

## WAD - statusartikel om whiplashrelateret sygdom

Ved Anders Schou Olesen & Ask Elklit & Lisbeth Juul Hansen & Haakon Lærum

*Pågældende artikel blev trykt i Månedsskrift for Praktisk Lægegerning april 2004. Vi takker tidsskriftet for at vi måtte bringe artiklen i vores Nyhedsbrev.*

*Forfatterne var indbudt til en konsensuskonference om whiplashrelateret sygdom, og de følte sig inspireret til straks at videregive deres viden.*

PTU og Whiplash-foreningen afholdt i fællesskab den 28. februar 2003 en konsensuskonference, hvor en række særligt indbudte fagpersoner var til stede. Baggrunden for konferencen var et ? om at samle den viden, der allerede findes om WAD-problematikken, specielt med henblik på preferenceprogrammer, anbefalinger med hensyn til behandling og særligt med henblik på i fremtiden at undgå eget langstrakte og for de involverede parter belastende erstatnings- og pensionsager. Forfatterne var blandt de indbudte til denne konference, og ud fra vores kliniske arbejde og viden om disse tilfælde finder vi behov for en umiddelbar meddelelse om håndteringen af disse sager i forhold til det, vi nu anser for at være aktuel viden herom. WAD eller Whiplash Associated Disorder er en betegnelse, der omfatter fysiske og psykiske følgetilstande efter en whiplash-ulykke, der som kernetraume indebærer en voldsom accelerations-decelerations-påvirkning af halsrygsøjlen. Den mest almindelige og velkendte hændelse er, at man som for pasaseger i motorkøretøj kommer ud for en kraftig bagfrakommende påkørsel af et andet motorkøretøj. I 10% af tilfældene bliver der tale om varige psykiske og/eller fysiske skader. Følgetilstandene har som de fleste bekendt gennem de senere år været genstand for omfattende lægefaglige diskussioner og medfzzz ?i de kroniske tilfælde meget ofte langvarige erstatningsretslige forl?, 2).

### Diagnosen

Betegnelsen WAD stammer fra "The Quebec Task Force on Whiplash Associated Disorders", som i 1995 inddeler følgerne fra grad 0 til IV alene afhængigt af de fysiske symptomers grad og udbredning. Denne inddeling tager ikke i første omgang hensyn til de psykiske, kognitive og psykosociale forstyrrelser, der i mange tilfælde også kan blive tale om. Imidlertid har en ny svensk klassifikation bidraget med kobling af fysiske følger og neuropsykologiske symptomer med prognostisk væs'ning (se nedenfor) (3). Sundhedsstyrelsen og Arbejdsskadestyrelsen mener i henholdsvis 2000 og 2001 at kunne fastslå at der ikke er tale om en "medicinsk diagnose" og derfor heller ikke om en "velafgrænset sygdomsenhed" (jf. notater fra styrelserne). Hvad der er medicinske diagnoser og sygdomsenheder beror imidlertid ikke på nogen a priori-naturhistorie, men på en faglig konvention, der er snævert afhængig af holdningsmæssige, metodologiske og videnskabelige forhold (4). I den læge faglige debat rangeres WAD til gruppen af "nye sygdomme", som også har været underkastet en særlig undersøgelse i Sundhedskomiteéns ad hoc-udvalg, der arbejdede i 3 år fra 1998 til 2000 uden at komme til nogen fælles konsensus om disse tilstande (5). På grundlag af kliniske observationer og meddelelser i litteraturen er der grundlag for at henregne en hel del, måske alle, af de kroniske WAD-tilfælde til dysstress-tilstandene, dvs. sygdomstilstande med forstyrret stress-hom?se og i nogle tilfælde patologisk smerteforvaltning (6-11). Det vil sige, at det vil være muligt at opstille såvel kliniske som teoretisk begrundede kriterier for en sygdomsenhed, inden for hvilken der igen findes fæ®\_menologiske underenheder bestemt af de konkrete forl?og årsagsforhold. Andre eksempler på dysstressstilstande er fibromyalgi, kronisk træthedssyndrom og PTSD (6). Om dysstressbegrebet, se note.

