

Eerste multidisciplinaire richtlijn whiplash ziet het licht

Geen rust bij whiplash

Evert Pronk
Myrthe Sonneveld

Myrthe Sonneveld is student geneeskunde en was stagiair bij Medisch Contact

Rust bij whiplash is passé. Dat staat in de onlangs verschenen multidisciplinaire CBO-richtlijn over whiplash. De patiëntenorganisatie Whiplash Stichting Nederland vindt dat de richtlijn onvoldoende aandacht besteedt aan 'relevante fysieke aspecten' van whiplash.

Na een aanvankelijke periode van rust kunnen bewegingen en werkzaamheden geleidelijk weer worden opgevoerd, waarbij het zelfvertrouwen moet worden aangewakkerd.' Deze zin over whiplash stond in 1976 in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Nu een zin uit de pas verschenen CBO-richtlijn 'Diagnostiek en Behandeling van mensen met Whiplash Associated Disorder I / II': 'Bij de behandeling van acute WAD-patiënten worden bij voorkeur behandelstrategieën gekozen die een duidelijke stimulerende component hebben, zoals het advies om zoveel mogelijk actief te blijven.' Neurochirurg dr. R. Braakman schreef 22 jaar geleden dat de literatuur sinds de introductie van de term whiplash in 1953 wordt 'gekenmerkt door sterk uiteenlopende opvattingen, zowel over terminologie en verklaring van de symptomen, als over de rol die organische dan

wel psychogene factoren spelen.' Ook daarin lijkt nog niet veel veranderd. De eerste aanbeveling in de richtlijn pleit voor een consequent en consistent gebruik van begrippen en indelingen. Neuroloog Emile Keuter (Diaconessenhuis, Meppel) en lid van de kernredactie van de richtlijn licht toe: 'Over whiplash is verwarring en controverse. Zo zijn de meeste neurologen eerder geneigd om te zeggen dat whiplash niet bestaat, dan er serieus op in te gaan.'

De werkgroep heeft de definitie overgenomen van de Quebec Task Force on Whiplash-associated disorders (WAD) die een whiplash omschrijft als een acceleratie-deceleratiemechanisme waarbij krachten inwerken op de nek (zie *kader 1*). 'Deze definitie wordt ook bij veel wetenschappelijk onderzoek gebruikt', zegt Keuter. 'Daarmee is de richtlijn beter te onderbouwen.'

Artsenogen

De nieuwe CBO-richtlijn gaat alleen over de lichtste vormen van whiplash (WAD graad I of II) en dus niet over de gevolgen van fracturen of dislocaties van de halswervelkolom of aantoonbare beschadiging van het zenuwstelsel. Keuter daarover: 'We hebben het hiertoe beperkt omdat dit het meeste voorkomt en er over de behandeling van deze lichte vormen veel onduidelijkheden bestaan. Iedereen snapt dat een wervelfractuur heel lastig is. Bij whiplash graad I en II gaat het om mensen met in onze artsenogen weinig problemen, maar vanuit de optiek van de patiënt zijn er veel problemen.'

Richtlijnen en protocollen

Medisch Contact bericht regelmatig over nieuwe en herziene richtlijnen. De richtlijnen zijn samen met een beknopt overzicht van belangrijke wijzigingen voor de patiëntenzorg te vinden via www.artsennet.nl/richtlijnen.

