

Kroniske følger efter whiplash-læsioner er til debat dette efterår. Det vedrører ikke neuropsykologer alene. Anders Gade opridses her problemstillingerne og efterlyser ny viden.

Kronisk

whiplashskade: Hvad er årsagen?

HJÆLP
ANDERS GADE

DU SIDDER STILLE og fredeligt i din bil foran det røde lys, eller bremses op fordi bilisten foran bremses, og bang! - bagfra kører en anden op i dig. Noget af kraften bliver opsuget af din bil, men resten forplanter sig ind i bilen, sædet og dig selv. Kraften skubber dig og især dit hovede opad og bagud mod nakkestøtten, og efter det første stræk bagud slynges hovedet fremover som en piskesnert, mens kroppen bliver holdt fast af selen.

Whiplash er piskeslagsmekanismen i uheldet. Den giver, hvis den er kraftig nok, smerter og andre symptomer enten straks eller efter nogle timer, når nakken hæver på grund af forstuvningen og reagerer med begyndende inflammation. Hos flertallet af whiplash-ofrene aftager symptomerne igen af sig selv, men et mindretal på måske 5% får et kronisk forløb med langvarig invaliditet. Hvorfor? Hvad er mekanismen eller mekanismerne i det kroniske forløb? Det har været kontroversielt siden de første jernbaneulykker ("railway spine"; Trimble, 1981), og sikker viden er en mangelvare på området. Hvad ved danske psykologer om det? Hvem ser patienterne? Får de den rette behandling? Har vi noget at tilbyde?

Lad os først slå fast, at for flertallet er whiplash-læsionen en tidsbegrænset skade, som heler af sig selv, og de fleste patienter bliver kun set af læge på skadestue eller i privat praksis. Behandling er her smertelindring, orientering om god prognose, og instruktion om bevægelsesøvelser til smertegrænsen og genoptagelse af normale aktiviteter, så snart smerterne tillader det. (Ét af de få sikre resultater på området er, at blød halskrave og immobilitet øger smerterne og forlænger invaliditeten!) Efter godt 3 uger kan halvdelen af patienterne forventes at være i arbejde igen - efter 3 måneder 75%. Efter 6 måneder taler man om kronisk whiplash læsion, men helingsprocesserne kan i svære tilfælde strække sig helt op til et år.

Hos kroniske patienter er tilstanden typisk præget af både smerter (nakke og hoved), kognitive symptomer (nedsat koncentrationsevne og hukommelse) og mere uspecifikke klager som synsforstyrrelser, overfølsomhed for støj, irritabilitet, angst, træthed og søvnforstyrrelser.

Ny klassifikation

Følger efter whiplash læsioner har tidligere haft mange betegnelser. En nylig rapport fra en arbejdsgruppe (Quebec Task Force on Whiplash-Associated Disorders, 1995) foreslår på baggrund af et større udredningsarbejde en ny klassifikation. Selv om denne rapport og dens klassifikation ikke specielt vedrører de kroniske eller psykologiske symptomer, endog nærmest forbigår dem, antages rapporten at få så stor betydning, at klassifikationen bringes her for en nærmere diskussion af de kroniske symptomer.

Foreslået klinisk klassifikation af whiplash-associerede forstyrrelser (WAD)

Grad	Klinisk præsentation
0	Ingen nakkesymptomer Ingen fysiske tegn
1	Nakkeklager: smerter, stivhed eller ømhed Ingen fysiske tegn
2	Nakkeklager OG Tegn fra muskler og ligamenter ¹
3	Nakkeklager OG Neurologiske tegn ²
4	Nakkeklager OG Fraktur eller dislokation af nakkehvirvler.

¹ Tegn fra muskler og ligamenter inkluderer nedsat bevægelse og punktømhed.

² Neurologiske tegn inkluderer nedsættelse eller tab af dybe senerereflekser, nedsat kraft, og sensoriske defekter.

Symptomer og forstyrrelser, som kan optræde i alle grader, inkluderer døvhed, svimmelhed, tinnitus, hovedpine, hukommelsesforstyrrelser og dysfagi.

De punkterede linjer angiver grænserne for termen "Whiplash-associerede forstyrrelser" - dvs. grad 0 og 4 hører ikke med.

Patienter, som stadig har symptomer efter 6 måneder er som nævnt "kroniske". Arbejdsgruppen påpeger dog, at symptomer ud over 6 uger (for grad 1 patienter) og ud over 3 måneder (for patienter med WAD grad 2 og 3) er alvorlige forvarslere om mulig kronicitet, som bør medføre tværfaglige overvejelser om årsag og behandlingsmuligheder.

Hovedpine og forstyrrelser i syn og kognition optræder på tværs af gradsinddelingen. Quebec-arbejdsgruppen har ikke ment at der var tilstrækkelig videnskabeligt grundlag for at tage stilling til årsagen til disse symptomer eller udviklingen af det kroniske forløb, men opererer kun med én biologisk model ("nakkeforstuvningen"), og synes således indirekte at implicere ikke-biologiske faktorer.

