

SVAR PÅ SPØRGSMÅL VEDRØRENDE DIAGNOSEKRITERIER FOR WHIPLASH DEN 25.1 2018

Foreningens svar skal Peter la Cour, leder af Videnscenter for Funktionelle Lidelser, anvende til en artikel i Ugeskrift for Læger.

DANSKE LÆGERS UENIGHED OM DIAGNOSEKRITERIER:

Danske læger er uenige i diagnosekriterier for whiplash i dag.

Vi har for nylig gennemgået lærebøgers indhold i relation til whiplash på det somatiske område (reumatologi, ortopædkirurgi, neurologi, neurokirurgi) samt gennemgået alt, der står på nettet om whiplash på diverse sundhedssider skrevet af læger.

Her kan vi konstatere, at fx Quebec Task Force stadig nævnes flere steder, og vi kan også konstatere, at der er stor uenighed.

QUEBEC TASK FORCE OG WHO:

Selv om WAD-klassifikationen i dag afvises af en del, er der mangel på klinisk egnede alternativer. Derfor mener vi, at man fortsat bør følge de retningslinjer, vi i Danmark har tilsluttet os og stadig er tilsluttet og naturligvis fortsat anvende de engang vedtagne diagnosekriterier, og som vi er stadig er bundet af. Det gælder såvel Quebec Task Force som WHO's diagnoseklassifikation.

I 2019 udkommer WHO udkommer med en ny diagnoseklassifikation, og vi kan i en BetaDraft af ICD11 se, at de heri fortsat anvender Quebec Task Force i forhold til whiplash, og at whiplash stadig rubriceres under fysiske skader, nemlig: "23. External causes of morbidity or mortality" (se også nederst).

"23 External causes of morbidity or mortality

Description

The WHO **definition of an 'injury'** is: 'Injuries are caused by acute exposure to physical agents such as mechanical energy, heat, electricity, chemicals, and ionizing radiation interacting with the body in amounts or at rates that exceed the threshold of human tolerance. In some cases, (for example, drowning and frostbite), injuries result from the sudden lack of essential agents such as oxygen or heat'.

Injuries may be categorized in a number of ways. However, for most analytical purposes and for identifying intervention opportunities, it is especially useful to categorize injuries according to whether or not they were deliberately inflicted and by whom. Commonly used categories are:

- unintentional (i.e. accidental)
- intentional (i.e. deliberate):
 - interpersonal (e.g. assault and homicide)
 - self-harm (e.g. abuse of drugs and alcohol, self-mutilation, suicide)

- legal intervention (e.g. action by police or other law enforcement personnel)
- war, civil insurrection and disturbances (e.g. demonstrations and riots)
- undetermined intent.

Kilde: <https://icd.who.int/dev11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1558096007>

WHO finder således ikke grundlag for at foretage ændringer.

Så længe der ikke er en officiel erstatning for eller ændring af Quebec Task Force mener vi, at man naturligvis skal følge det allerede vedtagne, og at vi i Danmark ikke blot kan vedtage andet.

I en statusartikel om whiplash i Ugeskrift for Læger i 2010, som er den seneste statusartikel på området, betones vigtigheden af, at patienten rubriceres på WAD-skalaen.

Kilde: Rittig-Rasmussen B, Kongsted A, Carstensen T, Bendix T, Bach FW, Jensen TS. "Behandling af gener efter whiplash". Ugeskriftet. Statusartikel. 14. juni 2010. Tilgængelig på nettet den 9.2 2017 på <http://ugeskriftet.dk/videnskab/behandling-af-gener-efter-whiplash>

I et australsk program for undersøgelse og behandling af whiplashskadede, som faktisk er en evidensbaseret udbygning af Quebec Task Force, senest opdateret i 2014, anvendes også Quebec Task Force naturligvis også.

Kilde: http://www.physiotherapy.asn.au/DocumentsFolder/APAWCM/The%20APA/StatePAGES/TAS/S/TAS_Final-Guidelines-for-the-management-of-a~d-WAD-disorders-for-health-professionals-3rd-edition-2014-MAA32-0914-28-11-14a.pdf

FREMTID:

Vi ser gerne, at der internationalt laves nye diagnosekriterier indeholdende kriterier i forhold til traume, symptomer og undersøgelser mhp. diagnosticering og differentialdiagnosticering; men vi finder det vigtigt, at man på tværs af lande bliver enige om, hvilke diagnosekriterier, der skal anvendes.

Hvis vi skal sige noget om, hvad vi selv kan ønske, ser vi gerne, at man i stedet kalder whiplash for nakkeskader og inddeler det i henholdsvis øvre og nedre nakkeskader.

Det ligger indenfor rammerne af ICD-10 i dag, idet der heri tales om hhv. M 53.0 Cervicocranialt syndrom (svimmelhed, nakkesmerter, ansigtssmerter) og M 53.1: Cervicobrachialt syndrom (smerter i skuldre og arme cervicocranialt syndrom).

Disse diagnoser anvendes allerede i et program fra Skåne Universitetshospital for nakkeskadede/whiplashramte, hvori der anbefales, at patienten – hvis symptomerne varer ved efter 3 mdr. - får en eller begge ovenfor nævnte diagnoser (M53.0 og/eller M53.1).

Kilde: Westergren H, EM Malmström, M Rivano. "Vårdprogram för nacksmärta och funktionsnedsättning efter olycka". Region Skåne. 2015.

