



Zomer in de gipskamer

- 6** Prediction rule voor verdachte scaphoïdfracturen
- 8** Verslag van Gipsreis, Workshop en Vergadering
- 10** Malletvinger
- 14** GPS op de polikliniek Orthopedie
- 18** Tips & Tricks: Antispits orthese
- 20** Commentaar op het artikel 'Angulaire afwijking na antebrachiumfractuur'

Inhoudsopgave

	Van de redactie 5 <i>Miranda Philips</i>	
	Een beschouwing van een prospectieve cohort studie naar clinical prediction rule voor verdachte scaphoïdfracturen 6 <i>S. Zoakman , Dr. S.J. Rhemrev, Dr. FJ Beeres</i>	
	Gipsreis met Lohmann & Rauscher 8 <i>Sonja Robben</i>	
	Malletvinger 10 <i>Ton A.R. Schreuders</i>	
	Algemene Ledenvergadering van de VGN van zaterdag 14 april 12 <i>Helmi Cornelissen</i>	
	GPS (Gravitational Platelet Separation) 14 <i>Marianne Syrier</i>	
	VereniGingsNieuws 16 Opleiding tot Gipsverbandmeester opgenomen in Opleidingsfonds 16 <i>Joris Ruhe</i>	
	Voorvoet antispits orthese 18 <i>Harold Grotenhuis, Jan Bongaerts</i>	
	Commentaar op het artikel van Ploegmakers ea in: 'In dit Verband' jaargang 20 november 2010. p 13-15. 'Angulaire afwijking na antebrachiumfractuur bij een kind ondanks repositie.' 20 <i>Dr. L.S. de Vries</i>	
	Veterinaire Workshop 22 <i>Aries Oldenhuis, Robin van Oosterzee</i>	
	L&R Masterclasses voor de gipsverbandmeester 2012 / 2013 27 <i>Louis Vijverberg</i>	
	Wat is gedaan 28 <i>Douwe Haandrikman</i>	
	Wat zou u doen? 28 <i>Douwe Haandrikman</i>	
	Agenda VGN 2012 29	

Van de redactie

Met de zomer in onze bol en de zon aan de hemel hebben we de gedachten niet bij het schrijven van een artikel. Hulde voor diegene die in de schaduw de tijd hebben gevonden en hun passie voor het vak op papier hebben gezet en willen delen met de lezers. Het voelt als hout sprokelen in een leeg bos, maar toch hebben we wat gevonden om het figuurlijke vuur in ons blad te houden. Met de vakanties in aantocht of al achter de rug zal menigeen met frisse blik en inspiratie wel in de pen klimmen en ons prachtig schrijfwerk toesturen voor de komende uitgaven. Voor de leerling gipsverbandmeesters is dit de kans om te laten zien dat het schrijven van een artikel een essentieel onderdeel van het vak is. Maar wat zal deze zinderende zomer ons nu brengen? In ieder geval deze zomeruitgave. Een bonte verzameling van verslagen, commentaar, artikelen en andere leuke bezigheden van de werkvloer in de gipskamer en omgeving. Ik zal de highlights benoemen die u kunt tegenkomen in deze uitgave.

Het belangrijkste nieuws is natuurlijk van FZO, dat er subsidies verstrekt worden om nieuwe gipsverbandmeesters op te kunnen leiden. Hieruit kan alleen maar goeds vloeien. U kunt het nalezen in de brief die de vereniging ontving en het begeleidend schrijven van onze voorzitter Joris Ruhe. In deze uitgave zijn een aantal verslagen opgenomen.

Waaronder het verslag van de ALV, geschreven door Helmie Cornelissen, gipsverbandmeester en bestuurslid. Ze licht op een duidelijke manier toe, hoe belangrijk het is dat vrijwilligers zich sterk maken voor het verenigingswerk. Op alle fronten is versterking nodig; hopelijk voelt u zich geroepen om plaats te nemen op een van de lege zetels, voordat al het werk uit onze vingers glipt.

Schijnbaar wordt deze fractuur nog weleens overbehandeld. Hoe dr. De Vries hierover denkt, leest u in zijn commentaar op het artikel van Dr. Ploegmakers, wat eerder gepubliceerd is 2010.

Van twee creatieve gipsverbandmeesters Harold Grotenhuis en Jan Bongaerts kregen we een manier van gipsen uitgelegd om een spitsvoet te voorkomen bij

röntgenfoto. Het is bekend dat een inadequate behandeling tot ernstige complicaties kan leiden. Meer hierover leest u in het blad.

We hebben voor u de activiteiten van de vereniging voor 2012 op een rijtje gezet. Noteer het vast in uw agenda; onder andere de ALV, de traumadagen en het postolympisch sportcongres.

Voordat u het blad weer weg legt, geef uw leerling de opdracht om antwoord te geven op de casus in de rubriek: "Wat zou u doen?" Wie weet rolt daar nog een mooie discussie uit.

Namens de gehele redactie (er is nog plaats naast mij...) wensen we u veel leesplezier en een goede zomer toe.

Miranda Philips

Hoe lang houdt de analoge versie van uw blad stand tegenover de digitale wereld?

Het verslag van Aries Oldenhuis en Robin van Overzee over de veterinaire workshop, die plaatsvond in het mooie Drenthe, willen we u niet onthouden. Leest u hoe het is om honden, katten en paarden in te gipsen.

Evenals het verslag van de gipsreis naar Duitsland, van Sonja Robben, waar de verse gipsverbandmeesters lering krijgen in het maken van een Mabal schoen.

