

Håndtering av whiplashskader i år 2002

av Monica Drottning Rønne



Monica Drottning Rønne
monica.drottning@ioks.uio.no

Whiplashskader er ikke et entydig begrep. Da Crowe i 1928 lanserte begrepet whiplash og raskt skjønnte han hadde blandet sammen en skademekanisme og en skade, forsøkte han å unngå begrepet, men det var kommet for å bli. The Quibeque Task Force forsøkte på midten av 1990-tallet det samme, men endte med å lansere begrepet WAD – whiplash associated disorders.

Dette er heller ikke presist nok for å være nyttig for medisinsk forskning og behandlingsstrategier; det er som å lansere begrepet "solskade" hvor solforbrenning, sneblindhet og føflekk kreft inngår i samme gruppe og skal ha et ensartet behandlingsopplegg.

Jeg vil i det følgende ta utgangspunkt i Oslo-studien om nakkesleng (1993–97) hvor pasienter som oppsøkte Legevakten for whiplash fortløpende ble undersøkt og fulgt ett år. I underkant av 600 pasienter over 18 år ble inkludert, og dette er et så stort materiale at de funn vi har gjort er representative og kan brukes som et utgangspunkt for å legge opp behandlingsstrategier.

Ikke mange, ikke like

De kroniske "whiplashpasienter" finnes, de er ikke mange, men de er ikke like.

En mye omtalt studie fra Litauen brukes ofte som et bevis på at kroniske whiplash-plager egentlig er knyttet til utsikt til høye forsikringsutbetalinger. Da man i Litauen, som ikke har personforsikring som hos oss, ikke fant noen kronisk syke to år etter ulyk-

ken, konkluderte man med at senskader etter whiplash ikke eksisterer. Men det er inkludert altfor få personer i denne studien til å konkludere med at de kroniske pasientene ikke finnes. I vår studie er kun 4,5% sykmeldt ett år etter ulykken og det er bare litt høyere enn i befolkningen som helhet. De fleste av pasientene, som etter ett år har plager de knytter til ulykken, har moderate plager og hoveddelen av de som har sterke, daglige plager, er i fullt arbeid trass i plagene sine. Jeg har selv undersøkt alle pasientene med symptomer, og jeg finner at symptomene er knyttet til skaden fordi de har vært der fra første stund. De aller fleste pasientene har symptombilder som kan beskrives ut fra vanlig medisinsk fagterminologi, de er ikke like hos de forskjellige pasien-

Monica Drottning Rønne er forsker og lege ved Neurologisk og neurokirurgisk avd., Ullevål Universitetssykehus.

ter og det skulle derfor ikke være behov for begrepet "whiplashskader". Jeg vil utdype dette nedenfor.

Selv om Litauenstudien har for svak "power" til å konkludere så bombastisk som den gjør, setter den likevel fokus på et viktig problem. De forventninger en person har til hva som vil skje etter en skade, er med på å bestemme utfallet. I Norge er det knyttet meget negative forventninger til det å bli utsatt for "whiplash". Når man vrikker en ankel og oppsøker legen, får man beskjed om hva skaden består i, hvor raskt man kan forvente å bli bra og hva man selv skal gjøre for å understøtte bedringsprosessen. Når man blir utsatt for "whiplash" derimot, får man sykmelding, smertestillende og lite eller ingen informasjon av legen. Så lenge legene ikke vet hva de skal gjøre og hva som er forventet forløp, får pasientene inntrykk av at dette er en mye mer alvorlig skade enn det er. *Det vanligste er faktisk å bli helt bra*, og det er legens oppgave å formidle dette.

Det er viktig å finne ut hvilke forventninger pasientene har og korrigere disse. For noen år siden hadde vi en nordisk konsensuskonferanse om whiplash i Oslo, og jeg ble spurt av Legeforeningen om å komme med noen facts fra Oslostudien til en pressemelding. Jeg tok frem det faktum at 9 av 10 er tilbake på jobb etter 4 uker. Dette var før noen som helst intervensjon, dette var slik forløpet var. Men *forventningene* var at det gikk mye verre og en halv time etter at pressemeldingen var ute, hadde jeg alle de store dagsavisene, radio- og TV-kanalene på telefonen. Denne informasjonen gikk som annen nyhet på morgenradioen som det nest viktigste som hadde skjedd i hele verden siste døgn, og det var egen sak på NRKs kveldsnyheter. Og egentlig hadde ingenting nytt skjedd; vi hadde bare telt opp hvordan det var. En whiplashskade i folks forståelse er en skade som i motsetning til alle andre skader blir verre og verre ettersom tiden går. Smertene brer seg til nye områder, hukkommelsen blir dårligere, arbeidsevnen blir

borte og det sosiale liv blir borte. Det er en skade som legene ikke finner og som forsikringsselskapene fornekte at finnes. Dette er en negativ og sykeliggjørende feiloppfatning. Derfor må det inngå i ethvert møte med en whiplashpasient å finne ut hvilke forventninger han eller hun har og korrigere disse.

