



Af Nicole Deleu og Henriette Henriksen

Kontakt

Nicole.Deleu@cfh.ku.dk & Henriette.Henriksen@cfh.ku.dk

Biografi

Nicole Deleu er neuropsykolog og Henriette Henriksen er fysioterapeut på Center for Hjerneskade i København.

Patienter med hjernerystelse

Indledende rådgivning og vejledning.

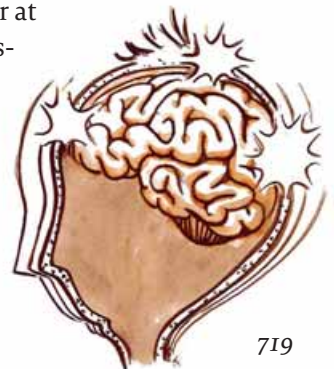
RESUME: På basis af kontakt til patienter med følger efter milde hovedtraumer samt den forskning, der forligger på området, præsenterer forfatterne nogle generelle pointer i den indledende rådgivning efter traumat med henblik på så vidt muligt at undgå langtidsfølger. Patientens negative forventninger til bedringsprocessen er en af de faktorer, der ifølge nogle studier korrelerer med langvarige symptomer efter milde hovedtraumer. Da patienterne udgør en meget heterogen gruppe, opfordres der til, at rådgivningen tilpasses den enkelte patients symptomniveau, personlighed og livsstil.

MÅNEDSSKRIFT
for almen praksis

Gruppen af patienter med følger efter lettere hovedtraumer fylder mere i dag end for bare få år siden. I denne artikel er der fokus på, hvordan vi som læger skal rådgive patienten ved den indledende konsultation efter traumat. Senere følger en anden artikel om de komplicerede tilfælde, som ikke remitterer inden for 3 måneder.

Appetizer

Der har i de seneste år været en øget opmærksomhed på hjernerystelser og risikoen for at pådrage sig længerevarende følger. Mange oplever, at denne gruppe patienter fylder mere hos lægen, i kommunen og forsikrings-selskaberne end tidligere. Statistiken tyder dog ikke på, at der er sket en reel stigning i, hvor mange mennesker der pådrager sig en hjernerystelse i Danmark (1), men formentlig er der sket en stigning i personer, der *henvender sig* fx til egen læge med de symptomer, de har efter et hovedtraume. For at kunne vejlede denne gruppe patienter hensigtsmæssigt er det derfor væsentligt i hele landet at beskæftige sig med rådgivningen af patienter med hovedtraumer. Denne artikel adresserer rådgivning i den indledende fase (0-3 måneder efter hjernerystelsen) og vil kunne bruges af læger i hele landet. Senere følger en artikel, der beskæftiger sig med rådgivning og



Center for Hjerneskade er et ikke-kommercielt specialsygehus med driftsoverenskomst med Region Hovedstaden. Centrets formål har siden 1985 været at vise, at personer med erhvervet eller medfødt hjerneskade samt følger efter hjernerystelse gennem intensiv multidisciplinær rådgivning og træning kan forbedre deres personlige og erhvervsmæssige funktion og vende tilbage til job eller uddannelse og et aktivt liv selv år efter en hjerneskade.

vejledning af de patienter, hvor symptomerne ikke er remitteret efter 3 måneder.

Hjernerystelser hører under kategorien milde hovedtraumer og afgrænser sig i karakter fra hhv. de moderate og svære hovedtraumer. Selv relativt mindre traumer mod hovedet kan være tilstrækkelige til at afstedkomme fysiologiske (strukturelle, vaskulære og kemiske) forandringer i hjernen og både fysiske, kognitive og emotionelle symptomer. Der lader umiddelbart ikke til at være en sammenhæng mellem slagets kraft (inden for den milde kategori) og det udviklede symptomniveau (2). Til gengæld er der meget, der aktuelt tyder på, at hjernevævets *rotation* i forbindelse med hovedtraumet i højere grad kan have en negativ betydning for udviklingen af symptomer (3). Der er efterhånden enighed om, at tab af bevidsthed *ikke* er en forudsætning for, at en patient kan diagnosticeres med hjernerystelse (4).

Mange patienter vil derfor kunne beskrive kraftige reaktioner på relativt milde slag mod hovedet (har fået en bold i hovedet, er stødt kraftigt op i en skabslåge eller dørkarm osv.) Der kan desuden ses let udløste tilbagefald i forbindelse med et eventuelt nyt slag eller stød mod hovedet efter den indledende hjernerystelse. Disse tilbagefald vil dog som oftest være af kortere varighed.