Vanuit het Scheperziekenhuis in Emmen ontvingen we het stukje over GPS, van verpleegkundige Marianne Syrier, een methode om bijvoorbeeld een tenniselboog te behandelen.

Dr. L.S de Vries schreef een kritische noot hoe een greenstick fractuur behandeld kan worden.

patiënten met een fixateur externa. Wie weet, kunt u het in uw praktijk nog eens toepassen.

Van fysiotherapeut Ton Schreuders ontvingen we een fraai stukje over een malletvinger. Een lastig en veelal onderschat letsel, dat ook veroorzaakt kan worden tijdens het beoefenen van een balsport. Des te belangrijker is dan ook de nazorg en behandeling met daarbij duidelijke uitleg naar de patiënt toe.

Een interessant artikel kregen we van een geneeskunde student, een traumatoloog en een arts assistent in opleiding (S. Zoakman, Dr. S.J. Rhemrev en F.j. Beeres). Het artikel betreft een onderzoek hoe we kunnen voorkomen dat een scaphoïdfractuur gemist wordt op een

Een beschouwing van een prospectieve cohort studie naar clinical prediction rule voor verdachte scaphoïdfracturen.

Een niet gedислоceerde scaphoïdfractuur wordt vaak op röntgenfoto's gemist. Het is van belang om een scaphoïdfractuur niet te missen, want een inadequate behandeling kan leiden tot ernstige complicaties, zoals vertraagde fractuurgenezing, pseudoartrose, avasculaire necrose en uiteindelijk polsinstabiliteit. Geavanceerde beeldvorming zoals een botscentigrafie mist nauwelijks een scaphoïdfractuur. Echter, een botscentigrafie is niet routinematig beschikbaar en geeft stralingsbelasting. Daarbij zou de waarde van aanvullende diagnostiek beter worden indien de a-priori kans op een fractuur groter is. Een clinical prediction rule zou nuttig zijn om de a-priori kans op een scaphoïdfractuur te vergroten. Hierdoor kan aanvullende beeldvormende diagnostiek specifieker worden ingezet. In ons instituut is een onderzoek verricht naar een clinical prediction rule. In dit artikel wordt het desbetreffende onderzoek besproken.

Inleiding

De röntgenopname van een scaphoïdfractuur werd voor het eerst beschreven door Destot in 1905. Het is de meest voorkomende fractuur van de handwortelbeentjes. Scaphoïdfracturen treden voornamelijk op bij personen tussen de 20 en 40 jaar. Het typische traumamechanisme bij een scaphoïdfractuur is een val op de uitgestrekte hand in hyperextensie. Door dit mechanisme hebben vier structuren kans op letsel: de distale radius, het scaphoïd-lunatumligament, radiuskop en het os scaphoïd. Bij kinderen jonger dan 15 jaar en bij ouderen zijn scaphoïdfracturen zeldzaam wegens de relatieve zwakte van de distale radius ten opzichte van het os scaphoïd. Scaphoïdfracturen worden door middel van drie classificatiesystemen ingedeeld: de Mayo Clinic-classificatie, de Herbertclassificatie en de classificatie van Russe.

Methode

Achtenzeventig patiënten met een verdenking op een scaphoïdfractuur werden geïncludeerd voor de prospectieve cohort studie. Deze patiënten bezochten de SEH (spoedeisende hulp) tussen april 2004 en januari 2007 i.v.m. een polstrauma. Een scaphoïdfractuur was klinisch verdacht indien aan het volgende werd voldaan:

- Een waarneembare zwelling van de anatomische snuifdoos en pijn in de anatomische snuifdoos bij axiaal drukken van het eerste en tweede metacarpale bot.
- Een recent trauma (binnen 48 uur).
- Geen fractuur te zien op de röntgenfoto's

Poly-trauma patiënten, patiënten <18 jaar en patiënten met een bilaterale verdachte scaphoïdfractuur werden uitgesloten. Op de SEH werden bij lichamelijk onderzoek een aantal testen gedaan. Daarnaast werden in het kader van een onderzoek naar de diagnostiek van occulte scaphoïdfracturen zowel een MRI (binnen 24 uur) als een botscentigrafie (3 tot 5 dagen posttraumatisch) verricht. Bij alle patiënten was er geen fractuur te zien op de initiële röntgenfoto's.

Lichamelijk onderzoek

Het gestandaardiseerde lichamelijk onderzoek betrof:

- Inspectie van de tabatière anatomique ('snuifdoos') voor de aanwezigheid van ecchymosis of oedeem.
- Meten van flexie en extensie van de pols beiderzijds door middel van een goniometer (zie fig. 1).
- Meten van de supinatie- en pronatiekracht door middel



Figuur 2

- van een aangepast apparaat, gemaakt in Leiden (zie fig. 2).
- Meten van de knijpkracht door middel van gripmeter (zie fig. 4a).