### Traumatologi

Den voldsomme energioverførelse, der rammer halsrygsøjlen, evt. også nakke-regionen, kan i nogle tilfælde medføre frakturer, traumatisk diskusprolaps, og/eller indre læsioner bl.a. pga. mikrofrakturer af basis cranii, specielt pars petrosa. Den akutte skadestueobservation må naturligvis lade sig styre af almen traumeobservation bestemt af kendskabet til ulykken, dennes voldsomhed etc. Inden for de første uger skal enhver læge have kendskab til mulige otoneurologiske følger, svimmelhed fx som følger af en perilymfatisk fistel (som kan afsløres ved Henneberts prøver. Mere sjældent er forskydninger i bidfunktionen, som ofte vil skyldes konkurrerende slag mod kæberegionen i ulykkesøjeblikket. En særlig traumevej med hensyn til senere kognitive udfald er påvirkninger af hjernestammen, der via det retikolofrontale aktiveringssystem ved de kroniske tilfælde kan betyde fx forringet overblik og simultanfunktion som følge af frontallapsskader eller -forstyrrelser. En whiplash-begivenhed kan ofte været forbundet med et psykologisk traume, hvis både akutte og senere følger kan forl?eget forskelligt (jf. nedenfor).

### Forl? senf?

Når frakturer, seneoverrivninger, prolaps er udelukket, inden for de første uger ligeledes otoneurologiske skader, vil der gennem nogen tid være tale om nakkesmerter, bevægelsesindskrænkning, smerteudstråling, hypersensibilitet i overekstremiteterne og mere eller mindre invaliderende hovedpine. Dertil varierende grader af kognitiv svækkelse, mht. koncentration, hukommelse og overblik. Mange vil dog være raske allersenset inden for 3 mdr. og kan så påbegynde arbejde igen. 10% bliver kronisk syge i varierende grad med både fysiske symptomer, hovedpine og kognitive udfald samt forskellige psykosociale følger. Gentagelsestilfælde kan alt andet lige f? af en då?igere prognose (12). Desuden viser den svenske klassifikation, som opererer med graderne A-D, sammenholdt med Quebec-klassifikationen, at grad II eller mere efter Quebec med neuropsykologiske symptomer efter det svenske system graderes som C og D med då?igere psykosocial prognose (3).

## Behandling og undersøgelser i den akutte fase, dvs. dag 1 og de første 2-4 uger

Der er endnu ikke enighed om den tidsmæssige afgrænsning mellem en akut og evt. mere kronisk fase. Det kan formentlig komme an på konkrete kliniske vurderinger. Behandlingsstrategien i de traumatologisk ukomplicerede tilfælde er stadig under diskussion. Den generelle holdning er tilbageholdenhed med hensyn til mere involverende behandling, desuden aflastning og observation, måske fysioterapi i nogle tilfælde efter en konkret klinisk vurdering. Sjældent halskrave. Det er efterhånden en erfaring, der er samlet ved behandling af WAD-patienter og andre traumatiserede mennesker, at nogle mennesker i forvejen er mere følsomme med hensyn til kronificering. Dels vil tidligere (psyko-)traumer kunne have såvel patoplastisk betydning, dels vil nogle personlighedsstrukturer være mere følsomme i forhold til kronificering end andre mennesker. Det er ikke realistisk at henlægge særlige spørgeskemaundersøgelser med henblik på en prognostisk vurdering til skadestuereti. Det, der er tale om, er, at personer der udvikler en ASD-tilstand (Acute Stress Disorder) vil have stor risiko for at udvikle et kronisk forløb. ASD indebærer bl.a. dissociation, genoplevelser, særlig vagtsomhed, evt. depersonalisation straks efter ulykken og i den første uge. Problemet er imidlertid, hvordan denne særlige observation og viden praktisk skal indsamles og anvendes med hensyn til den efterfølgende observation og behandling. Som nærmest indebærer rimelig grad af somatiske og neuropsykologiske symptomer en risiko for kronificering. Som noget generelt kan der ikke være tvivl om, at det er vigtigt i den akutte fase og det første forløb evt. prognostiske antagelser hos den enkelte undersøger at placere et håb om, at det hele går over inden for en overskuelig tid. Noget andet ville jo være konkret at fremme Rosenthal-effekten (en såvel selvbekræftende profeti).

