

# Polstrauma: wanneer een foto van de pols maken?

De Amsterdam Wrist Rules (AWR) is een klinische beslisregel die op basis van lichamelijk onderzoek, leeftijd en geslacht een advies geeft om na een trauma wel of geen röntgenfoto van de pols te maken. Bij de volgende kenmerken is de kans op een distale radiusfractuur toegenomen:

- zwelling ter plaatste van de distale radius;
- standsafwijking;
- drukpijn distale radius;
- pijn bij palmairflexie;
- pijn bij supinatie;
- positieve radio-ulnaire schuifladetest.

Vul deze variabelen in op de AWR-app (te downloaden in de App Store of Google Playstore), dan verschijnt er een advies om wel of geen röntgenfoto van de pols te maken. Dankzij de AWR worden 16% minder foto's aangevraagd – zonder klinisch relevante polsfracturen te missen – en kunnen patiënten gemiddeld een half uur eerder de SEH verlaten.

*Drs. Marjolein Mulders, AMC (m.a.mulders@amc.nl); drs. Caroline Selles, AMC (c.a.selles@amc.nl); prof.dr. Carel Goslings, AMC (j.c.goslings@amc.nl); prof.dr. Niels Schep, Maasstad Ziekenhuis (schepn@maasstadziekenhuis.nl).*



# Wie moet een wond in het gelaat hechten op de SEH?

Veel patiënten met een wond in het gelaat zijn bang voor een lelijk litteken en willen dus behandeld worden door een plastisch chirurg. Maar is dat nodig? In bepaalde situaties wel. Het gaat dan om wonden die samengaan met zenuwshade, kraakbeenschade, wonden waarbij het ooglid of de overgang van het lippenrood is aangedaan of uitgebreide hechtwonden waarbij er een tekort aan huid is. De overige niet-gecompliceerde hechtwonden in het gelaat kan men overlaten aan

een arts die ervaren is in het hechten van wonden. Hechtwonden in het gelaat dienen goed genettoyeerd te worden, zo mogelijk met wondrandexcisie. Sluit de wond bij voorkeur transcutaan met een zo dun mogelijke hechtdraad en verwijder de hechtingen na 5-7 dagen voor een optimaal resultaat.

*Drs. Carlijn van Stekelenburg, Rode Kruis ziekenhuis ([cstekelenburg@diakhuis.nl](mailto:cstekelenburg@diakhuis.nl)).*



# Wat doe je met een afgerukte vinger?

Bij een patiënt met een afgerukte vinger wordt eerst de actieve bloeding gestelpt met een goed drukkend verband; plaats geen tourniquet, dat kan meer schade veroorzaken. Het amputaat kan men het beste bewaren in een plastic zakje met een vochtig gaas; doe het zakje in een bak of zak met smeltend ijswater. Voorkom bevriezing van het amputaat door direct contact met ijs. Op de SEH zijn anamnese en een korte visuele inspectie van de hand voldoende; consulteer zo snel mogelijk een

plastisch chirurg of handchirurg. Röntgendiagnostiek is nodig om de botstructuren te beoordelen. Lokale verdoving van de vinger is uit den boze. Dit geeft onnodig ongemak voor de patiënt en kan iatrogene schade veroorzaken aan de bloedvaten, die nodig zijn voor een eventuele replantatie.

*Dr. X.E. Jacobs, Diakonessenhuis  
([xjacobs@diakhuis.nl](mailto:xjacobs@diakhuis.nl)).*



# Stabiele zijligging

Bij een bewusteloze patiënt kan de tong door verminderde spiertonus in de keelholte zakken en de luchtweg blokkeren. De stabiele zijligging is een manoeuvre om de luchtweg vrij te houden. Deze wordt buiten het ziekenhuis gebruikt bij bewusteloze patiënten van wie men zeker weet dat er geen trauma in het spel is. De manoeuvre kan door één persoon worden uitgevoerd, ongeacht de lichaamslengte of het gewicht van de patiënt. De zijde maakt niet uit, tenzij de patiënt zwanger is; dan dient zij op de linkerzijde te liggen, om compressie van de V. cava inferior te voorkomen. Verdinking op letsel van de wervelkolom is een

contra-indicatie voor het uitvoeren van de stabiele zijligging met één persoon. Gebruik in dat geval een alternatieve methode, bijvoorbeeld de 'jaw thrust', een tweehandige techniek om de luchtweg te openen. Deze techniek is

iets krachtiger en effectiever dan de kinlift, die met één hand wordt uitgevoerd.