Jeg sa innledningsvis at det å bruke begrepet whiplashskade er uheldig både for å diagnostisere og for å legge opp behandlingsstrategier. På den siste whiplashkongressen i Bern ble det presisert viktigheten av å følge undergrupper og ikke bare forske på kohorten whiplashpasienter som oppsøker helsevesenet. Jeg vil ta for meg to meget forskjellige pasientgrupper fra vår studie.

Post traumatisk stress reaksjon - PTSR

Den posttraumatiske stressreaksjon kan beskrives som en "sjokkreaksjon" på ulykken. Vi har brukt et kjent, validert skjema, Impact of Event Scale – IES, til å registrere den. Den er delt i to og består av 13 spørsmål. For det første *intrusion* som er at opplevelsen presser seg på i form av tanker, følelser og etter hvert mareritt, og for det andre *avoidance* som er unngåelsesadferd, man vil ikke snakke om det, tenke på det eller f.eks kjøre bil der ulykken skjedde. Skjemaet er lett å bruke, og det er en sumskåre som man kan følge.

Ca halvparten av pasientene i Oslostudien hadde initialt en posttraumatisk stressreaksjon. Den gikk tilbake hos de fleste og vedvarte kun hos noen få prosent etter ett år (kalles da Post traumatisk stress disorder – PTSD). Likevel er den kanskje vårt viktigste funn. Pasienter med PTSD rett etter ulykken skilte seg *ikke* initialt fra resten av pasientene når det gjaldt symptomer eller ulykkesrelaterte variabler. Men både etter 4 uker og etter et år, var PTSD rett etter ulykken den beste indikator på *fysiske* plager. Ingen annen undergruppe hadde mer *fysiske* plager. På legeundersøkelsen

hadde de til alle tidspunkter mye dårligere bevegelighet i nakken enn resten. Denne gruppen var som sagt lik de andre pasientene fra starten, men de som hadde denne "angstreaksjonen", hadde en saktere bedringsprofil enn de andre. Man kan spekulere i flere forklaringer på dette. En som har vondt og er redd, kjenner sin smerte bedre. Den innskrenkede nakkebevegeligheten er i seg selv uheldig ved en muskulær skade i nakken hvor målet er å raskest mulig komme tilbake til normal bevegelighet. Pasienter med PTSD blir verre av tøyning og fysioterapi, de har behov for sitt muskulære forsvar, selv om det gir mer smerte. Behandling av PTSD er kjent fra psykiatrien. Vi vet i dag ikke nok om behandling av moderat og tidlig PTSD, men det er opplagt at den er viktig å diagnostisere. Jeg har hatt unge pasienter som kommer til siste vurdering før uføretrygd grunnet whiplash, hvor den udiagnostiserte PTSD har vært hovedårsaken til deres invaliditet og hvor behandling har gjort dem arbeidsføre igjen. Behandlingen har bestått av samtaler basert på kognitive behandlingsprinsipper kombinert med trening i hjerte/smertegruppe. Jeg vil også minne om den nære relasjon mellom angst og aggresjon, ikke alle behandlere gjenkjenner angsten hos den rasende pasient som typisk har problemer med å stoppe eller begrense seg.

Cervicogen hodepine stammer fra strukturer i nakken

Den cervicogene hodepine stråler fra nakken, opp langs bakhodet og frem mot pannen og øyet, eller over øret mot tinningen. Ofte ledsages hodepina av smerter eller nummenhet i armen på den siden hodepina sitter. Pasientene beskriver selv at den kommer fra nakken. Bevegelse av nakken, feilstilling når man sover, statisk bevegelse av nakken som ved langvarig vridning, lesing eller takvask, er typiske utløsende faktorer for denne typen hodepine. Styrken er moderat til sterk og bare

i de alvorligste tilfellene må man avbryte det man gjør. Men de aller fleste justerer hverdagen ved å utsette gjøremål eller gjøre ting annerledes. Allerede 4 uker etter ulykken var dette den pasientgruppen som følte seg mest begrenset i dagliglivet, og som hadde det høyeste forbruk av smertestillende medisin. Den cervicogene hodepine er en vanlig hodepine hos whiplashpasienter. Det er flere kvinner enn menn, slik det også er ved migrene. Et signifikant høyere antall hadde vært utsatt for en bilulykke tidligere sammenliknet med gruppen som helhet. Dette kan være en viktig observasjon. Man kan tenke seg at en nakkeskade som tilsynelatende leges, gir en sårbarhet for cervicogen hodepine ved nye skader i nakken. Det kan kanskje forklare hvorfor et lite traume kan føre til sterke hodepineplager. Det kan muligens også gi den som vurderer skaden fra et forsikringssynspunkt noen problemer, fordi belastning kan føre til at skaden relatert til ulykken blir symptomgivende på et senere tidspunkt enn de 72 timer man vanligvis regner med.