De patiënten met een scaphoïdfractuur, welke te zien was op een botscentigrafie, kregen een conservatieve gipsbehandeling van 6 weken. Bij twijfel aan de diagnose bij een botscentigrafie was



Figuur 4a

Figuur 1



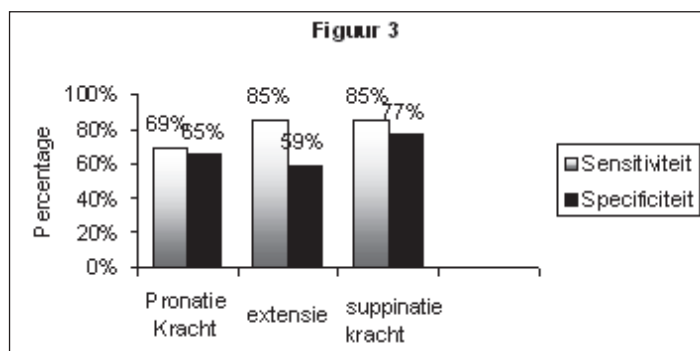
de uitslag van de MRI doorslaggevend. De volgende variabelen werden ter associatie met een scaphoïdfractuur geëvalueerd:

- Leeftijd.
- Geslacht.
- Dominante zijde.
- Voorgaande fracturen in de carpale regio van de betrokken of onbetrokken hand of pols.
- Gevoelige distale radius. >>

Tabel 1: Analyse van factoren die geassocieerd zijn met een definitieve scaphoïdfractuur.

Variabele	Scaphoïdfractuur (N=13)	Geen scaphoïdfractuur (N=65)	p Waarde
Gemiddelde leeftijd (jaren) Variërend	42 (21-84)	40 (17-72)	0.76
Geslacht Man Vrouw	6 7	34 31	0.77
Fracturen in voorgeschiedenis Ja Nee	3 10	1 64	0.01*
Zwelling Ja Nee	10 3	41 24	0.53
Hematoom Ja Nee	6 7	15 50	0.10
ROM (% contralaterale zijde) Extensie Flexie	8 50	50 56	<0.01* 0.25
Kracht (% contralaterale zijde) Pronatie Supinatie Grip	4 4 3	15 20 16	<0.01* <0.001* <0.01*

* Statistisch significant, ROM = range of motion



- Oedeem.
- Ecchymosis.
- Trauma mechanisme.
- Percentage van bewegelijkheid (extensie, flexie) ten opzichte van de controlaterale ongedeerde zijde.
- Het percentage van kracht (pronatie, supinatie en knijp) ten opzichte van de controlaterale ongedeerde zijde.

Er werd een voorspelling algoritme ontwikkeld welke is gebaseerd op combinaties van aanwezigheid of afwezigheid van verschillende factoren. Sensitiviteit, specificiteit en negatief voorspellende waarde van deze factoren werden berekend ter diagnose van wel of geen scaphoïdfractuur.

Resultaten

Dertien (17%) van de geïncludeerde patiënten voor deze pro-

spectieve cohort studie hadden een scaphoïdfractuur. De gemiddelde leeftijd van alle patiënten was 41 jaar (uiteenlopend van 17-84). Veertig patiënten waren mannen en 38 vrouwen. De resultaten van deze studie zijn samengevat in tabel 1, tabel 2 en figuur 3.

Uit de analyse blijkt dat extensie <50%, supinatiekracht ≤10% en een fractuur in de voorgeschiedenis goede voorspellers voor een scaphoïdfractuur blijken te zijn. Deze drie onafhankelijke factoren hebben hoge specificiteit (98 en 92%) en een zeer goede negatieve voorspellende waarde (85 en 89%).

Discussie

Uit de analyse blijkt dat de aanwezigheid of afwezigheid van alle drie factoren (extensie <50%, supinatiekracht ≤10% en een

Tabel 2: Voorspelling algoritme: kans op een definitieve scaphoïdfractuur op basis van drie determinanten

Fractuur in de voorgeschiedenis	Supinatie kracht ≤10%	Extensie <50%	Voorspelde kans op scaphoïdfractuur
Ja	Ja	Ja	97 %
Ja	Ja	Nee	80 %
Ja	Nee	Ja	75 %
Nee	Ja	Ja	50 %
Ja	Nee	Nee	25 %
Nee	Ja	Nee	10 %
Nee	Nee	Ja	7 %
Nee	Nee	Nee	1 %

fractuur in de voorgeschiedenis) hoge specificiteit en goede negatief voorspellende waarde hebben bij klinische verdenking op een occulte scaphoïdfractuur. Deze clinic prediction rule is slechts een houvast. Hij dient verder onderzocht te worden met meerdere parameters op een grotere patiëntengroep. Daarnaast is er een streven om de gripmeter verder te ontwikkelen en te onderzoeken. Heden ten dage dient men voor het meten van de knijpkracht een gripmeter te gebruiken en voor het meten van supinatie- en pronatiekracht een ander hulpmiddel. Het zou praktisch zijn om een instrument te ontwikkelen dat afzonderlijk alle krachten kan meten.

Men dient rekening te houden met een aantal punten bij het analyseren van de data van deze prospectieve cohort studie. Ten eerste is het denkbaar dat deze analyse alleen van toepassing is op de populatiegroep van onze regio. Dientengevolge is de incidentie van ware scaphoïdfracturen (17%) bij klinische verdenking op een occulte fractuur hoger bij dit onderzoek in vergelijking met onze voorgaande onderzoeken. Daarnaast kan het een toeval zijn dat de aanwezigheid van een eerdere fractuur een significante voorspeller is, want er waren weinig patiënten met een fractuur in de voorgeschiedenis. Daartegenover kunnen patiënten met een fractuur in de voorgeschiedenis meer vatbaar zijn voor een fractuur, want ze zouden meer actief en minder voorzichtig zijn. Echter zijn dit

