15 Jahre «helvetisches Schleudertrauma» – aus neuroophthalmologischer Sicht

Hannes Wildberger

Mit ihrer Definition des kraniozervikalen Beschleunigungstraumas hat die Kommission «Whiplash-associated disorder» der Schweizerischen Neurologischen Gesellschaft im Jahre 2000 wesentliche Richtlinien zum Umgang mit diesem Problem aufgestellt [1]. Mit einem erneuten Statement meldet sich heute (2006) eines der damaligen Kommissionsmitglieder (G. Jenzer) zurück. Es geht um die Frage, weshalb gerade in der Schweiz und im besonderen in speziellen Gegenden das Problem mit dem Schleudertrauma grassiert [2]. Der im übrigen auch augenchirurgisch tätige Autor der hier wiedergegebenen Gedanken ist mit dem Abfassen von unzähligen neuroophthalmologischen Berichten und Gutachten im Zusammenhang mit Schleudertraumata vertraut, wobei er wirtschaftlich unabhängig von Versicherungen ist, keine Kontakte mit entsprechenden Patientenorganisationen oder Rechtsanwälten pflegt, sowohl mit Falken als auch mit Tauben unter den Neurologen und Neurologinnen freundliche Kontakte pflegt und im übrigen den neuropsychologischen Kollegen und Kolleginnen wohlwollend zugetan ist. Wir alle haben in unseren Arztpraxen beobachtet, dass die Belastungsfähigkeit, die Leidensfähigkeit der Schweizer Bevölkerung in den letzten 20 Jahren abgenommen hat. Dies betrifft die «gesunde» Bevölkerung ganz allgemein und beschränkt sich keineswegs auf die Schleudertraumapatienten. Vielleicht gibt es auch mentalitätsmässige Unterschiede in verschiedenen Ländern und unter verschiedenen Sozialsystemen.

Weshalb überhaupt Neuroophthalmologie und Schleudertrauma? Die Patienten kommen oft erst viele Jahre nach einem Schleudertrauma zum Augenarzt/Neuroophthalmologen, oft als quasi letztes Aufgebot, das der Rechtsanwalt in der Not organisiert, um den Lauf der Dinge doch noch zu ändern. Als Neuroophthalmologe muss man sich dann wirklich fragen, was überhaupt das «natürliche» endgültige Selektionskriterium bei solchen speziellen Patienten ist, die eigentlich schon im voraus längstens durch ihre chronischen HWS-Beschwerden als späte Ausnahmefälle aussortiert sind. Gelegentlich scheint die Welt sogar verdreht zu sein: Im Umgang mit neuroophthalmologischen Patienten fragt man weniger, ob ein HWS-Trauma mit einer zerebralen Begleitläsion stattgefunden hat, als vielmehr, ob ein Patient mit einem offensichtlichen Hirntrauma nebenbei auch eine begleitende HWS-Läsion hatte. Es ist vielleicht auch so, dass die Definition des Schleudertraumas als «non-contact»-Trauma, also offenbar ohne Anschlagen des Kopfes, zu einer ungerechtfertigten Einengung von Kriterien führt. Es genügt nicht, sich auf den definitionsgemässen Standpunkt festzulegen, dass beim Schleudertrauma der Kopf nicht angeschlagen wird. Es ist wenig bekannt, was bei einem Distorsionstrauma der HWS, beispielsweise auch beim Sport, passiert.

15 ans du «coup du lapin» helvétique – la perspective neuro-ophtalmologique

Les conséquences du traumatisme cranio-cérébral par accélération (coup du lapin) sont spécialement devenues un sujet de débat à cause des coûts économiques exceptionnellement élevés en Suisse et dans certains cantons par rapport à l'étranger. Cette situation peut s'expliquer par des douleurs moins vives résultant de nouvelles formes de vie et de recommandations socio-éthiques excessives. Les examens auprès des patients qui souffrent de symptômes neuro-ophtalmologiques tardifs montrent la plupart du temps des dysfonctions de la transformation visuelle élevée. Des signes existent selon lesquels les plaintes des patients cachent un véritable dommage organique, ce qui laisserait supposer l'accompagnement d'un véritable traumatisme cérébral. Cette opinion peut aller à l'encontre de celle disant qu'il n'y aura pas de suites tardives. Il convient de noter que même avec des douleurs, des dysfonctions visuelles ou certains troubles neuropsychologiques, il est possible de maintenir la capacité de travail en procédant à l'adaptation adéquate.