Vi har på Center for Hjerneskade (CfH) set patienter med langvarige følger efter hjernerystelse siden centrets begyndelse. Da denne gruppe patienter dog ikke får udbytte af vores traditionelle intensive genoptræningsprogrammer målrettet personer med erhvervet hjerneskade, har vi siden 2011 haft et specifikt behandlingstilbud til denne gruppe i vores commotio-enhed. Vi har aktuelt ca. 150 commotio-forløb igennem årligt.

Vi ser først patienterne, når hjernerystelsen har udviklet sig til langvarige følger. Typisk kommer de først i kontakt med CfH 1-1½ år efter hovedtraumet, nogle gange væsentligt senere.

Foto 1 /
Mange patienter kan beskrive kraftige reaktioner på relativt milde slag mod hovedet

Foto: Colourbox



CAUTION
MIND YOUR HEAD



Der lader umiddelbart ikke til at være en sammenhæng mellem slagets kraft og det udviklede symptomniveau

Vores oplevelse er, at vejledningen af personer, der har pådraget sig en hjernerystelse, i den indledende fase er vidt forskellig, hvilket måske ikke er så underligt, givet at de kliniske retningslinjer vedrørende hjernerystelse ikke er særligt specifikke (5). Gennem vores kontakt til denne patientgruppe og den forskning, der er lavet på området, har vi dog gjort os nogle erfaringer med, hvilken rådgivning og vejledning der i den indledende fase efter hovedtraumet kan være givtig eller problematisk i forhold til udviklingen af længerevarende følger og tilstødende vanskeligheder.

Da patienterne udgør en meget heterogen gruppe, og den enkelte patients symptomniveau, personlighed, livsstil og anvendelse af den rådgivning, der bliver givet, er meget forskellig, er det af gode grunde vanskeligt at anbefale én rådgivningsform eller -metode, som vil virke ens for alle patienter. Vi vil dog gerne her præsentere nogle generelle pointer i den indledende rådgivning, baseret på vores erfaringsgrundlag.

Beroligelse og normalisering

Litteraturen peger på, at den indledende rådgivning efter en hjernerystelse er væsentlig, og at det for lægen eller skadestuen er vigtigt at give patienten en fyldig information om, hvad en hjernerystelse er, samt hvilke symptomer der er normale og forventelige. Det er desuden vigtigt, at patienten beroliges i forhold til prognosen, så man så vidt muligt mindsker den stress og uro, der kan være med til at forværre symptomerne, samt mindsker negative forventninger til bedringsprocessen (6). Patientens negative forventninger til bedringsprocessen er en af de faktorer, der ifølge nogle studier korrelerer med langvarige symptomer efter milde hovedtraumer (7) (8).

Beroligelse kan typisk opnås gennem information til patienten om statistikken for, at langt de fleste af de personer, der pådrager sig en hjernerystelse, vil opleve hurtigt at få det bedre, og at symptomerne typisk fortager sig gradvist over en kortere periode (14 dage til ca. 3 måneder). Statistikken fortæller også, at hos minimum 85-90 % af de personer, der får en hjernerystelse, fortager symptomerne sig helt (inden for 1 år).

Det er dog vigtigt, at behandleren er opmærksom på, at nogen forskning peger på, at op mod 25 % af personer ramt af en hjernerystelse stadig oplever resterende symptomer 6-12 måneder efter hovedtraumet (9).

Generelt er det vores indtryk, at det i den indledende rådgivning kan være vigtigt at undgå at give patienterne tidsmæssige deadlines for, hvornår de kan forvente at være raske og "tilbage til normalen" igen.



"Når hjernen rystes" kan tilsendes som folder ved kontakt til Center for Hjerneskade på tlf. 35 32 90 06 eller kan downloades på hjemmesiden www.cfh.ku.dk.

Oftentimes these deadlines are an unintended stress factor – especially if the patient does not reach the expected improvement at the due date. Stress, anxiety and worry are some of the factors, which research and our clinical work point to as both aggravating and maintaining symptoms after a concussion (10).

Information about the typical symptoms is, however, essential for normalizing the condition, which the patient can experience, reduce anxiety and worry in connection with the symptoms and avoid, that the patient feels, that "something is wrong with me", or that "this is dangerous". A significant need, which most of the patients, we meet, express, is to "be taken seriously" both in the initial and the later phase and not feel, that they are neglected or underestimated in their symptoms, which they actually experience.