slechts assumpties. Men dient deze factor verder te bestuderen aan de hand van extra parameters zoals BMI. Ten derde was de incidentie van vrouwen met een scaphoïdfractuur relatief hoog, terwijl geslacht geen voorspeller bleek te zijn voor een ware scaphoïdfractuur. Ten vierde is het hulpmiddel dat pronatie- en supinatiekracht vaststelde nooit eerder in studies getest. Ten slotte werd de palpatie van de anatomische snuifdoos niet geëvalueerd in deze studie. Op de initiële röntgenfoto's zijn 30% van fracturen occult. Het herhalen van röntgenfoto's leidde niet tot de verbetering van het diagnostische management, want de toegevoegde sensitiviteit van de herhaalde röntgenfoto's is laag. Dit impliceert ook dat herhaling van de röntgenfoto's in vergelijking met andere diagnostische modaliteiten niet kosten effectief zijn en suggereert het belang van een aanvullend geavanceerde beeldvormende diagnostiek in het juiste klinische scenario. Een bot- scintigrafie mist geen scaphoïdfracturen, want het heeft een sensitiviteit van 100%. De specificiteit van een botsintigrafie is 85%. Echter, kunnen de CT en de MRI wel eens een scaphoïdfractuur missen. De sensitiviteit van de CT is 64% en van de MRI is 80%, terwijl de specificiteit van CT 99% en van de MRI 100% is. Wegens de hoge sensitiviteit en kleine observer variabiliteit wordt een botsintigrafie vaak gebruikt als gouden standaard voor de occulte scaphoïdfractuur. >>

Conclusie

Dit onderzoek demonstreert de potentie voor het ontwikkelen van richtlijnen (zoals de Ottawa ankle rules) die gebruikt kunnen worden bij patiënten met een verdenking op een scaphoïdfractuur. Figuur 4b toont ons diagnostisch protocol bij patiënten met klinische verdenking op een scaphoïdfractuur.

Literatuur

1. Rhemrev SJ, Beeres FJP, van Leerdam RH, Hogervorst M, Ring D, et al. Clinical prediction rule for suspected scaphoid fractures. *Injury, Int.J.Care Injured.* 2010; 41: 1206-1030

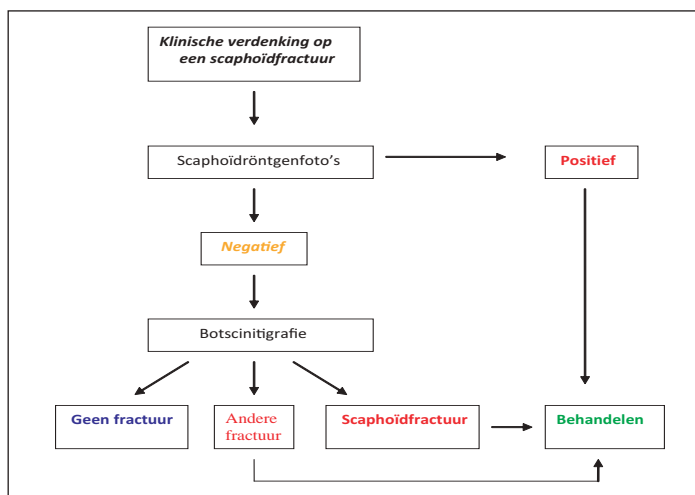


Fig. 4b. Diagnostisch protocol bij klinische verdenking op een scaphoïdfractuur.

S. Zoakman,
Geneeskunde student
Universiteit Leiden
Emailadres:
s.zoakman@umail.leidenuniv.nl
SJ. Rhemrev,
traumatoloog
Afdeling Heelkunde van MCH
F.J. Beeres,
AIOS
Afdeling Heelkunde van MCH

Sonja Robben

Gipsreis met Lohmann & Rauscher

Op 7 september 2011 was het zover. De opleidingsgroep LOG 2009 was uitgenodigd door de firma Lohmann & Rauscher voor een vierdaagse reis naar het hoofdkantoor in Rengsdorf. We waren uitgenodigd om gast te zijn op het hoofdkantoor en zouden deze dagen diverse immobilisatie workshops gaan bijwonen. Om jullie een indruk te geven over deze dagen volgt hier een kort reisverslag.



>>



Met 19 pas afgestudeerde gipsverbandmeesters en enkele wat meer ervaren gipsverbandmeesters en natuurlijk Louis en Theo, vertrokken we op woensdagmiddag vanaf de laatste opstapplaats Arnhem naar Duitsland. Ook Tiffany was van de partij, ik benoem dit even want ze is door een taxi naar Arnhem gebracht om toch op tijd mee te kunnen gaan naar Duitsland. Tegen 18.00 uur zijn we aangekomen in Duitsland en wel bij het Food hotel Neuwied. Hier zouden we de komende dagen gaan overnachten. We kregen de tijd om het hotel even te verkennen en iedereen kon zijn of haar spullen kwijt in de toegewezen hotelkamers. De eerste mensen wisten al op tijd het terras en dus ook een verkoelend biertje te vinden. Wat opvallend is aan dit hotel, is dat alles op voedsel is gebaseerd (de naam van het hotel zegt het natuurlijk al wel en beetje). Zo zagen we stoelen gemaakt van winkelwagentjes en had elke kamer een ander thema. Dit kon zijn van een coca cola kamer, tot een kamer gebaseerd op drankjes en er was zelfs een disco kamer, die ieder van ons gezien moest hebben en waardoor onze Gaby bijna niet aan haar rust toekwam.