Kontroverser næres af mangel på sikker viden. I litteraturen om kroniske whiplash-skader kan man møde mindst fire hypoteser om årsagen:

Hypotese 1: "Hjerneskode"

Det er på mistanke om hjernelæsion, at nogle af de kroniske patienter med klager over dårlig hukommelse og andre kognitive forstyrrelser henvises til neuropsykologisk undersøgelse. En vis forekomst af forstyrret oculomotoriusfunktion (dobbeltsyn) taler for, at der hos nogle patienter måske kan være hjernestammelæsion. Hyppigere er der mistanke om kvæstelse frontalt eller frontobasalt i hjernen, idet whiplash-mekanismen antages at være kraftig nok til, at hjernen bevæger sig i kraniekassen. Formodningen siges at støttes af resultater fra en dyremodel, hvor musehjerner efter whiplash viste kvæstelse. I Arbejdsskade styrelsen behandles whiplash-sager ud fra den antagelse, at kroniske symptomer kan skyldes såkaldt "basal hjernekontusion" (Svarrer, 1995).

Mod "hjerneskode-hypotesen" taler, at der i serier af patienter undersøgt med magnetisk resonansskanning af hjernen ikke fandtes abnormiteter, og neuropsykologiske undersøgelser af kroniske patienter sammenlignet med kontrolpersoner med nakkesmerter af andre årsager har heller ikke støttet hypotesen (Olsnes, 1989; Radanov et al., 1992). Der mangler grundige studier, hvor neuropsykologisk undersøgelse af kroniske patienter kombineres med undersøgelser af hjernen med moderne billeddannelses-teknikker.

Hypotese 2: "Kronisk smerte"

Det er givet, at smerte er det centrale i tilstanden tidligt i forløbet, og de "objektive" neuropsykologiske fund er på dette tidspunkt begrænset til opmærksomhedsfunktioner (Ettlin et al., 1992; Radanov et al., 1993). Det er foreslået (f.eks. Radanov et al., 1994), at kroniske psykologiske klager skal tolkes som vanskeligheder ved tilpasningen til somatiske symptomer, herunder smerte, men direkte evidens for smerternes afgørende betydning for det kroniske forløb findes ikke.

Der henvises nogle få kroniske whiplash-patienter til smerteklinikkerne. Her opfattes deres klager over dårlig koncentration, hukommelse o.l. som smertebetinget, fordi de fleste andre patienter med kroniske smerter har lignende klager (Søren Frølich, personlig meddelelse, juni 1995).

Hypotese 3: "Psykologiske og psykosociale faktorer"

Det er veldokumenteret, at psykosociale faktorer spiller en væsentlig rolle for f.eks. kroniske rygsmerter, og det er en hyppig antagelse, at det samme gør sig gældende ved et kronisk forløb efter en whiplash-læsion. Den eneste relevante

publicerede undersøgelse (Radanov et al., 1991) kunne dog ikke finde nogen sammenhæng mellem kronisk forløb og mål for personlighedstræk eller psykosociale faktorer indhentet gennemsnitlig 7 dage efter ulykken.

Forekomsten af anmeldte whiplash-associerede forstyrrelser varierer enormt fra land til land (fra 13 til 800 pr. 100.000 pr. år), formentlig betinget af forskellige kompensationsystemer. Derimod er der ikke påvist sammenhæng mellem kompensationskrav og kronisk forløb. Mulige psykogene mekanismer ved udviklingen af et kronisk forløb er diskuteret af Pearce (1989), og Alexander's (1995) diskussion af faktorer ved udviklingen af persisterende postkommotionelt syndrom efter let hovedtraume er også relevant.

Hypotese 4: "Posttraumatisk stress-forstyrrelse (PTSD)"

Mayou et al. (1993) fulgte i op til ét år 188 konsekutive ofre for trafikulykker mellem 18 og 70 år. Indgangskriteriet for undersøgelsen var, at der enten var multiple skader eller whiplash-skade, og at patienterne ikke havde været bevidstløse i mere end 15 minutter. Mange af de multi-traumatiserede havde været kortvarigt bevidstløse og huskede ikke noget fra ulykken, og hos denne gruppe var der ringe forekomst af psykiatriske komplikationer. Mange af de patienter, som kunne huske ulykkesøjeblikket - og det gjalt alle whiplash-patienterne - udviste akutte eller kroniske angstsymptomer, og en del heraf opfyldte kriterierne for PTSD: tilbagevendende tanker om ulykken, reduceret engagement, og vedvarende forhøjet arousal (Andersen et al., 1989). I denne undersøgelse lignede de kroniske whiplash-patienter altså de andre trafikofre uden hovedtraumer, og ikke patienterne med let hovedtraume og bevidstløshed.

