

# I sintomi somatici diversi da quelli generalmente associati al trauma da colpo di frusta hanno registrato un aumento nell'ambito del colpo di frusta cronico autoriferito

*Somatic symptoms beyond those generally associated with a whiplash injury are increased in self-reported chronic whiplash. A population-based cross sectional study: the Hordaland Health Study (HUSK).*

Myrtveit SM, Skogen JC, Wenzel HG, Mykletun A  
BMC Psychiatry. 2012 Aug 31;12:129. doi: 10.1186/1471-244X-12-129.

## Abstract

**Background:** il colpo di frusta cronico comporta una notevole sofferenza del paziente oltre a costi considerevoli per la società. Esistono due ipotesi opposte riguardo all'eziologia del colpo di frusta cronico. L'ipotesi organica tradizionale considera il colpo di frusta cronico e i relativi sintomi come il risultato di un trauma specifico. L'ipotesi opposta vede il colpo di frusta cronico come una sindrome somatica funzionale e i suoi sintomi come il risultato delle aspettative indotte dalla società e dell'amplificazione dei sintomi stessi. Entrambe le ipotesi concordano sul fatto che, rispetto alla popolazione generale, i pazienti che riportano colpo di frusta dovrebbero soffrire di maggiore cervicaglia ed emicrania e avere sintomi maggiori di ansia e depressione. Esistono poche informazioni riguardo all'aumento della prevalenza dei sintomi somatici oltre a quelli direttamente associati al trauma da colpo di frusta. Lo scopo di questo studio era verificare una conseguenza derivante dalla seguente ipotesi funzionale: negli individui che riferiscono colpo di frusta cronico, oltre ai sintomi associati al trauma da colpo di frusta, si registra un aumento della prevalenza dei sintomi di somatizzazione osservabili nei disturbi somatici? Abbiamo, inoltre, voluto indagare il ruolo del recall bias (errore sistematico dovuto alla diversa accuratezza di ricordarsi eventi passati) confrontando il profilo sintomatico degli individui che riferivano colpo di frusta e quello dei soggetti che riferivano lesioni non funzionali (fratture della mano o del polso). L'analisi è stata effettuata relativamente al carico sintomatico ma l'origine eziologica non è stata presa in considerazione. **Metodi:** sono stati utilizzati i dati provenienti dallo studio sulla popolazione Hordaland Health Study (HUSK, 1997-99); N. = 13.986. 403 soggetti riferivano colpo di frusta cronico mentre 1.746 riferivano fratture. È stata misurata la tendenza alla somatizzazione utilizzando una lista di 17 sintomi somatici relativi a differenti regioni del corpo e organi, ottenuti dai criteri di ricerca dei disturbi di somatizzazione (ICD-10, F45). **Risultati:** il colpo di frusta cronico è risultato associato all'aumento dei livelli di tutti i sintomi somatici esaminati ( $p < 0,05$ ). L'associazione si è rivelata moderatamente forte (differenza tra i gruppi pari a 0,60 deviazione standard), solo in parte giustificata dal confondimento. Per quanto riguarda le fratture autoriferite, i sintomi erano lievemente elevati. **Conclusioni:** l'aumento della prevalenza dei sintomi somatici diversi da quelli generalmente associati al modello di lesione organica correlato al colpo di frusta cronico mette alla prova il modello standard di lesione legato al colpo di frusta e suggerisce come il colpo di frusta cronico rappresenti una sindrome somatica funzionale.