*Drs. Mirjam de Jong, UMC Utrecht  
(M.B.deJong-33@umcutrecht.nl).*



# Vermoeden gebroken teen, wel of geen foto?

Bij een vermoeden van een teenfractuur wordt onderscheid gemaakt tussen de hallux en de digiti II-V. Bij de hallux is het zinvol een röntgenfoto te maken, vanwege de functie van de teen bij de balans en het afzetten. Simpele fracturen kunnen conservatief behandeld worden met fixatie aan de naastgelegen teen en gipsimmobilisatie. Dislocatie, intra-articulaire uitbreiding en comminutie kunnen redenen zijn voor operatieve behandeling. Een foto van digiti II-V heeft weinig zin als er geen evidente luxatie of wekedelen-

letsel is, omdat de kans klein is dat de uitslag leidt tot verandering van beleid. De standaardröntgenfoto's zijn een anteroposterieure opname en een driekwartopname.

*Dr. P.J. van Koperen, UMC Utrecht*  
(pvankoperen@hotmail.com).



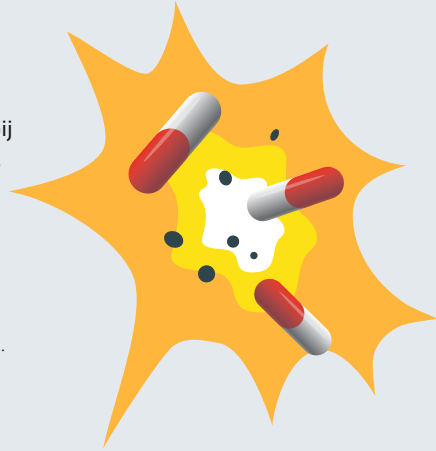
# Wanneer antibiotica bij traumatische wonden?

Het risico op een infectie van een traumatische wond is 2-5%. Dit is te laag om altijd preventief antibiotica te geven. Antibiotica zijn wel geïndiceerd bij patiënten met een verminderde afweer.<sup>1</sup> Bij twijfel is overleg met de behandelend specialist noodzakelijk. Bij bijtewonden is het infectierisico aanmerkelijk hoger: 3-18%. Antibiotica-profylaxe is geïndiceerd bij alle patiënten met een mensen- of kattenbeet en bij gebeten patiënten met verminderde afweer, een verhoogd risico op endocarditis, een minder dan 2 jaar oude gewrichtsprothese of een eerdere infectie van een gewrichtsprothese.<sup>1,2</sup> Hondenbeten infecteren minder

snel en hoeven niet preventief behandeld te worden, tenzij er sprake is van een prikbijtewond (wond door priktand) of kneusbijtewond (bij vlak gebit). Geef ook antibioticaprofylaxe bij bijtewonden aan de benen, in de buurt van pezen (hand, pols, voet), in het gelaat of aan de genitaliën, belang om cosmetisch of functioneel letsel te voorkomen.

*Dr. Iris M. Wichers, NHG (i.wichers@nhg.org).*

- 1 NHG-Behandelrichtlijn Traumatische wonden en bijtewonden ([www.nhg.org](http://www.nhg.org))
- 2 NHG-Behandelrichtlijn Endocarditisprofylaxe ([www.nhg.org](http://www.nhg.org))



# Wonden: hechten, lijmen, nieten of plakken?

Voor elke wond geldt: eerst zorgvuldig beoordelen, dan sluiten. Bij sommige wonden is secundaire genezing zonder sluiting of een uitgestelde primaire wondsluiting beter. Zorg bij primaire wondsluiting dat de wondranden elkaar met zo min mogelijk trekspanning raken en voorkom holtevorming.

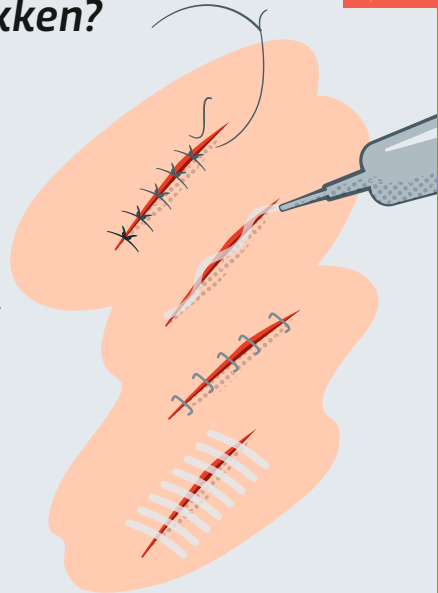
Bij wonden groter dan 5 cm, wonden met risico op holtevorming en wonden die blootstaan aan grote trekkrachten of hoge vochtigheid is hechten met hechtdraad de eerste keus.