Redactie: Evert Pronk
(e.pronk@medischcontact.nl)



1. Definitie whiplash

De werkgroep die de richtlijn 'Diagnostiek en Behandeling van mensen met Whiplash Associated Disorder I en II' opstelde, heeft de definitie overgenomen van de Quebec Task Force on Whiplash-associated disorders (WAD). Volgens deze definitie is whiplash een acceleratie-deceleratiemechanisme waarbij krachten inwerken op de nek. Het treedt op bij (auto-)ongevallen, vooral bij aanrijdingen van achteren of van de zijkant. Het kan resulteren in een, waarschijnlijk tijdelijke, beschadiging van de weke delen van de halswervelkolom en kan een verscheidenheid aan klachten veroorzaken (whiplashklachten, whiplashsyndroom of whiplash-associated disorder - WAD). Er is sprake van WAD graad I of II indien er behoudens klachten over pijn, stijfheid en gevoeligheid van de nek en andere klachten van onder andere het houdings- en bewegingsapparaat, geen objectiveerbare afwijkingen aanwezig zijn. Bij graad III is er sprake van nekkklachten en neurologische afwijkingen. Bij graad IV is er sprake van breuken of dislocatie van wervels.

Met beeldvormende technieken zijn bij WAD graad I en II geen afwijkingen te vinden. 'Naast het verhaal van de patiënt hebben we haast niets in handen', zegt Keuter. 'Röntgenfotografie en MRI voegen volgens de literatuur niets toe aan de zekerheid over de diagnose. Een röntgenfoto is alleen nuttig om een breuk uit te sluiten. MRI heeft alleen meerwaarde bij neurologische verschijnselen, en dus bij WAD

graad III. Op termijn komt daar verandering in. Studies met functionele MRI laten zien dat er in de hersenen wel veranderingen optreden. Dit kan nuttig zijn om het effect van een behandeling te meten zoals dat bij het complex regionaal pijnsyndroom ook steeds vaker gebeurt.'

Whiplashletsel

Zoals neurochirurg Braakman al aangaf, is de discussie over het substraat van whiplash - is er lichamelijke schade of 'zit het tussen de oren'? - al zo oud als de term zelf. In de CBO-richtlijn wordt wel gesproken van 'beschadiging van de weke delen van de halswervelkolom' maar de term whiplashletsel komt niet meer voor. 'Daar was aanvankelijk niet iedereen het mee eens', zegt hoogleraar psychiatrie aan het UMC Utrecht, Frank Koerselman, die ook in de richtlijnwerkgroep zat. 'Uiteindelijk vinden we het voor de patient beter om de term letsel te mijden zodat de richtlijn beter de nadruk legt op het voorkómen van psychologische fixatie. De patiënt krijgt anders het idee dat een whiplash per definitie heel erg is, met mogelijk het idee in meer of mindere mate invalide te zijn.' Dat Koerselman plaatsnam in de werkgroep is opmerkelijk, gezien zijn eerdere publieke uitlatingen waaruit duidelijk blijkt dat hij in de discussie over het lichamenlijk substraat voor whiplash tot de sceptici behoort. 'Ik vond dat ik niet vanaf de zijlijn dingen kan blijven roepen als ik de gelegenheid krijg om te objectiveren wat we weten over WAD graad I en II. De Whiplash Stichting Nederland eiste eerst dat ik



Whiplash kan optreden bij auto-ongevallen, vooral bij aanrijdingen van achter of van de zijkant.

beeld:Shutterstock



Tien vragen over de whiplashrichtlijn

1. Waarom is er een nieuwe richtlijn?

Er was nog geen richtlijn. Whiplash is een groot en duur maatschappelijk probleem.

2. Welke beroepsgroepen hebben de richtlijn samengesteld?

Het is een initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie, in samenwerking met huisartsen, fysiotherapeuten, anesthesiologen, revalidatieartsen, chirurgen, radiologen, psychologen, artsen arbeid en gezondheid, verzekeringsartsen, psychiaters en orthopeden.

3. Zijn de patiënten vertegenwoordigd?

De Whiplash Stichting Nederland heeft meegelezen, maar kon zich niet vinden in het eindresultaat.

4. Voor welke beroepsgroepen is de richtlijn relevant?

Artsen op SEH-afdelingen van ziekenhuizen.

5. Over welke patiënten gaat de richtlijn?

Patiënten met whiplash-associated disorder graad I en II.