## Commento

Salvatore Atanasio

Con il termine colpo di frusta si descrive il brusco movimento causato da improvvise forze di accelerazione/decelerazione a livello del rachide cervicale e della parte superiore del tronco, di solito conseguente ad impatto frontale o posteriore. Generalmente questo trauma provoca danni di varia entità ai tessuti molli del collo, eccezionalmente lussazioni o fratture. Nella maggior parte dei casi si ha dolore cervicale e/o dorsale e/o cefalea, rigidità e più raramente vertigini e parestesie agli arti superiori. La sintomatologia tende a scomparire senza lasciare reliquati in 4-8 settimane. Dopo tre mesi, nonostante spesso non si abbiano evidenze di lesioni strutturali un certo numero di pazienti (dal 6% al 50% a seconda delle ricerche) rimane sintomatico, con tutte le implicazioni socioeconomiche che ne derivano. La cronicizzazione della sintomatologia dolorosa, come sappiamo, incide negativamente sulla qualità di vita e sulle capacità lavorative, la particolarità di questi pazienti è che oltre ai sintomi legati direttamente alla sede del trauma (cervicalgia, mal di testa) sono presenti somatizzazioni funzionali quali disturbi intestinali, disturbi del sonno, palpitazioni, brevità del respiro con affanno, ansietà, depressione legati a meccanismi di somatizzazione. Gli autori norvegesi sono appunto partiti dalla domanda se nel colpo di frusta cronico il ricco corteo sintomatologico fosse da ascrivere tutto o in parte a fenomeni di somatizzazione o legato a danni organici derivati dal trauma. In ricerche come queste che si basano su questionari autosomministrati bisogna sempre tenere presente una possibile fonte di errore rappresentata dal cosiddetto "recall bias" cioè la possibilità che il soggetto esaminato amplifichi (per ansietà, depressione, desiderio di indennizzo) la gravità della sintomatologia riportata o riconduca all'evento traumatico sintomi che ad esso non sono legati. Per ottenere dei dati che non risentissero di questo potenziale errore gli autori hanno esplorato l'eventuale incremento degli stessi sintomi di somatizzazione anche in soggetti che avevano subito una frattura della mano o del polso. I risultati sembrano chiaramente indicare che la sintomatologia associata al colpo di frusta cronico sia da associare, piuttosto che al modello di danno strutturale organico, ad una sindrome somatica funzionale. Lo dimostrano sia i dati riferiti a soggetti che non hanno avuto il colpo di frusta sia rispetto agli individui che avevano subito la frattura della mano o del polso (Tabella 1 e 2). Inoltre, la circostanza che la correlazione fra le somatizzazioni e il colpo di frusta cronico sia più stretta nei pazienti che avevano subito il trauma da più tempo e più debole per traumi più recenti potrebbe significare che nei primi il meccanismo della somatizzazione abbia avuto modo di svilupparsi in misura maggiore.

Queste evidenze quindi devono indurci da un lato a fare di tutto sia come medici che come terapisti, per scongiurare la cronicizzazione della sintomatologia, dall'altro a trattare in maniera adeguata, quando presenti e non giustificati da danni organici, le somatizzazioni funzionali. Un'ultima annotazione: gli autori molto opportunamente sottolineano che tutti i partecipanti allo studio non avevano in corso pratiche di indennizzo di tipo legale o assicurativo. Se così non fosse stato ciò avrebbe comportato sicuramente grande impedimento alla correttezza e alla veridicità dei dati.

Gruppo di Studio della Scoliosi e della colonna vertebrale

Covarianti	Colpo di frusta cronico N= 403	Assenza di colpo di frusta cronico N= 13.583	P-value (test del chi-quadro)	N totale = 13.986
Sesso femminile	58.3%	53.9%	0.079	54.0%
Ansia	24.1%	17.6%	0.001	17.8%
Depressione	14.6%	9.6%	0.001	9.8%
Qualità del sonno			<0.001	
Buona	37.0%	42.6%		42.4%
Cattiva	17.9%	11.1%		11.4%
Non richiesto	45.2%	46.3%		46.3%
Istruzione			0.119	
Scuola dell'obbligo	13.7%	17.5%		17.4%
Scuola superiore	46.9%	45.7%		45.7%
Università	39.5%	36.8%		36.9%
Indennità ricevute	28.3%	13.0%	<0.001	13.4%
Indennità di malattia	10.9%	4.6%		4.7%
Abitazione professionale	3.5%	1.1%		1.1%
Pensione di inabilità	11.9%	3.3%		3.6%
Contributo sociale	1.5%	0.5%		0.6%
Sussidio di disoccupazione	2.5%	1.6%		1.7%
Pensione Altro	0.5%	0.7%		0.7%
Attività fisica	2.7%	2.6%		2.6%
Nessuna	17.4%	15.5%	0.369	15.6%
Leggera	38.7%	41.9%		41.8%
Pesante	43.9%	42.5%		42.6%
Consumo di alcol			0.838	
Nessuno	27.1%	28.3%		28.3%
Consumo moderato	67.5%	66.1%		66.1%
Consumo elevato	5.5%	5.6%		66.1%
Fumatore quotidiano	37.5%	35.5%	0.416	35.6%
Diagnosi somatiche >0	11.9%	8.1%	0.006	8.2%
Stato civile			0.090	
Non coniugato/a	11.2%	12.7%		12.6%
Coniugato/a	71.5%	74.6%		74.5%
Separato/a	3.0%	2.4%		2.4%
Divorziato/a	13.7%	9.7%		9.8%
Vedovo/a	0.7%	0.7%		0.7%
Somatizzazione media >2	43.2%	21.4%	<0.001	22.1%