## Det kroniske WAD-syndrom

Det er almindeligt at tale om, at sociokulturelle og psykosociale forhold spiller en rolle for såvel sygdomsopståelse som udviklingen af en kronisk WAD-tilstand. Såvel som forhold spiller meget trivielt altid en rolle for den konkrete sygdomsadfærd (13-15). Det bør imidlertid ikke bruges til at rejse tvivl om den enkelte WAD-patientens tilstand og dennes realitet. Det har ingen mening at tilskrive folk et særligt ansvar på grund af det, der er vores fælles kultur og måde at behandle hinanden på. Uanset evt. forudbestående sårbarhedsfaktorer, ville den konkrete WAD-tilstand ikke have udviklet sig uden den ulykke, der initierede den konkrete sygdomsproces. En del af de kroniske WAD-tilfælde bliver i forløbet tilstandsbillede mere eller mindre identiske med Post Traumatisk Stress Disorders. Det vil sige, at der er tale om en kronisk dysstress-tilstand. Disse tilstande er forbundet med en central sensibilisering eller en kronisk irritativ hyperaktivitet i neuromatrix, hvilket er forbundet med både kognitive funktionstab og personlighedsændringer (16-18). Det kan formentlig også edf. Goldberg kalder det "retikulofrontale disconnection-syndrom" (16), der kan betyde svækket arbejdshukommelse, nedsat eller ophævet simultankapacitet og nedsat evne til mentale skift. Det er vigtigt at være opmærksom på at visse neuropsykologiske test kan være normale, mens funktionstestene afsl. selvfølgelig dels ved omhyggelig anamnese og dels ved test, der særligt tester for frontale læsioner eller funktionsforstyrrelser vedr. omstillingsevne, skiftende opmærksomhed m.v. Eksempelvis kan nævnes Wisconsin card sorting test, Stroop-test, PASAT 2- og 4-test og 6 Element-test. Dertil skal naturligvis nævnes de fysiske symptomer, der skyldes reumatologiske ændringer og fikseringer i halsrygsøjle og omgivende bløddele, hvilket formentlig er ansvarlig for den kroniske eller let udl. spændingshovedpine, ligesom den centrale sensibilisering også kan være ansvarlig for noget af smerteoplevelsen (7, 10). Desuden eventuelle otoneurologiske symptomer, svimmelhed, balanceforstyrrelser og/eller tinnitus, hvor sidstnævnte ud fra teoretiske overvejelser i nogle tilfælde må kunne skyldes en selvforstærkende proces i indre nvt. i samspil med hjernens subkortikale områder, der står for sensorisk forarbejdning. Der er her tale om specialistopgaver med hensyn til en meget delikat udredning (2, 19). Det er især smerterne, som patienterne forbinder med en kronisk sygdomstilstand. Smerterne og trætheden, som de umiddelbart oplever som det der er invaliderende. Endelig er der ofte tale om en udtalt co-morbiditet, især depressive reaktioner pga. stressbetingede belastninger af serotonin-reuptake-systemet, men formentlig er mange andre receptorsystemer også involveret. Oftalmologiske klager er sjældent primære og må for det meste skulle tilskrives en cerebral astenopi, der er led i den cerebrale hyperaktivitet og den mere generelle dysstress-tilstand. Forstyrrede evælsiser, der evt. kan kompromittere bilk, må intages at være led i en defekt proprioception på et centralt niveau (20).