Van 's middags tot 's avonds na de borrel in de wijn-/bierstube gingen we allemaal een kijkje nemen in deze bijzondere kamer waar het feest zich zo voort kon zetten. Heuse discolampen waren aanwezig en de muziek zorgde voor gezellige dansjes die als "toll en geil" benoemd werden. Om +/- 19.30 uur hebben we lekker gedineerd met alle mensen en zijn de collega's van Lohmann & Rauscher (Duitsland) aan ons voorgesteld. Donderdagochtend was daar al op tijd het ontbijt om 8.15 uur. Daarna vertrokken we met de bus naar de fabriek van Lohmann & Rauscher. Hier hebben we in verschillende groepjes een rondleiding gehad door de fabriek om vervolgens naar het kolleg Rengsdorf L&R te gaan. Hier kregen we een film te zien over de Mabal schoen van E. Manning. En daarna hebben we de Mabal schoen in de praktijk gebracht onder leiding van Theo en Louis. Het middag programma bestond ook weer uit een gedeelte theorie (afneembaar schouderkorset en korset) en een gedeelte praktijk (korset, onderbeenloopgips soft). 's Avonds was er een apart avondprogramma geregeld bestaande uit het bezoeken van de Buga tentoonstelling in Koblenz. Dit is een tuintentoonstelling voor jong en oud met een breed programma. Een heuse ontdekkingsstocht kon je maken door de sporen te volgen van de Romeinen, ridders en romantici en bekeken we hun buitengewone bouwwerken zoals een luisterrijke stadspoort, een amfiteater, machtige burchten en sprookjes-kastelen. Zo kon je ook met een kabelbaan over de Rijn naar de rijnpromenade en daar nog veel meer dingen bezichtigen van de prachtige stad Koblenz. Na een rondleiding gingen we bovenaan op een historische locatie met elkaar genieten van een heerlijk en goed verzorgd diner. Hierna zijn we met de bus weer naar het hotel gegaan om daar nog even een afzakkertje te nuttigen en gezellig te kletsen over de gedane activiteiten. Vrijdagochtend, alweer de laatste dag van onze reis, hebben we eerst ons ontbijt gehad om vervolgens uit te checken bij het hotel. Hierna vervolgden wij onze weg naar Rengsdorf waar we wederom een aantal workshops gingen volgen over onder andere TCC en metacarpale fractuur. Om 12.45 u. was het vertrek weer terug naar Nederland en kunnen we terug kijken op een aantal leuke gezellige leerzame en goed verzorgde dagen die Lohmann & Rauscher voor ons hebben georganiseerd! Wij als groep willen hen dan ook bedanken voor deze dagen, hun inzet en vooral ook hun gastvrijheid! Het was Top!



Sonja Robben,
Gipsverbandmeester
Scheperziekenhuis Emmen
sonja_ro@hotmail.com

Malletvinger

Een Mallet vinger ontstaat door met een gestrekte vinger ergens tegenaan te stoten. Het resultaat is een onmogelijkheid om het eindkootje te strekken doordat het strekapparaat beschadigd is. Er zijn verschillende behandelingen voor dit vingerletsel. Belangrijk hierbij is dat de behandelingstijd niet te kort mag zijn. Bij een Mallet vinger die niet adequaat behandeld is, is er een grote kans op een restafwijking. Het PIP gewricht blijft dan in een flexiestand die niet actief opgeheven kan worden. Over het algemeen is men aangewezen op een conservatieve behandeling. Hierbij moet een behandelingschema van 12 weken strikt gevolgd worden. Zo nodig kan de behandeling verlengd worden met 4 weken. Gemiddeld wordt er een reststand van 10° flexie gezien. De behandeling van een Mallet vinger vereist bijzonder aandacht bij onder andere beroepsbeoefenaars die afhankelijk zijn van een goede strekfunctie in het DIP gewricht. Hieronder volgt de uitleg over de malletvinger. De anatomie, classificaties, complicaties en behandelings-richtlijnen.

Malletvinger

Bij een Malletvinger kan het distale inter-phalangeale gewricht (DIP) niet meer volledig gestrekt worden, vanwege een afscheuring van de strekpees op de distale falanx. Andere namen zijn: hamervinger, baseball-finger en dropped-finger. (zie fig. 1) Klassieke oorzaken zijn; een Malletvinger na het bed opmaken, bij het sok ophalen en bij een sport (zie fig. 2). Zelden is er bij de duim een Mallet, bij alle andere vingers kan een Mallet voorkomen.

Indeling Mallet

Er wordt onderscheid gemaakt tussen een Mallet die tendinogeen (zie fig. 4a) of ossaal is. (zie fig 3 en 4b). Bij de ossale Mallet kan de grootte van het fragment (> 1/3e deel) een rol spelen in de afweging om wel of niet te opereren. Recent onderzoek waarbij een fragment groter dan 1/3e deel ook conservatief werd nabehandeld, gaf vergelijkbare resultaten.¹ Bij een open Mallet is een chirurgisch herstel van de extensor pees geïndiceerd.

Behandeling

De state of the art behandeling van een Mallet is nog steeds conservatief², namelijk door middel van een spalkje welke het DIP gewricht in (hyper-)extensie houdt. In de literatuur wordt meestal een periode van 6 weken genoemd, maar er zijn ook auteurs die 8 weken prefereren.



