Schoenen

N. Ooitgedagt

Melissa* was bijna 17 jaar oud en pas geslaagd voor haar VMBO-examen. Zij hield van paardrijden, line-dancing en van pumps en hoge hakken. Zij wilde in september een opleiding tot schoonheidsspecialiste volgen en droomde van een eigen salon.

Op een warme zomernacht in juni kwam Melissa terug van een eindexamenfeestje. Ze zat achterop de fiets bij een vriendje toen er een auto van links kwam. De chauffeur remde nog, maar kon niet voorkomen dat het achterwiel van de fiets geraakt werd. De vriend werd van de fiets geslingerd. Met enkele butsen en builen was hij de dans goed ontsprongen. Melissa had minder geluk: haar linkerbeen was vanaf de knie tot halverwege het onderbeen verbrijzeld. Het wekedelenletsel was enorm.

Er zijn verschillende scoringssystemen voor het beoordelen en vaststellen van de mate van ernst van open beenbreuken en van het additionele wekedelenletsel. Deze scoringssystemen zijn ontwikkeld om een inschatting te krijgen over de behandelingsmogelijkheden, het complicatierisico en de prognose. Bij zeer ernstige letsels worden er naast het fractuurtype en het wekedelenletsel ook andere factoren meegewogen zoals additioneel vaat- en zenuwletsel, de lengte van de ischemietijd, shock en leeftijd. Op grond van deze criteria kan er direct een inschatting worden gemaakt of de traumapatiënt diverse reconstructies moet ondergaan of gebaat is met een primaire amputatie.

De kans op een amputatie bij fracturen met een ernstig wekedelenletsel is 78%. [1]
Spiernecrose, infectie, vascularisatiestoornissen, zenuwbeschadiging, een pseudo-artrose door infectie, fistels, persisterende non-union door een slechte wekedelenbedekking en een permanent groot botdefect zijn de belangrijkste redenen voor een amputatie in een later stadium.
Dankzij microchirurgische technieken kan een aantal van deze problemen vroegtijdig worden geattaqueerd. Het behoud van het been resulteert echter niet altijd in een betere functionaliteit of in een betere kwaliteit van leven.[2]

In het ziekenhuis werd, direct nadat alle bloedingen tot staan gebracht waren, een fixateur externe van bovenbeen naar onderbeen over de knie van Melissa aangebracht. Het voordeel van een fixateur is dat de fractuur geïmmobiliseerd is zonder dat er aan de weke delen extra schade wordt toegebracht. De fixateur maakt het ook mogelijk om het been boven de onderlaag te laten zweven door het op te hangen. Hierdoor krijgt ook de onderlaag rust en kan het gehele grondgebied verzorgd worden. Dit is vooral bij (semi-) circulaire letsels belangrijk.

Melissa werd direct overgebracht naar een academisch centrum. Hier werd een uitgebreid debridement van alle beschadigde en avitale onderdelen verricht. In dezelfde operatie werd een latissimus dorsi spier uit de schouder genomen en naar het getroffen gebied getransplanteerd. De vaatsteel werd met behulp van microchirurgie aangesloten op de femoralisvaten boven de knie. Tot slot werd het transplantaat bedekt met Thierschplastieken, genomen vanaf het andere been.
Uiteraard kreeg zij langdurig antibiotische therapie. Melissa heeft hierna nog meer correcties en ingrepen aan botten, huid en weke delen ondergaan en langdurig fysiotherapie gekregen. Maar infecties zijn haar bespaard gebleven.

Tijdens het expertiseonderzoek, jaren later, klaagt Melissa over een gebrekkige beweeglijkheid in haar knie en enkel. De knie kraakt en haar voet en enkel worden snel dik. Zij draagt permanent een steunkous. Ze kan met haar benen niet meer in de zon zitten. Fietsen is onmogelijk. Ze heeft intussen haar rijbewijs gehaald in een auto met automatische transmissie want in handgeschakelde auto's rijden lukt haar niet.
Ze is gestopt met paardrijden en met line-dancing. Ze draagt nu alleen nog maar broeken en haar schoenen met hoge hakken heeft ze naar het plaatselijke asielzoekerscentrum gebracht.
Zij werkt intussen in een callcenter en volgt een opleiding tot receptioniste. Op mijn vraag hoe ze het trauma en de gevolgen ervan verwerkt heeft antwoordt ze direct: 'Goed!'.
De enige irritante herinnering aan het ongeval is dat ze de helft van het asielzoekerscentrum op haar high heels voorbij ziet komen.