Weefsellijm is geschikt voor kleinere, niet te diepe wonden, bijvoorbeeld in een kindergezicht. Ook een hechtpleister is mogelijk, bijvoorbeeld aan de handen.

Overigens genezen niet-wijkende wonden kleiner dan 2 cm ook vaak zonder wondsluiting.

Nieten, lijmen en plakken zijn niet geschikt voor diepere wonden met risico op holtevorming. Agraves ('hechtnietjes') geven een cosmetisch minder mooi resultaat dan hechtdraad. Ze zijn handig voor wonden op het behaarde hoofd. Bij een hoog risico op wondinfectie of bij twijfel aan de vitaliteit van de huidflap, zoals bij een pretibiale lapverwonding, kunnen hechtpleisters eerste keus zijn.

*Jan F. Hoekstra (j.hoekstra@ezorg.nl).*



# Vastzittende ring

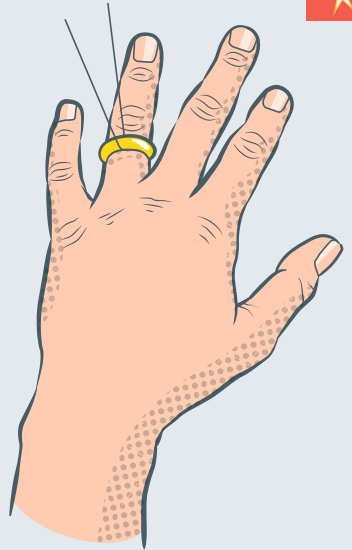
Bij zwelling van de vingers door een trauma kan een afknellende ring leiden tot veneuze stuwung en ischemie.

Verwijder ringen daarom preventief bij trauma van de vingers. Het verwijderen van de ring met een ringzaagtang is zelden nodig. Alleen bij een grote verwonding vlakbij of distaal van de ring kan manipulatie te pijnlijk of schadelijk zijn en is het beter de ring direct door te zagen. De volgende methode werkt vrijwel altijd.

Neem een atraumatische hechtdraad met minimale dikte 4.0 en een naaldvoerder. Haal de naald onder

de ring door, bij voorkeur aan de laterale zijde waar de meeste ruimte is. Pak de uiteinden van de draad vast zodat een lus ontstaat met daarin de ring. Maak de vinger glad met zeep of vaseline. Trek vervolgens licht aan de draad terwijl u een ronddraaiende beweging langs de ring maakt. De ring zal zo geleidelijk van de vinger afglijden.

*Drs. Margot B. Notenboom-Kool,  
Huisartsenpraktijk Vondelplein Amersfoort  
(margot.b.notenboom@gmail.com).*

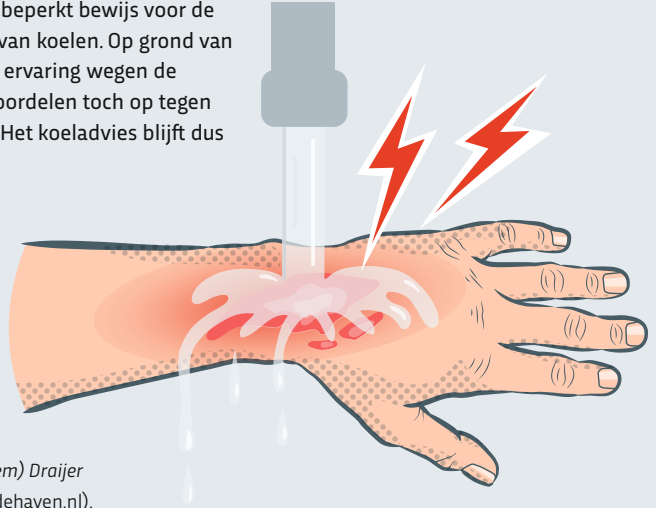




# Brandwonden: 'eerst water... de rest komt later'

Koel brandwonden direct gedurende 10-20 minuten met lauw stromend water. Dit alom bekende advies is gebaseerd op het inzicht dat koelen met lauw water het verbrandingsproces en de nadelige effecten van de daaropvolgende ontstekingsreactie kan afremmen. Daarnaast kan koelen de pijn verminderen en de wond reinigen. Bij chemische verbrandingen neutraliseert water het agens. Omdat water bijna overal beschikbaar is, is het koeladvies praktisch goed uitvoerbaar. Mogelijke nadelige effecten zijn onderkoeling – vooral bij kinderen en uitgebreide brandwonden – en het belemmeren van andere interventies.