Figuur 1



Figuur 2



Figuur 3



Figuur 4a



Figuur 4b

Er is wel een relatie aangetoond tussen een extensie verlies in het DIP gewricht en de draagtijd van de spalk.³ Cruciaal voor een succesvolle behandeling met het spalkje is dat goede resultaten

alleen worden bereikt bij een goede therapie trouw.⁴ Correcte instructies zijn van essentieel belang. Vooral het schoonmaken van de vinger is het moment waarbij er een beweging in het DIP gewricht optreedt waardoor de pees weer afscheurt of in een verlengde stand geneest. De spalk mag alleen af als de patiënt handig genoeg is om de vinger absoluut in extensie te kunnen houden.

Behandel richtlijn:

- Minimaal 6 weken continue de spalk dragen.
- Na deze 6 weken: in 2 weken de spalk afbouwen: de spalk mag alleen af in de thuis situatie en geleidelijk de oefeningen opbouwen. Op het werk en 's nachts moet de spalk gedragen worden.
- Na deze 8 weken: mag de spalk bij lichte werkzaamheden af. Wel dragen bij het sporten, zwaar werk en 's nachts.
- Na 12 weken is volledig belasten toegestaan.

Indien er opnieuw een extensie verlies optreedt, moet de patiënt worden doorverwezen naar een specialist.

Mislukte behandeling of late Mallet

In het geval dat er weer een verlies van extensie optreedt tijdens de nabehandeling moet er onmiddellijk weer een periode van tenminste 4 weken worden gespalkt. Daarna moet er nog voorzichtiger de spalk worden afgebouwd. Er zijn enkele gevallen bekend waarbij een Mallet van 6 maanden



Figuur 5

den nog steeds goed reageert op een conservatieve behandeling. Indien het resultaat onvoldoende is of de Mallet te lang bestaat zijn er nog verschillende chirurgische mogelijkheden.

Operatieve behandel-mogelijkheden:

Het herstellen van de extensor pees met het deels hechten aan de huid wordt tenodermodese genoemd.¹¹ Een andere mogelijkheid is het herstellen met een ankertje (Mitek) (zie fig.5) welke in de eind falanx wordt geboord en waaraan de strek pees wordt vastgehecht.¹² Tenslotte kan de centrale slip worden losgemaakt om de extensie van de strekpees te verplaatsen van het PIP gewricht naar het DIP gewricht via een zogenaamde central slip tenotomie.¹³ Dit kan alleen als de eindpees nog enigszins continu is. In de studie van Hooijboer et al.(1990), waarbij de operatieve en conservatieve methodes werden vergeleken, werd de voorkeur gegeven aan primaire operatieve behandeling.¹¹ In deze studie werd vergeleken met de conservatieve behandeling waarbij de spalk door de patiënten soms werd afgedaan vanwege hygiënische problemen.



Figuur 7



Figuur 8



Figuur 9

De auteurs beschrijven dat de Kirschner-draad fixatie een betere therapie trouw gaf. In een andere, beter gecontroleerde studie werden geen verschillen gevonden tussen operatieve en conservatieve behandeling.¹⁴

Resultaten

Zelden wordt weer een volledig herstel van de strekking van het DIP gewricht gehaald.

In de literatuur is er gemiddeld genomen een verlies van extensie in het DIP gewricht van ongeveer 10°. Twee onderzoeken geven deze waarden: 8,3° ± 1,9°³ en 9° ± 11°.¹ De primaire uitkomstmaat is natuurlijk de mobiliteit van het DIP gewricht. Deze Range of Motion (ROM) moet worden gemeten met een goniometer die met 1-2° nauwkeurigheid kan meten. (zie fig. 6) Naast de ROM is ook pijn, ADL, het voorkomen van een swan neck, artrose en cosmetiek van belang.

Resultaat criteria.¹⁰

Excellent = ROM aangedane DIP
 DIP = ROM niet aangedane vinger
 Goed = < 10° extensie verlies DIP
 Redelijk = 10-20° extensie verlies DIP
 Slecht = > dan 20° extensie verlies DIP



Figuur 6

Complicaties van een onbehandelde Mallet

Een Mallet vinger kan soms een triviaal probleem lijken, echter, een onbehandelde Mallet kan zich ontwikkelen in een hyperextensie van het proximale interphalangeale (PIP) gewricht; een swan neck (zie fig. 7), met name bij lange soepele vingers. Dit kan op den duur pijn in het PIP gewricht geven. In het ergste geval kan bij een swan neck het PIP gewricht steeds weer ‘op slot’ schieten. Een swan neck kwam in 9 van de 22 vingers voor bij het onderzoek van Okafor et al.³ Andere klachten die te maken hadden met artrose, (pijn) en cosmetiek (knobbel en hangend topje) werden op de lange termijn gezien.

Wanneer vereist een Mallet bijzondere aandacht?

- indien er een Mallet is langer dan 4 weken
- bij musici, sporters en andere beroeps beoefenaars die afhankelijk zijn van goede strekking DIP
- bij een neiging tot swan neck
- bij recidief of mislukte behandeling.

Zie ook artikel *In dit Verband*, jaargang 20, nummer 1:

“Uitkomsten Europees Delphi onderzoek ten aanzien van de behandeling van mallet-vingers”

Mallet spalk: soorten

Er zijn allerlei Mallet spalkjes op de markt: de meest bekende is de Stack.^{5,6} (zie fig. 8) In de literatuur worden ook de Abouna⁷ en Mexican Hat⁸ genoemd welke custom made zijn.

Met de Stack zijn er soms huid problemen vanwege irritatie van het plastic materiaal.

