

Når patienten er syg, selvom undersøgelsesresultaterne er normale

Whiplash-syndrom og fibromyalgi, der omtales i dette temanummer af Ugeskrift for Læger, er begge tilstande, hvor der ikke er klare tegn på organisk sygdom, men hvor diagnosen bygger på det kliniske symptombillede. Begge diagnoser er rubriceret i Sundhedsstyrelsens »Klassifikation af sygdomme« som velafgrænsede lidelser. Symptomernes karakter bestemmer ofte betegnelsen for syndromerne; således bliver generne fra tarmen til »irritabel tarm-syndrom«, fra urinvejene til »smertefuld blære-syndrom« og generelle udbredte smerter til diagnosen fibromyalgi. Undertiden er symptomerne knyttet til en specifik begivenhed som en hjernerytelse, et trafikuheld med påkørsel bagfra eller en psykologisk traumatiserende oplevelse. Syndromer, der er forbundet med disse begivenheder, kendes nu som henholdsvis det postkomotionelle syndrom, *whiplash*-syndrom og posttraumatisk stresstilstand. Ud over symptomer fra det specifikke organ forekommer der hyppigt en række mere uspecifikke gener med træthed, dårlig nattesøvn, dysfori, hukommelses-, koncentrations- og indprentningssvækkelse og en almen ulystfølelse. I en række tilfælde foreligger der en årelang forhistorie, hvor der gradvis er opbygget en kombination af somatiske og psykiske problemer – med smerter som det overskyggende symptom. Fibromyalgi er en hyppigere tilstand end *whiplash*, og den ses ofte som en overbygning på slidbetingede skader i bevægeapparatet.

Historisk har den slags tilstande eksisteret under skiftende navne. Tidligere kendte man bl.a. til *the railway spine*, krigssejlersyndromet under anden verdenskrig m.fl., betegnelser, der nu er forsvundet, men til gengæld er afløst af andre. De fleste læger kender til patienter, der møder med klager over smerter og andet ubehag, og hvor resultaterne af laboratorieprøver, billeddannende undersøgelser og andre diagnostiske procedurer er normale. Hvad er så forklaringen på disse tilstande med diverse organgener, men med få eller ingen objektive abnorme fund? Blot at tilskrive dem indbildning, hypokondri, hysteri eller modsat oversete organiske forklaringer er grundløst. Forklaringen må i stedet findes i en vifte af biologiske, sociale og psykologiske faktorer, som hos særligt disponerede personer kunne være en af grundene til, at den samme begivenhed eller det samme traume hos nogle bliver til en kronisk undertiden invalide-

rende sygdom, mens det hos andre ikke efterlader et eneste spor.

Præcis det forhold, at der ikke knytter sig en klar organisk patologi til disse tilstande, har givet anledning til begreber som »funktionelle lidelser« og »somatisering« [1]. Betegnelserne kan have en kedelig klang hos både patient og læge. Patienten har hyppigt været igennem en odysse af undersøgelser og er rejst fra speciale til speciale med samme information: »Der er intet abnormt, på papiret er du sund og rask«. En glædelig, men for patienten ikke desto mindre vanskeligt forståelig meddelelse, når han/hun føler at være i en miserabel forfatning. For lægen er patientens klager lige så frustrerende, fordi han/hun føler sig magtesløs og blot kan konstatere, at patienten ikke trives på trods af de mange normale undersøgelsesresultater. Er der så ingen organiske forklaringer på disse funktionsforstyrrelser?

For kroniske smerter af ukklar oprindelse har genetiske mekanismer været foreslået som en mulig joker i dette spil. For eksempel er variationer i *COMT*-genet, som koder for enzymet catechol-O-metyltransferase, eller genet *SLC6A4*, som koder for transporten af serotonin, forbundet med en højere end normal frekvens af kroniske smerter herunder fibromyalgi og kæbeledssmerter [2, 3]. De kommende år må afgøre, om sådanne genetiske variationer kan spille en rolle for disse indtil videre ætiologisk set uafklarede lidelser. At afvise disse funktionsforstyrrelser som opspind er ikke blot arrogant, men en lægeholdning af den type kan føre til en uheldig læge-patient-kommunikation og en mulig forværring af tilstanden [4]. En forstyrrelse i de normale homøostatiske mekanismer, der integrerer information om organismens fysiologiske status, kunne være medvirkende til en patologisk sensibilisering i en række områder af hjernen og dermed være starten på en kronisk invaliderende tilstand [1, 5]. Funktionelle tilstande bør både forskningsmæssigt og klinisk behandles med samme seriøsitet som andre sygdomme.

LITTERATUR

1. Mayer EA, Bushnell MC. Functional Pain Syndromes. Seattle: IASP Press, 2009.
2. Buskila D. Genetics of chronic pain states. Best Pract Res Clin Rheumatol 2007;21:535-47.
3. Foulkes T, Wood JN. Pain genes. PLoS Genetics 2008;4:1-9.
4. Dobkin PL, De Civita M, Abrahamowicz M et al. Patient-physician discordance in fibromyalgia. J Rheumatol 2003;30:1326-34.
5. Clauw DJ. Potential mechanisms in chemical intolerance and related conditions. Ann N Acad Sci 2001;933:235-53.

LEDER

Professor Troels Staehelin Jensen, professor Henning Bliddal & professor Per Klausen Fink

KORRESPONDANCE:

Troels Staehelin Jensen, Dansk Smerteforskningscenter, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, 8000 Århus C. E-mail: tsjensen@ki.au.dk

INTERESSEKONFLIKTER:

Der er fra Forsikring og Pension ydet forskningsstøtte til Troels Staehelin Jensen i forbindelse med *whiplash*-projekter. Henning Bliddal har modtaget vederlag fra Pfizer i forbindelse med afprøvning af et spørgeskema til udredning af patienters smertemønster.