Sintesi delle variabili incluse nell'analisi e differenze tra soggetti che riferiscono colpo di frusta cronico e soggetti che non riferiscono colpo di frusta cronico

Colpo di frusta cronico vs assenza di colpo di frusta cronico			Frattura a mano o polso vs assenza di frattura a mano o polso		
Variabili	B	(CI)	Variabili	B	(CI)
Nessun aggiustamento	0.80	0.50-0.89	Nessun aggiustamento	0.07	0.02-0.12
Genere	0.58	0.48-0.68	Genere	0.12	0.07-0.17
Istruzione	0.59	0.49-0.69	Istruzione	0.13	0.08-0.18
Indennità ricevute	0.49	0.40-0.59	Indennità ricevute	0.10	0.05-0.15
Ansia <sup>1</sup>	0.46	0.38-0.55	Ansia <sup>1</sup>	0.09	0.05-0.14
Depressione <sup>1</sup>	0.51	0.42-0.60	Depressione <sup>1</sup>	0.11	0.06-0.15
Diagnosi somatica	0.56	0.46-0.66	Diagnosi somatica	0.11	0.07-0.16
Attività fisica	0.58	0.48-0.68	Attività fisica	0.13	0.08-0.18
Consumo di alcol	0.58	0.48-0.68	Consumo di alcol	0.12	0.07-0.17
Fumatore quotidiano	0.58	0.48-0.67	Fumatore quotidiano	0.12	0.07-0.17
Stato civile	0.57	0.47-0.67	Stato civile	0.12	0.07-0.17
Aggiustamento completo	0.41	0.33-0.49	Aggiustamento completo	0.08	0.04-0.12

Aggiustamento per covarianti; aggiustamento separato e completo  
<sup>1</sup>Ansia e depressione costituiscono una variabile continua.

Differenza media relativa ai sintomi somatici riferiti tra i soggetti che riferiscono colpo di frusta cronico e i soggetti che non riferiscono alcun colpo di frusta e tra i soggetti che riferiscono una precedente frattura a mano o polso e i soggetti che non riferiscono alcuna precedente frattura a mano o polso

### **Domande per la Formazione a Distanza (FAD)**

#### **2014-F1-28-1) Caratteristiche del colpo di frusta cronico:**

- a. dolore irradiato all'arto superiore sinistro e all'anca destra
- b. sintomatologia che dura da almeno tre mesi e somatizzazioni funzionali
- c. sintomatologia che dura da quattro settimane
- d. sintomatologia che dura da quattro settimane con dolore cervicale notturno

*Tutte le domande dei singoli articoli (identificate dal codice sopra indicato) saranno raccolte nel **questionario finale** che dovrà essere compilato nel mese di dicembre da parte di coloro che si sono iscritti (o si iscriveranno) al programma facoltativo di FORMAZIONE A DISTANZA - **FAD** (vedi [www.gss.it/associa.htm](http://www.gss.it/associa.htm)) per conseguire l'ATTESTATO GSS FAD o i 50 CREDITI ECM FAD*