6. Wat is er nieuw aan de anamnese?

De patiënt moet tijdens het ongeval bij bewustzijn zijn geweest.

7. Wat is er nieuw aan de diagnostiek?

Neurologische afwijkingen en fracturen en dislocaties van de cervicale wervelkolom worden uitgesloten. Er is geen (aanvullend) onderzoek dat de diagnose kan bevestigen.

8. Wat is er nieuw aan de verwijzing?

In de verwijzstructuur zijn geen veranderingen. Voor verbetering van de opvang van patiënten met een whiplash is een concept-protocol in de richtlijn opgenomen.

9. Wat is er nieuw aan de behandeling?

Expliciet wordt aangeraden geen rust te nemen, maar direct te starten met een activerende therapie, zoals een actieve oefen-therapie van de nek.

10. Wat is er nieuw aan follow-up en nazorg?

Een tijdcontingente controle en eventueel een verwijzing naar een revalidatiearts voor multidisciplinaire behandeling als het revalidatieproces geen vooruitgang oplevert.

uit de werkgroep zou stappen, maar dat heeft de voorzitter goed verdedigd.'

Psychiatrisch

De discussie over het substraat van whiplash wordt in de richtlijn niet beslecht. Dat komt met name door de keuze om de richtlijn te beperken tot WAD graad I en II waarbij er per definitie geen aantoonbare fysieke afwijkingen zijn behalve aan de nekspieren. 'Onduidelijk blijft of bij whiplashongevallen een psychiatrische aandoening de chronische klachten veroorzaakt of dat die aandoening juist het gevolg is van de langdurige klachten (of beide)', zegt Koerselman. 'Bij de acute WAD graad I en II is er geen sprake van een psychiatrische aandoening.' Bij de late of chronische vorm kan dat anders zijn. 'Vanuit de psychiatrische invalshoek is dan differentiaaldiagnostiek nodig', aldus Koerselman. 'Maar het stuk dat ik daarover voor de richtlijn had geschreven, is geschrapt omdat het dan te veel een handboek zou worden. Dat zijn de spelregels van een multidisciplinaire evidence-based richtlijn. De definitieve tekst van de richtlijn is altijd een compromis.'

'We wilden wel weten of bepaalde psychologische factoren een voorspellende waarde hebben voor het ontstaan van de chronisch vorm, maar

dat is er niet heel hard uitgekomen. Daarmee is overigens ook niet zeker dat het niet zo is.' Toch beveelt de richtlijn wel psychologisch onderzoek aan voor de diagnostiek en behandeling van patiënten die 'door mentale oorzaken, zoals onvoldoende copinggedrag, angst en overmatige stressreacties onvoldoende lijken te herstellen na een whiplashongeval'. 'Psychologisch onderzoek is er niet alleen om eventuele cognitieve problemen te onderkennen, maar ook voor de meer menselijke kant van de zaak; wat voor copingmechanisme heeft deze patiënt?', reageert Keuter. 'Ik vind het een bescheiden aanbeveling. Die overigens wel om tact van de arts vraagt. Een gesprek met een whiplashpatiënt over psychologische factoren is spitsroeden lopen. Het kan de arts-patiëntrelatie danig verstoren.'

Fysieke aspecten

Met de Whiplash Stichting Nederland is geen overeenstemming bereikt over de definitieve tekst. De patiëntenvereniging was gevraagd commentaar op de concepttekst te leveren, maar heeft eind vorig jaar de samenwerking met de werkgroep opgezegd omdat 'het zeer zorgvuldig opgestelde commentaar van de WSN zo goed als onbesproken bleef.' 'Het is een gemiste kans dat de CBO-werkgroep geen gebruik heeft gemaakt van onze praktijkkennis', aldus de WSN op haar website. 'Het resultaat is een uiterst eenzijdige, onvolledige en al gedateerde richtlijn die er in de praktijk doorgaans toe leidt dat een whiplashpatiënt onvoldoende nauwkeurig wordt onderzocht en dat er relevante fysieke aspecten over het hoofd worden gezien.' 'Ze voelen zich niet serieus genomen', reageert Keuter. 'Ze hebben ons literatuur aangedragen waarin de nadruk ligt op de ernst van de functiestoornissen. Er is een mer à boire aan literatuur. Het moest wel een richtlijn worden waar de beroepsgroepen zich in kunnen vinden.'