Center for Hjerneskade has developed an information sheet, which can be sent or downloaded from our website. It describes the typical symptoms, which one can experience after a concussion, and includes short advice in relation to the management of them. See more at <http://cfh.ku.dk/>

2. Hvile eller ej?

There is still a debate about, in how high a degree ordered rest and quiet is the best solution, right after a person has suffered a concussion. We see most often, that if the patient is in the first time after the concussion either has done a lot for a long time and then quickly returns to their daily life without taking into account their symptoms **either** has been completely inactive/understimulated for a long time (some weeks), so it can be a very unintended consequence for the person's recovery process and the brain's ability to handle and process information and input. Therefore the initial advice and recommendation of rest versus resumption of activity is a very important component in the guidance of patients with concussion.

There is a broad agreement, that rest and quiet the first few days are important after a concussion, as the brain has a need for rest to be able to handle the physiological effects. Much research points to, that "full rest" is not a very meaningful recommendation over the first three days after the concussion. There is no significant effect of the "rest-regime" over three days in concussion patients – to be fair the physical and psychological disadvantages of being completely inactive for a long time in relation to muscles, bones, physical fitness, pain, mood etc. (11).

It is our assessment, that after the first few days a meaningful recommendation is, that the patient starts to engage in light activity (eventually in shorter intervals), where there is a balance between rest/pause and light activity



Kranietraumer
- [http://www.medibox.dk/
doc?doc_id=3807](http://www.medibox.dk/doc?doc_id=3807)



Glasgow coma scale – bevidstheds-
påvirkning – GCS
[http://www.medibox.dk/
doc?doc_id=15226](http://www.medibox.dk/doc?doc_id=15226)

vitet. Alle aktiviteter gælder, fx at gå i bad, lave morgenmad, tage tøj på, tømme halvdelen af opvaskemaskinen mv. Devisen er ”lidt ad gangen er vejen frem”.

Nogle af de patienter, vi ser, har indledningsvist været så plagede af deres symptomer (kvalme, svimmelhed, hovedpine eller træthed), at de stort set ikke har kunnet bevæge sig i dage - og til tider ugevis - men har levet af yoghurt og kaffe for nedrullede gardiner. Vejledningen må derfor blive ud fra en individuel vurdering af det konkrete tilfælde og ud fra, hvor meget patienten kan være oppe og i gang.

Herefter kan aktivitetsniveauet (intensitet og tidsrum) langsomt øges - under hensyntagen til at patientens symptomniveau ikke bør stige kraftigt under eller efter aktiviteten. Symptomerne kan fungere som guideline i forhold til, hvor lidt eller hvor meget aktivitet patienten kan lave ad gangen uden at overbelaste sin formåen. Da symptomerne ofte optræder forsinket, kan det være svært at tilrettelægge denne gradvise optrapning, men det anbefales hellere at gå lidt forsigtigt til værks end fare for hurtigt frem, da kraftige symptomøgninger ved overbelastning bl.a. kan have adfærdsmæssige og psykiske følgevirkninger i form af isolation, bekymringer og på længere sigt angst og depression.

3. Fysisk aktivitet og motion

Umiddelbart efter en hjernerystelse vil de fleste være generet af hovedpine, kvalme og svimmelhed. Disse symptomer vil oftest øges ved fysisk aktivitet, ofte selv ved forholdsvis let aktivitet som trappegang, kortere gåture eller cykling. For enkelte vil blot det at stå ud af sengen og bevæge sig rundt i boligen øge symptomerne. Der er ikke evidens for, at det er den fysiske aktivitet i sig selv, der er problematisk i den helt akutte fase; det er nok i højere grad summen af aktiviteter, samt hvor krævende den fysiske aktivitet er. Det kan derfor her være relevant at være forsigtig med aktiviteter, der indebærer pulsstigning og øger symptomerne markant.

Efter de første dages ro bør der tilstræbes en gradvis tilbagevenden til det vanlige aktivitetsniveau, og den ramte må gerne indgå i lettere fysisk aktivitet i det omfang og den form, som vedkommende trives godt med (fx gåture, yoga, let løb, cykling, svømning m.m.) En vis øgning af symptomer er acceptabelt under og umiddelbart efter aktiviteten. Generelt bør øget aktivitet efterfølges af hvile, og længden af hvile bør stå i relation til længden af aktivitet. Hvis man f.eks. har gået en tur på 10 minutter, er det ikke i orden at have behov for at hvile 1 time bagefter. I så fald bør turen kortes ned.