Korrespondenz:
PD Dr. med. Hannes Wildberger
Spital Zollikerberg
Trichtenhauserstrasse 12
CH-8125 Zollikerberg

eyemile@bluewin.ch

Beim Neuroophthalmologen geht es nicht um abstrakte Begriffe wie Kopfweh und Nackenbeschwerden. Zudem sind Läsionen des «peripheren» visuellen Systemes bezüglich Häufigkeit wenig bedeutungsvoll (Augenmuskelparesen, Störungen des Binokularsehens, Neuropathien der Sehnerven, homonyme Gesichtsfeldausfälle/Migräne mit Aura usw.). Ganz im Vordergrund werden hingegen komplexe Sehstörungen übergeordneter «zentraler» Sehvorgänge beklagt, die zweifellos auch neuropsychologisch überlagert sind. Wir alle wissen, dass die Ursachen neuropsychologischer Dysfunktionen häufig nicht eindeutig organischer Genese sind im Sinne einer leichten traumatischen Hirnverletzung, sondern auf Schmerzen, funktionelle Hirnstörungen oder psychogene Störungen zurückzuführen sind. In Anbetracht verschiedener voreilig bestätigender Leserbriefmeinungen über Jenzers Artikel kommt jetzt aber doch der Zeitpunkt, an dem auch eine gewisse Skepsis über das bisherige Verharmlosende angesagt werden muss. Aus Jenzers Artikel entsteht nämlich der Eindruck, dass es kaum Spätfolgen nach einem Beschleunigungstrauma der HWS geben kann. Der Leser vermisst die klare Botschaft, ob und welche Patienten nun doch über eindeutige organische zerebrale Läsionen mit entsprechenden visuellen und neuropsychologischen Dysfunktionen verfügen dürfen oder können. In diesem Sinne sollte dem Neuroophthalmologen ein Ball zugespielt werden, den er auch mit gutem Gewissen auffangen darf. Es ist wahrscheinlich verfehlt, bei der Beurteilung zentraler visueller Sehstörungen auf klassische Symptome zurückzugreifen, die vor 100 Jahren von Holmes oder Balint bei hirnverletzten Kriegsopfern beschrieben wurden. Die von den Schleudertraumapatienten beschriebenen visuellen Beschwerden scheinen wesentlich subtiler zu sein und umfassen eigentlich dennoch die gesamte Liste der bekannten Störungen der höheren visuellen Wahrnehmung, die im übrigen absolut nicht schleudertraumaspezifisch ist. Bei sorgfältiger Befragung und Untersuchung findet man beispielsweise bei den betroffenen Patienten Beschwerden der statischen Musterwahrnehmung und vor allem je nach Schweregrad abstufbare Störungen des dynamischen Sehens (visuelle Bewegungswahrnehmung, «motion perception»). Das dynamische Sehen ist eine äusserst komplexe Funktion mit vielen visuellen Parametern, wobei die Forschungsbemühungen bisher noch wenige Auswirkungen auf den diagnostischen Alltag hatten. Das heutige augenärztliche Instrumentarium umfasst vorwiegend Teste für das statische Sehen, obwohl die Welt grösstenteils aus visueller Bewegung besteht. Mit Hilfe einfacher klinischer Testmethoden des visuo-motorischen Reflexbogens können bei betroffenen Patienten doch (teilweise objektivierbare) Hinweise für Dysfunktionen des dynamischen Sehens gewonnen werden. Sind derartige Dysfunktionen vorhanden, muss dies nicht eine Invalidität oder Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bedeuten, aber sie weisen immerhin in die Richtung eines durchgemachten zerebralen Traumas.

Zusammenfassend ist zwar Jenzers These einer bei grossen Bevölkerungsteilen erworbenen Dünnhäutigkeit und übertriebener Vulnerabilität aufgrund neuer Lebensformen und zu weit gehender sozialethischer Theorien (auch die Medien spielen eine Rolle) zuzustimmen. Es ist aber dennoch zu vermuten, dass in den Angaben der Patienten ein gewisses Stück organisch bedingter Wahrheit steckt. Es gibt durchaus auch chronische Schleudertraumapatienten, die keine der obengenannten höheren Sehstörungen aufweisen. Die Empfehlung Jenzers einer möglichst raschen optimistisch eingestellten Rückkehr zum beruflichen Alltag ist ein sehr wesentlicher Punkt. Es sollte hier auch eine gewisse Fairness und Begleitstrategie von der Seite der Versicherungen erwartet werden. Nehmen sich nämlich wegen Unfallfolgen nicht mehr arbeitende und versicherungstechnisch «abgeschlossene» Patienten einen Rechtsanwalt, sind sie eigentlich verloren. Es kommt dann zur Ausbildung einer neuen psychosomatischen Erkrankungsform, welche RAAS benannt werden kann (Rechtsanwaltabhängigkeitssyndrom). Aus verschiedenen Gründen ist in derartigen Fällen dringend davon abzuraten, Berichte oder Gutachten im Auftrag und auf Kosten des Patienten und seines Anwaltes zu erstellen, nur weil die zuständige Versicherung keine Kostengutsprache mehr leistet.

Literatur

1 Schnider A, Annoni JM, Dvorak J, Ettlin T, Gütling E, Jenzer G, et al. Beschwerdebild nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma («whiplash-associated disorder»). Bericht der Kommission «Whiplash-associated Disorder» der Schweizerischen Neurologischen Gesellschaft. Schweiz Ärztezeitung. 2000;81(39):2218-20.

2 Jenzer G. 15 Jahre «helvetisches Schleudertrauma». Schweiz Ärztezeitung. 2006;87(26):1230-3.