Det forhold, at glemsel for ulykken kan beskytte mod PTSD blev iøvrigt også vist i den klassiske undersøgelse af "Cocoanut Grove" branden (Adler, 1943). Denne sammenhæng er også værd at erindre ved undersøgelse af patienter med hovedtraume uden bevidstløshed, som i flere undersøgelser har vist mere morbiditet end patienter med kortvarigt bevidstløshed.

Hvad gør vi?

Det er utilfredstillende, at vi hos den enkelte patient ofte ikke med sikkerhed kan angive årsagen til det kroniske forløb, og dermed heller ikke kan pege på den rette behandling. Det er også utilfredstillende, at diagnosen synes at afhænge lige så meget af undersøgeren som af skadelidtes symptomer og tilstand. Uanset hvilken af de fire anførte hypoteser, undersøgerne måtte anse for mest sandsynlig i det enkelte tilfælde, synes der at være en mangel på relevante behandlingsmuligheder, og i hvert fald mangler vi viden om hvilke muligheder der findes.

Quebec-arbejdsgruppens rapport konkluderede, at forskningen på området gennemgående var af ringe kvalitet. Rapporten pegede også på påtrængende forskningsopgaver, som formentlig vil blive taget op. En prospektiv undersøgelse fra Hvidovre Hospital er på vej.

Videnscenter for Hjerneskade har taget initiativ til drøftelse af de kroniske whiplash-associerede forstyrrelser i en gruppe af læger og neuropsykologer med erfaring på området, og har planlagt et symposium om emnet til den 1. december 1995. Selskabet af Danske Neuropsykologer har valgt det til tema (sammen med de tildels tilsvarende problemer ved kronisk posttraumatisk syndrom efter lette hovedtraumer) for årsmødet 13.-14. oktober 1995.

Hvad kan andre psykologer tilbyde af viden, erfaringer og behandlingsmuligheder? Psykologer med ekspertise i kroniske smerter kender disse patienter, men i hvilken udstrækning kan de hjælpe med behandling? I mangel på viden "tror" nogle af os, at den kroniske udvikling i nogle, måske mange, tilfælde skal forstås som posttraumatisk stress-forstyrrelse. Psykologer tilknyttet Selskab for Krise- og Katastrofe psykologi må kunne bidrage med viden og behandlingsmuligheder for disse patienter. Hjælp! ●

Referencer

Adler, A. (1943). Neuropsychiatric complications in victims of Boston's Coconut Grove disaster. *JAMA*, 123, 1098-1101.

Alexander, M.P. (1995). Mild traumatic brain injury: Pathophysiology, natural history, and clinical management. *Neurology*, 45, 1253-1260.

Andersen, H.S., Middelboe, T., & Korsgaard Christensen, A. (1989). Post-traumatic stress disorder. *Ugeskrift for Læger*, 131, 2242-2247.

Eitlin, T.M., Kischka, U., Reichmann, S., Radii, E.W., Heim, S., Wengen, D.,

& Benson, D.F. (1992). Cerebral symptoms after whiplash injury of the neck: a prospective clinical and neuropsychological study of whiplash injury. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 55, 943-948.

Mayou, R., Bryant, B., & Durhic, R. (1993). Psychiatric consequences of road traffic accidents. *BMJ*, 307, 647-651.

Olsnes, B.T. (1989). Neurobehavioral findings in whiplash patients with long-lasting symptoms. *Acta Neurologica Scandinavica*, 80, 584-588.

Pearce, J.M.S. (1989). Whiplash injury: a reappraisal. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 52, 1329-1331.

Quebec Task Force on Whiplash-Associated Disorders. (1995). Scientific monograph of the Quebec Task Force on Whiplash-Associated Disorders: Redefining "whiplash" and its management. *Spine*, 20, Suppl. 8S, 1S-73S.

Radanov, B.P., di Stefano, G., Schnidrig, A., & Ballinari, P. (1991). Role of psychosocial stress in recovery from common whiplash. *Lancet*, 338, 712-715.

Radanov, B.P., di Stefano, G., Schnidrig, A., & Sturzenegger, M. (1994). Common whiplash: psychosomatic or somatopsychic? *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 57, 486-490.

Radanov, B.P., di Stefano, G., Schnidrig, A., Sturzenegger, M., & Augustiny, K.F. (1993). Cognitive functioning after common whiplash. A controlled follow-up study. *Archives of Neurology*, 50, 87-91.

Radanov, B.P., Hirlinger, I., di Stefano, G., & Valach, L. (1992). Attentional processing in cervical spine syndromes. *Acta Neurologica Scandinavica*, 85, 358-362.

Svarrer, F. (1995). Piskesmældslæsion. *Ugeskrift for Læger*, 137, 3726.

Trimble, M.R. (1981). *Post-traumatic neurosis: From railway spine to the whiplash*. Chichester: Wiley.