Lidt ad gangen
er vejen frem

Den fysiske aktivitet kan herfra optrappes, efterhånden som patientens tilstand bedres, og kapaciteten øges. Dette er en sværere proces, end det umiddelbart lyder, og sparring og vejledning i forhold til passende aktivitetsniveau er ofte nødvendigt. Motionsvaner kan genoptages, i takt med at symptombilledet mindskes – igen efter devisen ”lidt ad gangen er vejen frem” (12).

Sport med risiko for fornyede hovedtraumer bør undgås, før patientens symptomer er helt væk.

Blandt gruppen af patienter, hvor hovedpinen er et kernesymptom, og denne ikke bedres i takt med de øvrige symptomer, er det vores erfaring, at der ofte eksisterer en cervikal/kraniel problematik udløst i forbindelse med hovedtraumet. Dette kan ses i form af dysfunktioner i led og bløddele, især i de højercervikale led og strukturer. Internationalt er der øget opmærksomhed på denne problematik, uden at man dog endnu er kommet frem til ensrettede anbefalinger på området. Hvis patienten efter 2-3 uger fortsat klager over smerter, stramhed eller ubehag omkring kranie-cervikal-overgangen, kæber, kranie, ansigt, hovedpine eller indskrænket bevægelighed, vil det være relevant at få dette udredt nærmere ved en manuel mediciner eller fysioterapeut med manuel erfaring inden for denne målgruppe.

4. Brug af skærm og læsning

Der er, så vidt vi kan se, ikke megen forskning, der understøtter tesen om, at brug af skærm (TV og computer) og læsning bør undgås efter en hjernerystelse, medmindre patientens symptomniveau reagerer tydeligt på disse aktiviteter. Igen er devisen nok nærmere, at ”lidt ad gangen er vejen frem”. Hvis det er muligt for den enkelte patient at læse, se TV og bruge computerskærm i kortere intervaller afbrudt af pauser (eller en anden aktivitet), uden at symptomniveauet øges, synes det ikke umiddelbart problematisk for bedringsprocessen. Udfordringen kan dog for den enkelte ligge i at vurdere, hvor lange intervaller vedkommende kan klare ad gangen, da reaktionen kan være forsinket.

Det ses imidlertid jævnligt, at hjernerystelse kan medføre specifikke visuelle vanskeligheder, fx i form af øjnenes evne til at fokusere, arbejde sammen m.m., som kan betyde, at visuelle indtryk samt læsning, brug af TV og PC/tablet udtrækker patienten markant og forværrer vedkommendes symptomniveau.

Denne form for synsvanskeligheder efter en hjernerystelse kan primært udredes (og evt.



genoptrænes) ved en optometrist specialiseret i neurooptometrisk synstræning (13).

5. Pårørende og netværket

Det kan være givtigt for patienterne i denne gruppe, at de pårørende og netværket tænkes ind fra starten, da det kan være hensigtsmæssigt (eller simpelthen nødvendigt), at patienten i en periode skruer ned for fx praktiske dagligdagsaktiviteter i hjemmet såsom rengøring, indkøb, madlavning, afhentning og pasning af børn mv. Ofte kan det være meget hjælpsomt, at netværket træder ind og hjælper med diverse opgaver, som patienten ikke selv kan indgå i eller har overskud til. Dette betyder, at den generelle arbejdsbyrde/belastning lettere kan tilpasses og tilrettelægges patientens niveau/overskud og gradvist kan udvides igen, efterhånden som patienten får det bedre.

Den information, råd og vejledning, som er afgørende for patienten, kan her være lige så væsentlig for netværket for at kunne støtte på en hensigtsmæssig måde.

6. Tilbagevenden til arbejde

Det er en vanskelig vurdering, hvad der er bedst for den enkelte patient i forhold til tilbagevenden til arbejde efter en hjernerystelse. Vores erfaring er dog, at de patienter, vi ser, ofte er kommet for intensivt og for hurtigt tilbage på deres arbejde efter hjernerystelsen. For de fleste vil det formentlig være hensigtsmæssigt med nedsat arbejdstid (eller evt. intet arbejde) de første 2-14 arbejdsdage efter et hovedtraume for at give hjerne muligheden for at restituere efter den neurale påvirkning fra slaget.