Spoeisend

Wat de werkgroep uit die zee aan kennis heeft gedestilleerd, is samengevat in een voorstel voor een protocol voor de opvang van slachtoffers van een whiplash op de spoedeisende hulp van een ziekenhuis. Hierin staat dat wanneer na onderzoek de diagnose WAD I of II volgt, het belangrijk is de patiënt gerust te stellen. 'Je moet uitleggen dat er geen wervelkolom-, ruggenmerg- of hersenletsel is opgetreden', benadrukt Keuter. 'De patiënt moet weten dat de pijn gaat toenemen, maar dat het toch belangrijk is de nek te bewegen. Dit is een van de belangrijkste conclusies. Artsen en patiënten moeten vooral

'De patiënt moet weten dat de pijn gaat toenemen, maar toch moet hij zijn nek bewegen'

Een nekkraag, die in een aantal buitenlandse richtlijnen wordt aanbevolen wordt in het protocol afgewezen. In de literatuur is geen voordeel voor de nekkraag te vinden en het druipt in tegen het hele idee te bewegen.

beeld: Getty Images



2. Whiplash in buitenlandse richtlijnen

Op internet staan tal van richtlijnen voor whiplash. Een vergelijking van buitenlandse richtlijnen met de CBO-richtlijn laat opvallende verschillen zien in de behandeling en de diagnostiek.

Zo is het volgens de richtlijnen van de universiteit van Philadelphia en die van de Motor Accidents Authority in Groot-Brittannië zinvol bij whiplash een röntgenfoto te maken. De Workers Compensation Board in Canada acht een röntgenfoto alleen zinvol bij WAD II en hoger. In een aantal richtlijnen is ook een rol voor diagnostisch onderzoek met MRI en CT weggelegd. De CBO-richtlijn adviseert een röntgenfoto alleen om breuken uit te sluiten. Een klein deel van de richtlijnen raadt aan ook naar psychologische factoren te kijken.

In tegenstelling tot de CBO-richtlijn bevelen sommige buitenlandse richtlijnen de nek kraag nog aan. Ook spierontspanners en injecties met methylprednisolon worden geadviseerd. De richtlijn van de universiteit van Philadelphia en die van de Motor Accidents Authority pleit ook voor rust.

Over het nut van oefentherapie wordt nergens getwijfeld. De richtlijnen van de Canadian Chiropractic Association en de Britse Chartered Society of Physiotherapy schrijven massage voor. Andere richtlijnen raden dit weer af. De diversiteit in de behandeling van whiplash is enorm. Over het nut van behandelingen als acupunctuur, elektrotherapie, manipulatie, tractie, medicatie en chirurgie is internationaal weinig consensus.

niet denken, oh wat erg, doe maar rustig aan. We zeggen in de richtlijn dat het beter is om te bewegen en dat men ook beter gewoon weer aan het werk kan.'

'Momenteel krijgen patiënten met een whiplash vaak cognitieve gedragstherapie', vult Koerselman aan. 'Om rampdenken af te leren. Dat is goed. Een nadeel is dat patiënten zichzelf grenzen gaan stellen omdat ze menen dat ze overbelast zijn. De boodschap, je kunt meer dan je dacht, blijft onvoldoende hangen.'