## Behandling af den kroniske WAD-tilstand

Behandlingen af de kroniske tilfælde er ofte en specialopgave, der skal henvises til særlige tværfagligt arbejdende behandlingscentre, evt. smerteklinikker, der beskæftiger sig med disse tilstande (9, 11). Det er vigtigt at understrege, at den kroniske WAD-tilstand er en kronisk smertetilstand på linje med andre kroniske smerte- og nogle dysstress-tilstande. Der kan ikke tales om nogen specifik WAD-terapi, ligesom der i denne forståelse heller ikke kan tales om en specifik fibromyalgi-terapi.

## Forvaltningsmedicinske overvejelser og konklusion

Der er grundlag for at bestemme WAD som en undergruppe af dysstress-sygdommene på linje med andre kroniske belastningstilstande. I nogle WAD-tilfælde vil kriterierne for en PTSD-tilstand være til stede. Der vil typisk være tale om en kronisk smertetilstand med generelt nedsat smertethræskel, kognitive udfald og i nogle tilfælde varierede grader af PTSD-lignende fænomener. Dertil kommer i det enkelte tilfælde især otoneurologiske symptomer og evt. proprioceptive forstyrrelser, der kan relateres til ulykken. Der kan identificeres en kronisk dysstress-tilstand Mere eller mindre udtalte kognitive funktionstab I nogle tilfælde forskellige personlighedsændringer Mere eller mindre udtalte smerter i relevante bløddel og knoglerelaterede klager med særlig reference til en bestemt begivenhed samt en generel muskulær hyperalgesi En generaliseret neurastenisk tilstand Det burde være slut med de frugtesløse artesiske diskussioner (21, 22) om, hvilke sygdomme der er fysiske, og hvilke der er psykiske, især når der er tale om psykosomatiske lidelser som dysstress-tilstandene, der i realiteten befinder sig i et tværfagligt rum, for såvel som den kliniske og teoretiske forståelse af disse tilstande, såvel som AD-tilstandene. Konventionelt rubriceres disse tilstande ofte som "somatiseringstilstande", hvilket i realiteten er utilfredsstillende, da begrebet er negativt defineret. I den sammenhæng kan det være af betydning at nævne, at betegnelsen og begrebet psykosomatik i mange tilfælde skal forstås som en kompleks interaktion mellem det

psykiske og somatiske niveau og ikke blot betyder, at et psykisk problem er blevet somatisk. Den modsatte beværelse er også ulig, nemlig at en somatisk sygdom eller skade medfører psykiske ændringer. Det vil sige, at der ved læslygt prævede kriterier kan identificeres en helbredssværelse, der svarer til helbredskriteriet (23) i de respektive lovkomplekser. Der skulle på en måde være grundlag for i fremtiden at undgå en retsform, der i talrige tilfælde har været tidsrø og i mange tilfælde formentligt helbredsforringende ved den mere eller mindre implicite mistæreliggøe (24).

### Referenceprogrammer

Der må udarbejdes referenceprogrammer, som skal være kendt på akademistuerne, men især af den praktiserende læge, der fremdeles må opfattes som den relevante gatekeeper for sine patienter. Visse simple otoneurologiske undersøgelser vil man kunne forvente udført praksis. Endvidere skal et referenceprogram indeholde anbefalinger i forhold til, hvem egen læge i givet fald skal henvise sine patienter til, når tilstanden mod almindelig forventning bliver kronisk. Men det er stadig vigtigt, at der er én læge, ideelt egen læge, der står som person og generalist i forhold til patientens sag, så der undgås odysseer, hvor patienten sendes til en endeløkke af specialister, der hele tiden viderehenviser bl.a. under henvisning til ikke at være specialist i den slags sager. Dysstress-tilstandene er i realiteten så udbredte og velkendte, at heller ikke WAD-patienterne burde blive kastebold i systemerne. Det må lægges mærke til, at alment praktiserende læger bliver fortrolige med disse tilstande, hvis ubegribelighed og fremmest er bestemt af en meget traditionel diagnostisk praksis og sygdomsopfattelse (4, 5). På grundlag af konferencen den 28. februar 2003 vil der blive udarbejdet referenceprogrammer, hvis enkelte elementer kommer til at hvile på anbefalinger fra de enkelte faggrupper, der var til stede ved konferencen.

