

Whiplash-læsioner og kæbeledet

Dansk Selskab for Bidfunktionslære havde på sit årsmøde den 30.-31. januar 1998 hovedtemaet »Whiplash-læsioner« med indlæg fra anæstesiolog, neuropsykolog, fysioterapeut og advokat samt tandlæger. På baggrund af dette møde gives hermed en orientering om de tandlægelige aspekter ved undersøgelse og behandling af disse ofte hårdt belastede patienter

Merete Bakke, Anders Vilmann, Lone Nyhuus og Karl Ørn Karlsson

Antallet af skader som følge af whiplash eller cervikal hyperekstension/hyperfleksion er i markant stigning. Man regner med at den cervikale columna er afficeret i omtrent en tredjedel af alle trafikulykker med bilkollisioner og oftest ved påkørsel bagfra. Tilstanden beskrives som »an injury to one or more elements of the cervical spine that arises from inertial forces being applied to the head in the course of a motor vehicle accident that results in pain (Barnsley, et al., Pain; 1994)«, eller mere populært som forstuvning af nakken kombineret med en slags »hjerne«rystelse af den forlængede rygmarg med en lang række uspecifikke symptomer som fx hovedpine, der kommer fra nakken og breder sig opad og fremad i hovedet, hukommelsesbesvær og generel træthed samt symptomer forårsaget af nervelæsioner. Det drejer sig typisk om kroniske neuropatiske smerter, nedsatte reflekser og ændret sensibilitet svarende til overekstremiteterne. Hertil kommer ofte en psykisk overbygning som ved andre kroniske smertetilstande, bl.a. i form af depressioner.

Forekomst af symptomer og fund i kæbeled og tyggemusklér efter whiplash

Også i tyggeapparatet er der beskrevet funktionsforstyrrelser som følge af whiplash (1-8). Mht. kæbeledet tyder det på at affektion af tyggeapparatet forekommer hos ca. en fjerdedel af de skadede. Det er de foreløbige tal fra en stor undersøgelse som i øjeblikket foretages af et tværfagligt team på alle whiplash-patienter i Reykjarik-området (Island). I de publicerede rapporter om symptomer fra tyggemusklér og kæbeled som følge af whiplash er kæbeledssmerter, kæbeledslyde som knæk og knasen, nedsat gæbeevne, asymmetrisk gabning, sammenbidsændringer, ømhød i tyggemusklér, ansigtssmerter og spændingshovedpine (2-4). Andre beskriver også at

tungen presses mod ganen, angiveligt fordi hovedet som følge af skaden bliver holdt foroverbøjet.

Symptomerne opstår normalt akut op til nogle timer efter uheldet, men de kan også opstå eller først bemærkes flere dage eller uger efter uheldet, og hos nogle går tilstanden over i en kronisk fase. Også efter et år synes risikoen for at have funktionsforstyrrelser i tyggeapparatet at være let forøget hos whiplash-skadede. Imidlertid må man efter et forsigtigt skøn regne med at det procentvise antal med sådanne lidelser i hvert fald ikke overstiger 10%, hvor det i befolkningen generelt ligger på omkring 5%.

I tre undersøgelser (4-6) af whiplash-skadede med symptomer fra kæbeledet hvor der er benyttet magnetresonansskanninger (MRI), er der vist displaceringer af kæbeledsdiscus i 50-87% af tilfældene. Hyppigst drejer det sig om anteriore discusdisplaceringer med delvis normalisering ledsaget af knæklyde (subluxatio disci ad anteriorem), dernæst permanente anteriore discusdisplaceringer (dislocatio disci ad anteriorem) og endelig i mindre grad mediale og laterale samt posteriore discusdisplaceringer. Desuden viser de nævnte MRI-undersøgelser (4-6) også blødning og ødem i kæbeledet i 20-80% af tilfældene.

Mekanismen for skadernes opståen på tyggemusklér og kæbeled er ikke helt afklaret. Den mest sandsynlige årsag er imidlertid at hyperekstensionen af kroppen under kollisionen giver en bagudrotation af kraniet. Dette bevirker en hurtig »omvendt« mundåbning med hypertranslation af kæbeledshovederne (7). En sådan kraftig fremadføring af ledhovederne forårsager et overstræk af kæbeledets retrodiskale væv og discus' ophængningsapparat samtidig med at der opstår en kraftig mundlukningsrefleks udløst fra lukkemusklernes muskeltene med risiko for kompressionskader på det retrodiskale væv og discusdisplaceringer (7). På læn-

gere sigt kan whiplash formodes at kunne disponere til artroseudvikling i kæbeledet ligesom andre former for kæbeledstraumer. Når det drejer sig om smerter fra tyggemusklerne, kan de både være sekundære til kæbeledstilstanden som følge af en øget muskulær aktivitet som led i en beskyttelsesrefleks eller »splitning« og være forårsaget af en central sensitivering af smertebanerne fra hoved og hals.