Het protocol vermeldt verder 'zodanig adequate pijnstilling'. 'De onderbouwing hiervan is mager', licht Keuter toe. 'We vinden dat je er vrij mee mag omgaan. Maar natuurlijk dreigt het gevaar van adaptatie. In de hersenen wordt de pijndrempel verlaagd. Op de SEH kun je het wel toepassen omdat bekend is dat in de eerste week de pijn toeneemt.'

Een nek kraag, die in een aantal buitenlandse richtlijnen nog wordt aanbevolen (zie *kader 2*) wordt in het protocol afgewezen. 'In de literatuur is geen voordeel voor de nek kraag te vinden', zegt Keuter. 'De nek kraag geeft erkenning, maar wellicht ook een nocebo-effect (verwachting dat iets kwaad doet, *red.*). Ik kreeg een patiënt die in Duitsland achterop werd gereden. In het ziekenhuis aldaar kreeg hij direct


een kraag aangemeten. Hij is helemaal vastgelopen, terwijl er niets te vinden was. De nek kraag druist in tegen het hele idee te bewegen.'

Warmtelaesie

Het overige therapeutisch arsenaal is niet breed. Voor een deel van de patienten die langer klachten houden, kan een warmtelaesie nuttig zijn. 'Het is aangetoond dat mensen die gunstig reageren op een proefinjectie in een facetgewricht van de cervicale wervelkolom, meer beweeglijkheid in hun nek krijgen en dat een warmtelaesie van de zenuw zinvol is', verduidelijkt Keuter. 'Op den duur herstelt de sensibiliteit zich weer.'

Voor een gunstig effect van methylprednisolon is wat bewijs, maar het wordt in de richtlijn niet aangeraden. 'Bij een partiële dwarslaesie meende men 15 jaar geleden dat je een betere prognose had als je direct enorme hoeveelheden bijnierschors gaf', becommentarieert Keuter. 'Inmiddels is dat achterhaald. In dezelfde gedachtegang is gekeken wat het effect bij whiplash is. Het is aangetoond dat mensen eerder weer aan het werk zijn, maar dat is een indirecte maat. Dan zijn overige overwegingen heel belangrijk. Het is nogal wat om zulke doseringen te geven. Het bewijs is flinterdun en het is een biomedische gedachtegang, waar we juist vanaf willen. Daarom raden we het af.' En massage? In de richtlijn is het niet opgenomen. In een boekje over whiplash voor patiënten (zie *Scoop*, blz. 1077) dat Keuter schreef, staat dat massage zinvol kan zijn. 'Maar dan wel zelfmassage, want de patiënt moet wel actief blijven. Bij het opstellen van de richtlijn is het niet aan de orde geweest. Het zat niet in de uitgangspunten en niemand heeft het aangebracht. Wellicht had dat wel gemoeten. Maar deze richtlijn kan nog groeien. En er komt over een paar jaar een herziening. Wellicht doet de Whiplash Stichting Nederland dan wel mee.'

Uitgelachen

'Laten we afspreken dat we mensen serieus nemen en goed nakijken', vervolgt Keuter. 'Het gebeurt echt dat patiënten door artsen worden uitgelachen. Ik ken patiënten die van hun neuroloog hebben gehoord dat whiplash niet bestaat. Als ze vragen wat ze dan hebben, krijgen ze als antwoord: niets. Dan doe je als neuroloog net of het hoofd niet bij de patiënt hoort. Waarom word je dan dokter?' Prof. Koerselman hoopt dat artsen en andere zorgverleners de richtlijn omarmen. 'Deze richtlijn moet het uitgangspunt vormen voor de zorg aan patiënten met een whiplash. De patiëntenvereniging is weliswaar tegen, maar de patiënten zijn er zeker bij gebaat.' 



De CBO-richtlijn en correspondentie over de richtlijn van de Whiplash Stichting Nederland vindt u via de digitale versie van dit artikel op www.medischcontact.nl. Daar staat ook een overzicht van de internationale whiplash-richtlijnen en de verschillen ertussen.