Vi finder, at det - pga. de store anatomiske forskelle i nakkens øvre og nedre del og på forskelle i symptomer efter whiplashtraume - er et godt bud på et alternativ.

Det blev også anvendt af bla. en svensk læge før tilblivelsen af Quebec Task Force.

Kilde: Johansson Bengt. "Whiplash injury can be visible by functional magnetic resonance imagining". Pain Res. Manage; 2006 11(3):197-199. Tilgængelig på nettet den 8.5 2015 på: http://painmuse.org/ref/neck_mri.pdf

Whiplash er ikke blot whiplash. Gruppen er ikke en ensartet gruppe. Der findes mange undergrupper.

Betegnelsen whiplash anvendes til beskrivelse af alt fra en midlertidig mild nakkesmerte til alvorlige kroniske hovedsmerter, nakke- og/eller rygsmarter og smerter i øvre ekstremiteter samt andre symptomer så vel som et utal af neurologisk manifestationer.

Ovenstående stammer fra en artikel skrevet af ledere ved Nackskadcentrum under Skåne Universitetshospital i Lund.

Kilde: Westergren H, Freeman MD, Malmström EM. "The whiplash enigma: Still searching for answers". Scandinavian Journal of Pain 5 (2014) 226-228.

Dertil kommer, at flere læger i dag antager, at whiplash og hjernerystelse kan være to sider af samme sag. Mange whiplashskadede får hjernerystelse og mange med hjernerystelse får whiplash.

Derfor mener vi, at er det ikke er muligt at lave nye diagnosekriterier for whiplash, og derfor kan vi ikke tilslutte os Sterling, som tager tilløb til psykiatisering af kronisk whiplashskadede.

Så længe whiplash ikke er bedre beskrevet og forskningen ikke er kommet længere, finder vi det grundløst at vælge andre diagnosekriterier, som blot bygger på andre holdninger.

Sterling fra 2006 bygger på antagelser om, at psykologiske aspekter skal tillægges en langt større betydning, hvilket vi som nævnt ikke tilslutter os.

KONKLUSION:

Vi mener, at grundlaget for her at kunne træffe beslutning om anvendelse af nye diagnosekriterier ikke er til stede:

- 1. Whiplash er fortsat en meget upræcis betegnelse, som dækker alt for bredt – fra en bevægelse til en betegnelse for fra små til svære skader (jvnf. Hans Westergren – se ovenfor)**
- 2. Danmark foretager ikke funktionelle undersøgelser/undersøgelser under bevægelse med belastning af hovedets egen vægt (skanning/DMX). Sådanne undersøgelser kan afsløre øvre ledbåndsskader i nakken, som i dag IKKE afsløres i Danmark, hvorfor man reelt ikke ved, om sådanne skader er til stede hos patienten. Derfor er der visse objektive skader efter whiplash, der ikke opdages, og derfor heller ikke behandles.**
- 3. Der findes intet undersøgelses- og behandlingsprogram på landsplan i forhold til whiplash**
- 4. Sundhedsstyrelsen og andre arbejder for en dansk psykiatisering af whiplashskadede. Derfor**

fastholder vi værdien af at overholde det, vi tidligere har tilsluttet os som land, nemlig WHO og Quebech Task Force, ligesom vi også fastholder, at Sterlings diagnosekriterier ikke kan anvendes, idet Whiplashforeningen er uenig i den psykiatisering, der ligger implicit heri. De oftest helt naturlige reaktioner på invaliditet og medfølgende problemer/udfordringer gøres til genstand for psykiatisering og både sundhedsvæsenet og det sociale system synes medvirkende til problemerne, når de whiplashskadede ikke altid tages alvorligt.

Ved nærmere eftertanke finder vi spørgsmålet om diagnosekriterier usædvanligt og foreslår, at der i stedet rettes henvendelse til Lægeforeningen og ikke mindst til de lægefaglige selskaber (fx Dansk Neurologisk Selskab, Dansk Ortopædisk Selskab, Dansk Reumatologisk Selskab, Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Neuropsykologisk Selskab, Dansk Radiologisk Selskab, Dansk Muskuloskeletal Selskab - whiplash hører til i flere specialer) mhp. at skabe konsensus på området, idet whiplashskadede har brug for klarhed – også specialerne imellem - fremfor endnu flere forskellige holdninger. Desuden foreslår vi, at der også rettes henvendelse til Dansk Kiropraktorforening.

Henvendelserne bør munde ud i fælles diagnosekriterier og fælles holdning til undersøgelser og behandling af whiplashskadede.

P.S. Hvis alle var enige i, at Sterling er epokegørende, ville hendes diagnosekriterier formentlig allerede være indført?!

ICD-10 OG BETA DRAFT FOR ICD-11:

I ICD-10 står:

13.4 Sprain and strain of cervical spine

Anterior longitudinal (ligament), cervical
Atlanto-axial (joints)
Atlanto-occipital (joints)
Whiplash injury

ICD-11 – BETA DRAFT:

22 Injury, poisoning or certain other consequences of external causes

Injuries to the head

Injuries to the neck

NA23.3 Multiple dislocations of neck

NA23.4 Strain or sprain of cervical spine

NA23.40 Whiplash associated disorder with

complaint of neck pain, stiffness or
tenderness only WAD 1

NA23.41 Whiplash associated disorder with
complaint of neck pain with musculoskeletal
signs WAD 2

NA23.42 Whiplash associated disorder with
complaint of neck pain with neurological
signs (WAD 3)