Behandling af følger i tyggeapparatet efter whiplash

Behandling af funktionsforstyrrelser i tyggeapparatet og dertil relaterede ansigtssmerter og hovedpine hos whiplash-patienter behandles efter samme principper som hos bidfunktionspatienter i øvrigt. Man må imidlertid regne med at prognosen generelt er dårligere da erfaringerne både i Danmark og i udlandet (8) viser at whiplash-patienterne pga. det meget komplekse sygdomsbillede almindeligvis ikke responderer så godt på behandlingerne som patienter uden denne baggrund. Endvidere svinger de lokale symptomer svinger også ofte med den generelle tilstand. Disse forhold betyder at man skal være meget tilbageholdende med irreversible og invasive behandlingstiltag på tænder og kæber. Den typiske behandling vil derfor omfatte instruktion, skånekost, varme, øvelser, en helt plan bidskinne (refleksfrigørende stabiliseringssskinne) og evt. akut reponering af kæbeledsdiscus. Samtidig bør disse behandlinger iværksættes hurtigst muligt efter ulykken for at sikre det bedst mulige resultat. Endvidere kan der suppleres med smertestillende medicin som paracetamol samt kodein og kombinationspræparater heraf (fx Fortamol) og evt. NSAID (fx Brufen) som skal tages efter ordination.

Whiplash og whiplash-skader er i fokus for øjeblikket, og blandt behandlere i det danske sundhedsvæsen har der været megen diskussion om hvorvidt baggrunden for de generelle symptomer skal betragtes som organisk eller snarere som udtryk for generel vantrivsel. En af grundene hertil er formentlig at skaderne vanskeligt erkendes ved traditionelle kliniske eller radiologiske undersøgelser og derfor ofte bagatelliseres. Når det drejer sig om kæbeled og tyggemusklere, håber vi at dette referat fra Dansk Selskab for Bidfunktionslæres årsmøde har bidraget til en øget klarhed over de tandlægelige aspekter ved undersøgelse og behandling af disse patienter. For de læsere der gerne vil vide mere om forholdene i tyggeapparatet ved whiplash-læsioner, kan de nedenstående referencer anbefales.

Litteratur

1. Burgess J. Symptom characteristics in TMD patients reporting blunt trauma and/or whiplash injury. *J Craniomandib Disord Facial Oral Pain* 1991; 5: 251-7.

2. Kronn E. The incidence of TMJ dysfunction in patients who have suffered a cervical whiplash injury following a traffic accident. *J Orofacial Pain* 1993; 7: 209-13.
3. Steigerwald DP, Verne SV, Young D. A retrospective evaluation of the impact of temporomandibular joint arthroscopy on the symptoms of headache, neck pain, shoulder pain, dizziness, and tinnitus. *Cranio* 1996; 14: 46-54.
4. Pressmann BD, Shellock FG, Schames J, Schames M. MR imaging of temporomandibular joint abnormalities associated with cervical hyperextension/hyperflexion (whiplash) injuries. *J Magnetic Resonance Imaging* 1991; 2: 569-74.
5. Isberg AM, Bergman H. Cervical hyperextension – hyperflexion injuries (whiplash) and temporomandibular joint internal derangement (abstract). 5th European Congress on Dental and Maxillo-Facial Radiology, Köln; 1995.
6. Garcia R, Arrington JA. The relationship between cervical whiplash and temporomandibular joint injuries: an MRI study. *Cranio* 1996; 14: 233-9.
7. Howard RP, Hatsell CP, Guzman HM. Temporomandibular joint injury potential imposed by the low-velocity extension-flexion maneuver. *J Oral Maxillofac Surg* 1995; 53:256-62; discussion 263.
8. Kolbinson DA, Epstein JB, Burgess JA. Temporomandibular disorders, headaches, and neck pain following motor vehicle accidents and the effect of litigation: review of the literature. *J Orofacial Pain* 1996; 10: 101-25.

Forfattere

Merete Bakke, lektor, dr. et lic.odont.

Afdeling for Bidfunktionslære og Oral Fysiologi, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet

Anders Vilmann, afdelingstandlæge, ph.d.

Afdeling for Bidfunktionslære og Oral Fysiologi, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet, samt privat praksis, København

Lone Nyhuus, afdelingstandlæge

Afdeling for Protetik og Bidfunktionslære, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet, samt privat praksis, Herning

Karl Örn Karlsson, lektor, tandlæge

Tandlægeskolen, Universitetet i Reykjavik, Island, samt privat praksis, Reykjavik