Geperforeerde materialen kunnen daarom de voorkeur hebben.⁹

Buiging van het PIP gewricht moet mogelijk blijven in de spalk. En de spalk moet ter hoogte van de mid-phalanx gefixeerd worden met een niet-elastisch en sterk materiaal (bv Durapore)

In sommige centra wordt de voorkeur gegeven aan een spalk waarbij de extensie van het PIP gewricht wordt geblokkeerd (zie fig. 9). Daardoor is er minder spanning op de eind pees van de extensor pees. Vooral bij vingers die neigen naar een swan neck is dit aan te bevelen. Deze spalkjes moeten door een ergo-, fysiotherapeut of gipsverbandmeester op maat gemaakt worden. In sommige gevallen waarbij bijvoorbeeld het plastic materiaal of de therapie trouw problemen kunnen opleveren kan een klein gipsje welke op een getapete vinger (leukoplast) aangebracht wordt, een goed alternatief zijn.

Literatuur

1. Kalainov DM, Hoepfner PE, Hartigan BJ, Carroll Ct, Genuario J. Nonsurgical treatment of closed mallet finger fractures. *J Hand Surg [Am]* 2005;30(3):580-6.
2. Handoll HH, Vaghela MV. Interventions for treating mallet finger injuries. *Cochrane Database Syst Rev* 2004(3):CD004574.
3. Okafor B, Mbubaegbu C, Munshi I, Williams DJ. Mallet deformity of the finger. Five-year follow-up of conservative treatment. *J Bone Joint Surg Br* 1997;79(4):544-7.
4. Bendre AA, Hartigan BJ, Kalainov DM. Mallet finger. *J Am Acad Orthop Surg* 2005;13(5):336-44.
5. Stack G. Mallet finger. *Lancet* 1968;2(7581):1303.
6. Stack HG. A modified splint for mallet finger. *J Hand Surg [Br]* 1986;11(2):263.
7. Abouna JM, Brown H. The treatment of mallet finger. The results in a series of 148 consecutive cases and a review of the literature. *Br J Surg* 1968;55(9):653-67.
8. Wilson SW, Khoo CT. The Mexican hat splint--a new splint for the treatment of closed mallet finger. *J Hand Surg [Br]* 2001;26(5):488-9.
9. Kinninmonth AW, Holburn F. A comparative controlled trial of a new perforated splint and a traditional splint in the treatment of mallet finger. *J Hand Surg [Br]* 1986;11(2):261-2.
10. Patel MR, Desai SS, Bassini-Lipson L. Conservative management of chronic mallet finger. *J Hand Surg [Am]* 1986;11(4):570-3.11. Hooijboer PG, Vuursteen PJ. [The treatment of mallet finger: Stack splint or tenodesis]. *Ned Tijdschr Geneesk* 1990;134(4):173-7.
12. Ulkur E, Acikel C, Ergun O, Celikoz B. Repair of chronic mallet finger deformity using Mitek micro arc bone anchor. *Ann Plast Surg* 2005;54(4):393-6.
13. Chao JD, Sarwahi V, Da Silva YS, Rosenwasser MP, Strauch RJ. Central slip tenotomy for the treatment of chronic mallet finger: an anatomic study. *J Hand Surg [Am]* 2004;29(2):216-9.
14. Auchincloss JM. Mallet-finger injuries: a prospective, controlled trial of internal and external splintage. *Hand* 1982;14(2):168-73.

Ton A.R. Schreuders, *fysiotherapeut*
 Afdeling Revalidatie - Erasmus MC
 Zeeuws Hand & Pols centrum
a.schreuders@erasmusmc.nl

Algemene Ledenvergadering VGN op zaterdag 14 april

Op zaterdag 14 april was de algemene ledenvergadering van de VGN. In de prachtige ambiance van Hotel de Cantharel in Apeldoorn werden we verwelkomd met een heerlijk kopje koffie en gebak. De samenkomst van de gipsverbandmeesters heeft altijd de indruk van een reünie. Samen met de bedrijven die aanwezig waren en die ons ondersteunden deze dag, is het een geweldige dag geworden. De voorzitter Joris Ruhe opende de algemene ledenvergadering. Er waren 135 aanmeldingen binnengekomen en 23 afmeldingen voor deze ALV.

De protocollen

Naast de standaard onderwerpen kwamen de protocollen aan de orde. De nieuwe format protocollen staan bijna allemaal online, het zijn geen nieuwe protocollen maar ze zijn op een andere manier beschreven. De protocollen zijn te vinden onder het tabblad vereniging.

CZO

Verder werd de ontwikkeling rondom het CZO besproken. Er zijn nu 46 erkende ziekenhuizen, er zijn in het verleden veel klachten binnengekomen over de lange doorlooptijd van de vragenlijsten. Deze zijn nu teruggebracht naar 2 maanden.

Binnen de CZO is een interim-manager aangesteld die bezig is met een plan van aanpak. Zo wordt er gekeken of het mogelijk is om een doorlopende erkenning af te geven met tussentijdse toetsing en visitatie. De theorie en praktijk los te koppelen waarbij het ziekenhuis alleen de penvoerder zal zijn voor het praktijkgedeelte en de herintroductie van de VGN Quicksan in format 3 (stage). Die kan worden opgelegd door het CZO bij onvoldoende verrichtingen.