Er is slechts beperkt bewijs voor de effectiviteit van koelen. Op grond van de klinische ervaring wegen de mogelijke voordelen toch op tegen de nadelen. Het koeladvies blijft dus van kracht.



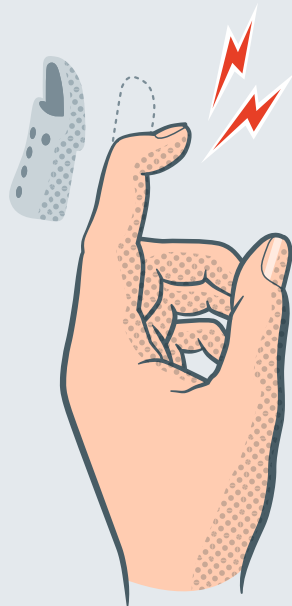
Drs. L.W.(Willem) Draijer  
(ldraijer@bijdehaven.nl).

# Malletvinger: wel of geen foto?

Bij een malletvinger kan de distale falanx niet actief worden gestrekt door een ruptuur van de strekpees. De oorzaak is meestal een licht flexietrauma van de vinger, vooral bij ouderen. Een malletduim is zeer zeldzaam. Het afscheuren van de strekpees kan gepaard gaan met een avulsiefractuur van een proximale botfragment van de eindfalanx. Een röntgenfoto van de vinger wordt gemaakt na een hoogenergetisch trauma, bij een open wond en bij kinderen. De behandeling is in principe een spalk die 6 tot 8 weken zonder onderbreking moet worden gebruikt, om het DIP-gewricht in extensie te

houden. Daarna is het advies meestal om de spalk gedurende 2 tot 4 weken alleen 's nachts te gebruiken. Bij onvoldoende resultaat kan de behandeling met 2 tot 6 weken worden verlengd. Sommige patiënten komen pas dagen tot weken na het ontstaan bij een arts. Een spalk kan tot 3 maanden na het trauma nog zinvol zijn. Verwijzing naar een handchirurg is geïndiceerd bij een grote avulsiefractuur ( $> 1/3$  van het gewrichtsoppervlak), een epifysaire fractuur en bij volaire subluxatie van de eindfalanx.

*Drs. Masja C.M. Loogman, NHG*  
([m.loogman@nhg.org](mailto:m.loogman@nhg.org)).

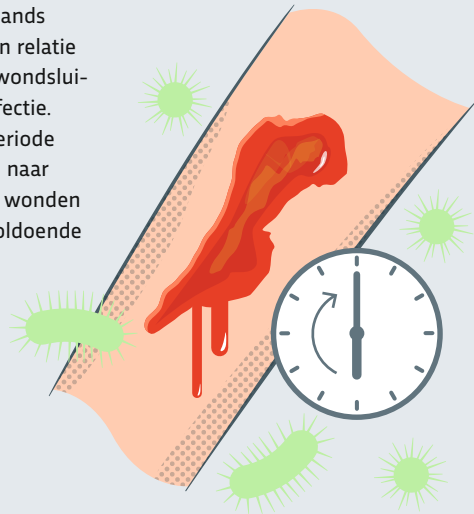


# Friedrichse periode: geen heilig huisje meer

De Friedrichse periode is de periode van 6 h na verwonding waarbinnen een snij- of scheurwond nog gesloten mag worden. De wetenschappelijke onderbouwing hiervoor ontbreekt echter. Friedrich bestudeerde in 1898 het effect van het tijdstip van reinigen van wonden bij proefkonijnen. Alle konijnen met een wond die na 8 h of later was gereinigd, overleden. Volgens Amerikaans onderzoek echter was er geen verschil in het aantal wondinfecties tussen wonden die binnen 12 h waren gesloten (mediaan: na 2 h) en wonden die na 12 h waren gesloten (mediaan: na 16 h). Wondinfectie hield ook geen verband met de methode van

sluiten. In een kleiner Nederlands onderzoek werd evenmin een relatie gevonden tussen de tijd tot wondsluiting en het risico op wondinfectie. We kunnen de Friedrichse periode dus verlaten, maar streef wel naar het sluiten van traumatische wonden binnen 12 h, mits de wond voldoende is gereinigd.

*Dr. Iris M. Wichers, NHG*  
([i.wichers@nhg.org](mailto:i.wichers@nhg.org)).



## Tand uit de mond

Bij tandletsel kan de tand afgebroken zijn, geluxeerd of als geheel – inclusief wortel – uit de kaak zijn losgekomen (avulsie). Diagnostiek en behandeling horen thuis bij de tandarts, maar soms kan een arts sneller hulp bieden. Let dan op aanwijzingen voor fractuur van kaak of aangezichtsbot, aanwijzingen voor kindermishandeling, mobiliteit van de gebitselementen en achtergebleven tandresten.

