till trafiksituationen. Ofta ser inte den skadade vad som är på gång, och ännu mindre hinner han eller hon föreställa sig detta och inta en försvarsposition utan sitter bekvämt avslappnad i en stol.

De följande symtomen, som brukar följa ett visst mönster, ger inte heller vid handen skadans relevans, även om de

flesta drabbade brukar söka läkare. Den som undersöker patienten finner inte heller den smärtpåverkan eller det rörelsehinder som brukar noteras vid andra skelett- och muskelskador, och röntgenundersökningen visar inga frakturer eller luxationer.

Behandlingen

Förmodligen är behandlingen de första dagarna och veckorna viktig för läkningen. Troligen är någon form av halskrage betydelsefull då liksom senare i förloppet.

Man finner nämligen att rörligheten i halsryggen är god, men att smärta föreligger utanför en viss gräns, som är väldigt påtaglig. Den brukar ligga vid 65–80 procent av det totala rörelseomfånget. Detta är en stor skillnad mot kliniken vid frakturer och luxationer. Patienter med sådana skador brukar läka utan kvarstående smärttillstånd bortsett från ryggmärgsskador.

Smärttillstånd utvecklas efter ett tag

Efter en tid utvecklas ett smärttillstånd med symtom från flera olika organ-system som skiljer sig markant även från

Replik

Apoptos i CNS ingår i symtombilden vid pisksnärtsskada

■ Mycket av det som redogörs för i Sten Gibsons inlägg stämmer väl med vad som brukar framhållas i artiklar om pisksnärtsskada. Att Sten Gibsons och mina tolkningar av de besvär drabbade utvecklar skiljer sig åt beror kanske på våra skilda verksamhetsfält. Att en ortoped i första hand är inriktad på rörelseorganen är helt naturligt.

Min bakgrund, som ögonläkare med intresse för glaukomforskning, gör att cirkulation i öga och hjärna är speciellt intressant. En pisksnärtsskada är ju ett trauma där alla typer av vävnader, inklusive blodkärl och nervvävnader, är involverade. Den hypotes som ur min synpunkt bör formuleras är:

Apoptos i CNS ingår i symtombilden vid pisksnärtsskada.

Våld mot centrala nervsystemet

I det ögonblicket när huvudet kastas fram och tillbaka drabbas med all säkerhet centrala nervsystemets, inklusive medullas, nervceller och cirkulation av minst samma våld som den halskotpelare som huvudet vilar på. Det finns stöd i

det vid »förslitningsartros«. Vid långvariga smärttillstånd kan man finna förändringar i centrala nervsystemet med allodyni eller förändringar i sensoriet som inte sammanfaller med segmenten på vanligt sätt, till och med så att man inte kan tillgripa begreppet »referred pain«.

En möjlighet att förstå detta vore om man tänker sig att det högre medvetandet/hjärnbarken är väldigt plastisk, och att det även här finns en nära adaptation till den natur vi har levt i och som vi förhåller oss till såsom i en spegel. Någon bra adaptation finns ännu inte för en pisksnärtsskada.

Kan alltså den mångfasetterade bilden vara ett uttryck för detta olösta problem, och därmed en utmaning för oss läkare att uppmärksamma och bidra till förebyggande, diagnostik och behandling av dessa skador?

Sten Gibson

specialist i ortopedi,
Bagarmossens läkarmottagning
gpdab@swipnet.se

litteraturen för att detta efter en viss tid påverkar nervsystemets funktion [1–3].

I det akuta skedet är smärtan det som blir centrum för intresset, medan andra i begynnelsen ringa symtomgivande skador inte påkallar någon särskild uppmärksamhet – särskilt inte om patienten mest talar om smärtan och dess inverkan på vardagen. Dessutom kretsar väl tankarna en hel del kring själva olyckan, hur den gick till och hur det kunde ha gått.

Nya symtom uppträder

Allteftersom smärtan avklingar börjar andra besvär göra sig påminda. Ostadighetskänsla, tinnitus och yrsel kan i många situationer störa när man försöker återgå till vardags- och yrkeslivet. Problem med nattsömnen nämns också som bekymmer.

Med tanke på alla de olika symtom som drabbade återkommande beskriver, finner jag det svårt att tro att man bara kan härleda dem till skelett, muskler och övriga stödjevänader. Det finns i varje fall ingen vetenskapligt redovisad grund