Vi har bare sett på ensidig cervicogen hodepine slik det er anbefalt for forskning og vi har brukt kriterier fra 1990 anbefalt av CHISG (Cervicogenic Headache International Study Group). Det betyr at mange flere enn de 8% vi fant har slik hodepine 6 uker etter ulykken, men de har den på begge sider av hodet. Ettersom tiden gikk etter ulykken, ble flere og flere bra, anfallene ble kortere og kortere og sjeldnere og sjeldnere. 3% hadde ensidig cervicogen hodepine etter et år. Denne tendensen fortsetter i de følgende år og det er viktig å merke seg at *naturlig bedring fortsetter i år*, når behandling skal vurderes.

Akuttbehandling

Akutt kartlegges skaden ved vanlig mottak hvor det inngår undersøkelse av nakken og en orienterende nevrologisk undersøkelse. Vanlig rgt cervicalcolumna, front, skrå og side tas

på de fleste akuttmottak og ansees som tilstrekkelig for å avdekke skader som krever spesiell intervensjon (forutsatt normal nevrologisk undersøkelse). Jeg har over påpekt viktigheten av å fastslå om det er en posttraumatisk stressreaksjon og å få fatt i pasientens forventninger. De aller fleste pasientene som oppsøker lege, har symptomtriaden nakkesmerter, nakkestivhet og hodepine som tegn på en nakke-distorsjon. Pasientene bør gjøres oppmerksomme på at smertene vanligvis øker dagen etter ulykken og bør begynne å avta opp mot en uke. Det er rimelig å gi smertestillende og NSAID inntil en uke etter skaden. Tøyningsøvelser anbefales 3 ggr daglig fra 4. dag etter gjeldende retningslinjer for behandling av distorsjoner. Nakkekrage er enten unyttig eller forsinker bedring og anbefales ikke. Dette er ikke absolutt, noen pasienter kan ha nytte av den avlastning en krage kan gi. Pasienten skal i så fall instrueres og kragen skal avvikles av fysioterapeut som har kunnskap om kragebruk.

Det foreligger få studier om behandling, men hvile, inaktivitet og hyppig behandling hos alle typer behandler ser ut til å forsinke den spontane bedring. Det er antakelig uheldig å bringe inn spesialister for tidlig. Fysioterapi i akuttfasen beskrives som smertefullt av de fleste pasienter og ingen studier har vist gevinst av slik behandling akutt. Tilbakegang til normal aktivitet så raskt som mulig, ansees i de fleste miljøer for å være det beste. Kiropraktorbehandling frarådes på en nyskadet nakke. En del pasienter beskriver bedring av kiropraktorbehandling både på hodepine og nakkesmerter senere i forløpet. Likevel vil de fleste nevrologer og nevrokirurger som behandler skader i nervesystemet ha vanskelig for å anbefale kiropraktorbehandling på nakker på noe tidspunkt før det er vist ved randomiserte studier at det er en vesentlig gevinst ved kiropraktorbehandling. Så lenge faren ved slik behandling er varige lammelser i armer og ben, er det ikke noe argument at slike

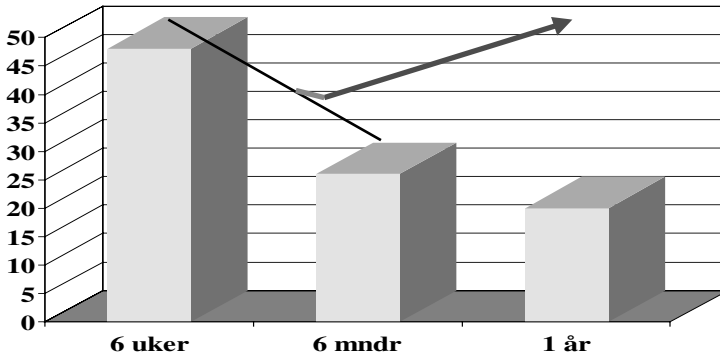
komplikasjoner er meget sjeldne hvis behandlingen ikke har dokumentert virkning som overgår naturens spontane bedring.