Bij de behandeling van een avulsie wordt onderscheid gemaakt tussen melkgebit en blijvend gebit. Een melktand wordt niet teruggezet. Voor blijvende tanden geldt: hoe sneller de tand wordt teruggeplaatst, hoe kleiner

de kans op wortelresorptie. Geef bij telefonisch contact instructies om de tand onmiddellijk in de holte terug te zetten, eventueel na licht afspoelen met water. Als dit niet lukt, kan de tand vervoerd worden in melk of in de wangzak. De arts kan de tand, na onderzoek en schoonmaken van de mond, op zijn plaats terugzetten en met weefsellijm aan andere gebitselementen fixeren. Geluxeerde gebitselementen kunnen voorzichtig worden teruggeduwd. Verwijs de patiënt in alle gevallen vervolgens naar de tandarts.

*Drs. Arianne F.E. Verburg, NHG*  
(a.verburg@nhg.org).



# Kun je je tong inslikken?

Eind maart 2014 kopten de kranten: 'Voetballer redt leven tegenstander'. Een voetballer was op een medespeler gebotst, bewusteloos geraakt en had zijn tong ingeslikt. De tegenstander had ingegrepen en de tong uit de mond van de speler getrokken. Maar kan iemand zijn of haar eigen tong daadwerkelijk inslikken?

In principe niet. De tong zit met het tongriempje stevig vast aan de mondbodem. Maar de tong is een spier die veel beweeglijkheid heeft. Sommige mensen kunnen hun tong actief achter

de uvula brengen. Dat kan eruitzien als het inslikken van de tong, maar is het niet. Als iemand bewusteloos raakt, verslappen de tongspieren en kan de tong achter in de keel zakken. Om te voorkomen dat de tong de ademweg blokkeert, moet een bewusteloze persoon in de stabiele zijligging gelegd worden.

*Sophie Merckelbach*

([s.m.e.merckelbach@students.uu.nl](mailto:s.m.e.merckelbach@students.uu.nl)).



# Is het slim om je 'wonden te likken'?

Wanneer je in je vinger snijdt, stop je die bijna automatisch in je mond. Heeft dat zin? Er zijn bij de mens tot dusverre geen klinische studies uitgevoerd naar wondgenezende eigenschappen van menselijk speeksel. Bij knaagdieren is wel aangetoond dat hoge concentraties 'epidermal growth factor' en 'nerve growth factor' in hun speeksel de wondgenezing in vivo bevorderen. In menselijk speeksel speelt histatine mogelijk een rol in orale wondgenezing, omdat dit eiwit de migratie van epitheelcellen stimuleert. Menselijk speeksel bevat bovendien relatief grote

hoeveelheden weefselfactor, een krachtige activator van de bloedstolling. Toch lijkt je wonden likken geen goed idee. Speeksel bevat immers veel potentieel pathogene bacteriën. Ook *Candida albicans*, een gistsoort die bij 20-50% van de bevolking in de mond voorkomt, vormt een risico bij verspreiding in de bloedbaan. Spoelen met water en ontsmetten met povidonjodium is een veiligere optie.

*Sophie Merckelbach*

([s.m.e.merckelbach@students.uu.nl](mailto:s.m.e.merckelbach@students.uu.nl)).



# De geluxeerde vinger op het voetbalveld, wat te doen?

Moet je eerst een röntgenfoto laten maken of kun je een geluxeerde vinger direct reponeren? Hoe langer je wacht, hoe moeilijker repositie kan zijn. Een snelle repositie heeft dus voordelen. Een luxatie naar dorsaal is vaak makkelijk te reponeren door lichte tractie. Puur volaire luxaties zijn zeldzaam en gaan gepaard met letsel van de centrale slip. Vaak zijn ook de collaterale banden aangedaan. Bij volaire luxaties kan het veel lastiger zijn de vinger te reponeren. Ook is de manier van reponeren anders: de vinger wordt in flexie gebracht in het MCP-gewricht, waarna tractie en rotatie

van de midfalanx worden uitgevoerd. Je kunt dus zeker overwegen om de geluxeerde vinger met beleid te reponeren. Daarna moet wel altijd een röntgenfoto gemaakt worden om een fractuur uit te sluiten. Bovendien is poliklinische controle van de vingerfunctie noodzakelijk.

*Drs. Siegrid de Meer, UMC Utrecht  
(S.G.A.deMeer-9@umcutrecht.nl).*

