

Verslag van de bijeenkomst Werkgroep TraumaRevalidatie, Hoensbroek. Dinsdag 19 september 2006

Het middagprogramma was zeer afwisselend en vooral leerzaam. Onze gastvrouw was collega Bea Hemmen, die een drietal chirurgen uit het Traumacentrum Limburg had uitgenodigd voor een mini-symposium Traumatologie. Tevens werd verslag gedaan van een pilot-studie waaraan de werkgroep haar medewerking heeft verleent. Verder was er veel belangstelling van verschillende medische en paramedische disciplines uit het revalidatiecentrum alsmede UMC Maastricht, AMC Heerlen en Laurentius ziekenhuis Roermond.

De eerste lezing werd verzorgd door Professor Peter Brink, hoogleraar traumatologie over het flexor carpi radialis syndroom. Kenmerkend zijn de vaak langdurig bestaande diffuse pijnklachten van de pols en handrug uitstralend naar de duim (dorso-radiaal). Pathognomische is de lokale drukpijn op 'Peter's point', de plaats waar de buigplooi van de pols en de pees elkaar kruisen. Verder stretch pijn, pijn bij flexie tegen weerstand, volair diep gelegen pijn op de basis MC2. Ter diagnostiek kan een lokale infiltratie gegeven worden met lidocaïne. Aanvullend onderzoek als röntgen foto, EMG of MRI/CT is alleen ter uitsluiting van onderliggende pathologie en levert meestal weinig op. De ontstaanswijze is waarschijnlijk op basis van surmenage (in 85% van de gevallen). In het acute stadium helpt rust/gips, NSAID, fysiotherapie, echter in de chronische fase helpt eigenlijk alleen chirurgisch ingrijpen bij voorkeur met een kleine tenolyse onder lokale anaesthesie waardoor 80% van de patiënten geholpen kunnen worden, terwijl dit bij slechts 7% niet succesvol is.

De tweede spreker was Jan Verbruggen, chirurg-traumatoloog. Hij is met zijn promotie-onderzoek over humerusfracturen in een afrondende fase beland. Hij gaf aan dat in de onderste extremiteit slechts 10 graden angulatie geaccepteerd kan worden, terwijl in de bovenste extremiteit maar liefst 30 graden angulatie en 3 cm verkorting toelaatbaar is. Eerst besprak hij eerder uitgevoerd onderzoek bij meervoudig gewonden. Leeftijd en extremiteitletsels bleken voorspellers voor de kwaliteit van leven. Daarna besprak hij de onderzoeken verricht naar functioneel herstel en kwaliteit van leven van humerus fracturen. Tevens kwamen de diverse indeling (waaronder AO-classificatie) ter sprake alsmede Constant score, Neerscore, DASH en Short Form-36. Deze laatste werd gebruikt als maat voor de kwaliteit van leven. Hij concludeerde dat er een hoge correlatie was tussen Neer en Constant score, maar geen correlatie tussen kwaliteit van leven en de functiescores.

Na de pauze presenteerde Marcel Post, senior-onderzoeker in De Hoogstraat, voorheen projectleider bij het iRv een nieuw meetinstrument, IMPACT, voor onderzoek naar de lange termijn lichamelijke en maatschappelijke gevolgen van ongevallen. IMPACT is een meetinstrument dat de Activiteiten en Participatie domeinen van de ICF-model afdekt. Het bestaat uit twee delen: een zgn. 'screener' met 33 vragen en modules met meer specifieke vervolgvragen die ingevuld kunnen worden als vragen uit de screener positief beantwoord worden. De Sickness Impact Profile-136 werd als basis daarvoor gebruikt. De werkgroep heeft meegewerkt aan een pilot-studie waarvoor bijna 1000 patiënten benaderd werden voor deelname aan deze schriftelijke enquête. Er waren 276 responders, waarvan 205 aan allebei de metingen deelnamen. Geconcludeerd mag worden dat de screener goed functioneert, een betrouwbaar instrument om verder te testen op praktische toepasbaarheid, ook voor andere diagnosegroepen. iRV-TNO heeft echter besloten om het instrument vooral voor de tweede trap te willen aanpassen. Wordt vervolgd.

De laatste spreker was Wietse Zuidema, chirurg-traumatoloog, die zeer beeldend uiteenzette wat 'Damage control' betekent in de klinische praktijk aan de hand van een casus. A,B,C,D,E is alom bekend in de trauma opvang en ze staan voor Airway, Breathing, Circulation, Disability en Exposure. Dit wordt onderwezen aan alle dokters die betrokken zijn bij de eerste opvang in de zgn. ATLS-cursus (Advanced Trauma Life Support). Van alle multi-trauma patiënten komt ongeveer 5% in aanmerking voor 'Damage control'. Er zijn verschillende fases te onderscheiden: patiëntselectie (DC 0); salvage operatie (DC 1); stabilisatie en naar de IC (DC 3) en reconstructieve chirurgie (DC 4). In de eerste plaats hebben we te maken met - niet te voorkomen - overlijden, meestal ter plaatse (50%). De 'golden hour' is de tijd waarin veel fysiologische functies nog stabiel lijken omdat alle compensatieregisters worden opengetrokken door de patiënt zelf. De 'lethal triad of death' is coagulopathie, metabole acidose en hypothermie. Over dit laatste fenomeen handelde de casus. Dat het niet altijd even goed afloopt, blijft gelukkig veelal buiten de scope van de revalidatiearts, maar het is goed dat we ons realiseren dat de chirurg in eerste instantie met levens redden bezig is, maar als multidisciplinair werkend medisch specialist ook de functionele gevolgen voor ogen heeft. Uiteindelijk is voor hen ook een tevreden patiënt het meest waardevolle.

De eerst volgende bijeenkomst is dinsdagmiddag 13 februari 2007 in Enschede. Mocht u belangstelling hebben kunt u informatie inwinnen bij collega Tjerk de Ruiter (truit@roessingh.nl).

Bea Hemmen en Herman Holtslag