Det er vores indtryk, at man formentlig kan hente meget ved fx en forebyggende deltidsfunktion på arbejdet indledningsvist, hvor patienten fastholder sin tilknytning til sit arbejde (hvis muligt!), men ikke overbelastes. Herefter kan der ske en gradvis optrapning i tid og opgaver, efterhånden som patienten synes at kunne magte det. Det kan være relevant at være lidt konservativ med optrapningen i arbejdstid og opgavekompleksitet, hvis der ses fortsatte symptomer. Vi ser ofte med denne patientgruppe, at den arbejdsmæssige optrapning skal ske langsommere end ved flere af vores andre neurologiske patienter.

I flere tilfælde kan det dog være det mest hensigtsmæssige med en fuld sygemelding fra arbejdet i nogen tid, afhængigt af hvor dårligt patientens funktionsniveau er efter hjernerystelsen. Her er det stadig hensigtsmæssigt at have fokus på, hvordan aktivitetsniveauet sideløbende kan tilpasses og gradvist udvides i de hjemlige rammer.

7. Opfølgning

Regelmæssige opfølgningssamtaler med patienter, der har pådraget sig en hjernerystelse, er væsentlige, da man her vil kunne opdage de patienter, hvor fremgangen ikke sker som forventet, og dermed iværksætte målrettede tiltag i tide. Det vil ofte være mest hensigtsmæssigt, at lægen/sygeplejersken sikrer, at der aftales tider til opfølgningssamtaler, inden patienten tager hjem. Mange patienter vil efter en hjernerystelse ofte selv have svært ved dels at vurdere deres behov, dels at overskue at kontakte klinikken og få bestilt tid. ●

Økonomiske interessekonflikter: *ingen angivet*

Litteratur

- (1) Eskesen V et al. (2014) Initial håndtering af minimale, lette og moderate hovedtraumer hos voksne, Ugeskrift for læger 2014; 176:
- (2) Reuben, A et al. (2014) Postconcussion syndrome (PCS) in the emergency department predicting and pre-empting persistent symptoms following a mild traumatic brain injury. Emergency Med. Journal, 31: pp. 72-77.
- (3) Bigler ED. (2008) Neuropsychology and clinical neuroscience of persistent post-concussive syndrome, Journal of the international Neuropsychological Society (2008), 14, pp. 1-22.
- (4) Reuben, A et al. (2014) Postconcussion syndrome (PCS) in the emergency department predicting and pre-empting persistent symptoms following a mild traumatic brain injury.
- (5) Mala H, Mogensen J. (2017) Commotio cerebri og mild traumatisk hjerneskade – er vi enige om, hvad det er? Best Practice, Psykiatri/Neurologi, Feb. 2017.
- (6) Nelson S AL, Hammeke TA. (2014) Rehabilitation from postconcussion syndrome: Nonpharmacological treatment. Concussion. Prog Neurol Surg. Basel, Karger, vol. 28; pp. 149-160.
- (7) Cassidy JD et al. (2014) Population-based, inception cohort study of the incidence, course and prognosis of mild traumatic brain injury after motor vehicle collisions, Arch Phys Med Rehabil 2014, 95; pp. 278-85.
- (8) Cassidy JD et al. (2014) Systematic review of self-reported prognosis in adults after mild traumatic brain injury: Results of the International Collaboration on mild traumatic brain injury prognosis, Arch Phys Med Rehabil 2014; 95; pp. 132-51.
- (9) Pinner M et al. (2002) Konsensusrapport om commotio cerebri (hjernerystelse) og det postcommotionelle syndrom, Videnscenter for Hjerneskade.
- (10) Silverberg ND, Iverson GL. (2011) Etiology of the post-concussion syndrome: Physiogenesis and psychogenesis revisited, Neurorehabilitation 29; pp. 317-329
- (11) Silverberg ND, Iverson GL. (2013) Is rest after concussion "the best medicine"? Recommendations for activity resumption following concussion in athletes, civilians and military service members. J Head Trauma Rehabil, vol. 28, no. 4; pp. 250-259.
- (12) Baker JG et al. (2012) Return to full functioning after graded exercise assessment and progressive exercise treatment of postconcussion syndrome. Rehabilitation research and practice, vol. 2012; pp. 1-7.
- (13) Gallaway M et al. (2016) Vision therapy for post-concussion vision disorders. Optometry and Vision Science, vol. 93; pp. 1-6.