Behandling av post traumatisk stress reaksjon

Pasienter med moderat og sterk posttraumatisk stressreaksjon kan instrueres i selvreverering av denne allerede ved første konsultasjon. Det betyr å fortelle hendelsesforløpet en gang daglig, å gå en tur en gang daglig (ikke isolere seg) og en gang daglig utføre en spesiell filmteknikk hvor man visualiserer hendelsesforløpet slik ulykken skjedde og deretter baklengs som om man ser en film for sitt indre øye. For mye oppmerksomhet om en slik reaksjon kan virke mot sin hensikt. Pasienter med svært sterk PTSD eller vedvarende PTSD trenger henvisning til spesialist. Disse pasientene vil oftest ha behov for både medisiner og samtaleterapi.

Behandling av cervicogen hodepine

Behandling av cervicogen hodepine, er langt fra klarlagt. Mange pasienter i vår studie har hatt stor nytte av tøyningsøvelser og har blitt helt kvitt sin hodepine etter ukers daglig tøying. Mange strukturer i nakken kan være ansvarlig for denne hodepinen, men de fleste tester vi har i dag er uspesifikke og sier ikke hvor skaden sitter. *Medikamentell behandling* er vanskelig. Medisiner tilhørende gruppen NSAIDs har god effekt på noen. Morfinpreparater og spesifikke migrenemedisiner har liten virkning. Dette er igjen følgene av å stille for dårlige diagnoser. Forskjellige hodepiner skal ha forskjellig behandling og da holder det ikke å snakke om "whiplash hodepine". *Radiofrekvens behandling* mot ledd, skiver og sensoriske nerver, har gitt bedring hos en del pasienter. Men resultatet er sjelden varig bedring. Man tenker seg derfor at man ved denne behandlingen reduserer samlet input fra de forskjellige nakkestrukturer til trac-



FARE! En skade blir vanligvis bedre ettersom tiden går. Avvik fra forventet forløp skal styre videre utredning og behandling.

tus trigeminus, som formidler smerten til panne og tinning, snarere enn å helbrede utgangspunktet for smerten. Anestesilegen Nicolai Bogduc i Australia har gjort de beste randomiserte studiene på dette. Likevel er denne typen behandling meget forskjellig utført i forskjellige land. Nederlandske anestesileger i Amsterdam og Maastricht bruker for eksempel lavere temperaturer enn i Norge og USA og mener det gir mindre bivirkninger. Dette er ikke en risikofri behandling, og vi har flere pasienter som er påført sterke og varige dysesthesier eller ”nervesmerter” etter slik behandling. Enkelt-pasienter har hatt nytte av forskjellige *nevrokirurgiske inngrep*, men vi er foreløpig kommet kort i å velge ut hvem de er. Derfor poengterer jeg sterkt, vis stor forsiktighet for behandling som ikke kan reverseres og spesielt på lidelser som naturlig bedres ettersom tiden går.

Avvik fra forventet forløp

Avvik fra forventet forløp skal styre videre utredning og behandling. Når man stiller kjente diagnoser, følger det automatisk at man vet hvordan tilstanden normalt utvikler seg. En skade blir vanligvis bedre ettersom tiden går. Slik går det for de aller fleste i vår studie, også de som sitter igjen med plager ett år etter ulykken. Det betyr også at symptomene er reelle, det finnes kroniske WAD symptomer,

de er ikke like, men de oppfører seg som forventet.

Hvis bedring ikke har startet innen de første 2–4 uker, er det avvik fra forventet forløp. Hvis bedringskurven brytes og det tilkommer forverring, er det avvik fra forventet forløp. Hvis det kommer på *nye* symptomer etter dette, er det avvik fra forventet forløp. Da må man legge an en bredere utredning som ofte innebærer at psykososiale faktorer tas med, for å komme i mål både med diagnostikk og behandling. I visse miljøer har man ikke forstått dette prinsippet og all utredning innsnevres til å lete etter skader i nakken med finere og finere undersøkelser. Da gir man seg ikke selv om disse er negative, og utfra en overbevisning om at skaden virkelig finnes i nakken, søkes pasienten til utlandet hvor man heller ikke påviser skaden slik at den overbeviser de fleste norske spesialister. I noen tilfelle anbefales pasientene omfattende, irreversible inngrep i nakken, selv om de på dette tidspunkt har flere og annerledes symptomer enn pasienter med diagnostiserte nakkeskader med tilhørende funn på undersøkelsene. Medisinsk behandling skal vise bedring som overgår ikke-behandling for å tilbys en pasientgruppe. Dette gjelder selv om pasientgruppen er dårlig definert som whiplashpasientene. Så lenge dokumentasjon mangler bør vi utvise stor forsiktighet med all behandling som ikke kan reverseres.