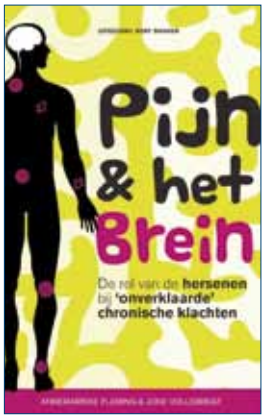
* De onderstaande personen en omstandigheden zijn gefingeerd en dienen slechts ter illustratie.

Referenties

1. Soni A, Tzafetta K, Knight S and Giannoudis P.V: 'Gustilo III C fractures in the lower limb'. J Bone Joint Surg Br: 2012; 94-B:698-703.
2. Hoogendoorn J.M. and van der Werken Chr: 'Grade III open tibial fractures: functional outcome and quality of life in amputees versus patients with successful reconstruction'. Injury: 2001; 32 (4): 329-334.

Voor u gelezen

Pijn & het brein
De rol van de hersenen bij 'onverklaarde' chronische klachten. Annemarieke Fleming & Joke Vollebregt. Uitgeverij Bert Bakker Amsterdam, 163 blz, eerste druk 2016,
ISBN: 978 90 351 4427 9



Alweer een boekje over SOLK, zult u denken. Dat is juist, maar het is wel een bijzonder boekje. De auteurs Annemarieke Fleming (gezondheidspsycholoog) en Joke Vollebregt (revalidatiearts) richten zich met dit boekje, uitgegeven door Bert Bakker, tot de vele Nederlanders die gebukt gaan onder chronische pijnklachten. Dit boekje is dus niet bedoeld voor professionals, en zeker niet voor medisch adviseurs, maar voor de patiënten en deels voor hen die deze patiënten begeleiden en behandelen.

De auteurs bedienen zich van uiterst eenvoudige (Jip en Janneke) taal en zij geven aansprekende voorbeelden en metaforen uit de dagelijkse praktijk. Zo worden op begrijpelijke wijze moeilijke begrippen als de functie van pijn, het genezingsproces, het pijnsysteem, centrale sensitisatie, de cerebrale processen die bij pijn een rol spelen en het stress-response systeem besproken en verduidelijkt. Ingegaan wordt op de functie van cortisol en de rol van het immuunsysteem (de weerstand) en de functie van het sympathisch en parasympathisch zenuwstelsel.

Het aardige van dit boekje is vooral het optimisme en het geloof in herstel waarmee de auteurs de lijdende mens benaderen. De laatste twee hoofdstukken over zelfmanagement bij chronische pijn en vermoeidheid stimuleren mijns inziens oprecht en terecht de patiënt zelf om aan zijn herstel te werken en niet bij de pakken neer te zitten. In dat verband wordt aandacht besteed aan begrippen als graded activity en worden opbouwschema's aangegeven om de belastbaarheid geleidelijk te vergroten. Gewaarschuwd wordt voor verkeerde beweegpatronen en er worden methodes aangegeven om de negatieve spiraal te doorbreken en reserves op te bouwen. De auteurs waarschuwen herhaaldelijk en nadrukkelijk voor teveel afhankelijkheid van therapeuten en/of begeleiders. Men moet zelf de regie houden.

De uitgebreide literatuurlijst verwijst grotendeels naar serieuze artikelen uit serieuze tijdschriften. Er is verder een verklarende woordenlijst en ook nog een register met duidelijke verwijzingen naar passages in het boekje waarin de gehanteerde begrippen worden genoemd en verklaard.

Gezien de aard en de eenvoudige opzet, is dit boek niet direct geschikt voor professionals, maar het is goed dat u als medisch adviseur, verzekeringsarts of psycholoog weet dat het bestaat en dat u het ter lezing kunt aanbevelen aan uw cliënten, die, al dan niet na een ongeval of ander event, zijn terechtgekomen in een vicieuze cirkel van pijn, pijngedrag, verlies van conditie, meer pijn en vermoeidheid etc. De auteurs doen een redelijk geslaagde poging onverklaarbare chronische klachten en de rol van het (centrale) zenuwstelsel daarbij, op eenvoudige wijze te verklaren en zij roepen de patiënt op zelf zijn/haar verantwoordelijkheid te nemen en met enig optimisme zelf aan herstel te werken.

K.H. Harmsma