**Note:** Dysstress er en latinisering af distress fra amerikansk, hvor distress betyder sygeligt og/eller skadeligt stress (25, 26). Begrebet adskiller dysstress sig fra eustress, hvor sidstnævnte er normalt forløst stress, der efterfølgende af en psykoneurohormonal ligevægtstilstand, der tillader hvile og restitution. Sprogligt er der en analogi til forskellen mellem en dyskrin og en eukrin tilstand. Ved mange belastningstilstande udløses hurtigt dysstress i nævnte betydning på grund af minimale krav og stimuli, dvs. at dysstress er ensbetydende med skadeligt stress og en særlig patologisk reaktivitet i de psykoneurofysiologiske systemer på et centralt som perifert niveau.

### LITTERATUR

Hviid T. Oplæg til Konferencen\*. Vesterhauge S. WAD. Oplæg til Konferencen\*. Tenenbaum A, Rivalo-Fischer M et al. The Quebec classification and a new Swedish classification for whiplash-associated disorder in relation to life satisfaction in patients at high risk of chronic functional impairment and disability. J Rehabil Med 2002; 34: 114ff. Lægem H. Objektivitet og sygdom. Månedsskr Prakt Lægegern 1996; 74: 1375ff. Sundhedskomiteen. De nye sygdomme. Lægeforeningens forlag, 2000. Lægem H. Neurasteni og somatisering. Agrippa 2000, nr. 3-4: 167ff. Arendt-Nielsen L. Ny viden om smertesystemets mekanismer. Ugeskr Læger 2002; 164: 1796ff. Elklit A. ASD og PTSD. Oplæg til Konferencen\*. Hansen LJ. Neuropsykologisk oplæg til Konferencen\*. Johansen MK, Graven-Nielsen T, Olesen AS, Arendt-Nielsen L. Generalised muscular hyperalgesia in chronic whiplash syndrome. Pain 1999; 83: 299ff. Olesen AS. Oplæg til Konferencen\*. Khan S et al. Prognosis following a second whiplash injury. Injury 2000 may; 31(4): 249ff. Juel-Jensen U. Sygdomsbegreber i praksis København: Munksgaard, 1982. Lægem H. Menneske, sygdom og samfund. København: Tiderne Skifter, 1992. Elsass P, Hastrup K. Sygdomsbilleder. København: Gyldendal, 1986. Goldberg E. Hjernens dirigent. København: Psykologisk forlag, 2002. Sapolsky RM. A guide to stress and stress-related diseases. New York: N.H. Freeman and Co., 1994, updated version 2001. Mathiesen BB. Personlighedsændringer ved hjerneskrader. Ph.d. KU, 2000. Tjell C. Otoneurologisk oplæg til Konferencen\*. Gimse R et al. Driving skills after whiplash. Scand J Psychol 1997; 38: 165ff. Damasio A. Descartes' fejltagelse. Neuropsykologisk gennemgang af hjernens funktion. København: Hans Reitzel, 2001. Bendix T. Oplæg til Konferencen\*. Wiingaard P. Forvaltningsmedicin. København: Gad, 1985. Lægem H. Ret eller retfærdighed. Månedsskr Prakt Lægegern 1997; 75: 997. Goldberger L, Breznitz S. Handbook of stress. 2nd edition. New York: Free Press, 1993. Mirdal GM. Psykosomatik. København: Munksgaard, 1990. \*) Konsensuskonference om WAD den 28. februar 2003 afholdt af PTU og Whiplash-foreningen.

### Biografi

Ask Elklit er lektor i psykologi ved Aarhus Universitet, Lisbeth Juul Hansen er neuropsykolog ved Dagbureauet i Centrum i København, Haakon Lægem er speciallæge i psykiatri og Anders Schou Olesen er overlæge ved Tværfagligt Smertecenter i Aalborg.