Cursus “Its Learning” en Werkbegeleiding

Op 30 september en 1 oktober 2011 is de cursus “Its Learning” voor zowel de werkbegeleider als cursist in Almere gegeven, welke weer positief werd ontvangen en in september 2012 weer georganiseerd gaat worden. De cursus Werkbegeleiding en coaching in competentiegericht onderwijs werd voorheen georganiseerd door Arjan Bakker maar worden nu gehouden en verzorgd door het LUMC in Leiden. Deze cursus zal in januari 2013 weer gehouden worden in het LUMC.

Afscheid 2 bestuursleden

Er wordt ook afscheid genomen van 2 bestuursleden. Naast Ruud Grönloh, bestuurslid Opleiding en CZO wordt er ook afscheid genomen van Mirjam Roeterink die bestuurslid secretariaat was. Zij worden bedankt voor hun inzet voor de beroepsverenigingen en krijgen bloemen overhandigd namens het bestuur.

Voortbestaan van de VGN

Joris Ruhe houdt een pleidooi over het voortbestaan van de VGN. De VGN is een vrijwilligersorganisatie voor Gipsverbandmeesters door Gipsverbandmeesters.

De Gipsverbandmeestersbelangen worden behartigd door gipsverbandmeesters die weten als geen ander wat goed voor hen is.

Dit is de kracht van de VGN maar tevens ook hun zwakte. Het maakt kwetsbaar.

Doordat er veel vacatures binnen de VGN niet worden opgevuld wordt er veel werk door steeds minder vrijwilligers gedaan, hierdoor is de werkdruk van de actieve GVM in het bestuur en de commissies onevenredig groot geworden. Als voorbeeld: visitatiecommissie, al jaren tekort aan regiovoorzitters en visiteurs, redactiecommissie, vraagt telkens om versterking van de redactie, bestuur, is inmiddels aardig gekrompen en het dagelijks bestuur is al te lang incompleet, bestuurslid kwaliteit.

Als er niets veranderd worden de belangen straks alleen nog vertegenwoordigd door de overheid en de werkgevers en wordt het domein door andere overgenomen.

De bestuurbaarheid van de VGN is altijd afhankelijk geweest van de inzet van vrijwilligers, dit is al sinds 1964; dus al bijna 50 jaar. Het bestuur ziet een prima toekomst voor de rol van Gipsverbandmeester in de huidige en toekomstige gezondheidszorg, maar dat kan alleen gerealiseerd worden met ondersteuning van een gedegen bestuur en bemande commissies.

Er zijn een aantal opties mogelijk:

- De actieve (bestuursleden) financieel compenseren = verhoging contributie
- Taken uitbesteden aan externe partijen = verhoging contributie
- Of we blijven een vrijwilligersorganisatie en er verandert niets en leden melden zich per direct aan.

Joris vraagt om met ideeën/voorstellen te komen hoe het bestuur leden kan motiveren zich voor een functie binnen de VGN aan te melden.

Felicities

Ter afsluiting wordt, Nico van Wanrooij die met pensioen gaat, veel geluk gewenst door het bestuur. De 26 gediplomeerden worden gefeliciteerd en krijgen indien aanwezig een presentje overhandigd namens het bestuur. Joris Ruhe sluit de vergadering om 12.15 uur.

Presentatie van Angelique Witteveen: de Charco voet

Na een lunch, die weer geweldig verzorgd was, begon het middag programma met als eerste spreker Angelique Witteveen, Orthopedisch chirurg in de Sint Maartenskliniek. Haar presentatie ging over de Charcot voet. Charcot artropathie of neuropathische artropathie is een aandoening die bij diabetici voorkomt. Jean Martin Charcot was een Franse arts die in 1868 neuropathische artropathie beschreef, vooral bij mensen met een vergevorderde syfilis. Het kan ook voorkomen bij verschillende andere ziektes die het sensibele systeem aantasten, zoals onder andere alcoholisme en M. Hansen. Neuropathische artropathie is een gewrichtsprobleem ten gevolge van een gebrek aan input van het zenuwstelsel. Het bestaat uit 3 stadia.

De fragmentatiefase of destructiefase.

In dit stadium gaan het gewricht en het omliggende bot kapot. De botfragmenten en het gewricht worden instabiel en in sommige gevallen verdwijnt het bot volledig door absorptie. In deze fase ontstaat zwelling, roodheid en warmte. Hierdoor wordt de Charcot vaak verward met een diepe infectie. Tijdens de bot en gewrichtsaantasting ontwikkelen zich breuken en instabiliteit. Dit kan leiden tot ernstige misvorming van voet en enkel.

De coalescentiefase.

Het acute proces vertraagt en het lichaam probeert een genezingsproces in gang te zetten. Zwelling en warmte verminderen.

De consolidatiefase of reconstructiefase

Er treedt genezing op. In deze fase ziet men dan dat misvormingen, opgetreden tijdens >>

de eerdere fasen, onherstelbaar zijn met een blijvende instabiliteit.

Behandeling van een neuropatische Charcot in de acute fase is een immobilisatie met een total contact cast. Het gips moet in het begin vaak gewisseld worden omdat de zwelling vermindert en het gips dan te ruim gaat zitten. De voet moet ondersteund worden met het gips tot alle warmte en zwelling verdwenen is, dit kan maanden duren. Mochten er ernstige deformiteiten zijn opgetreden dan kan een reconstructie arthrodesis noodzakelijk zijn. Belangrijk dan is dat er een zeer goede samenwerking is met de gipsverbandmeester, wondconsulent en de orthopedische chirurg. Postoperatief ziet men vaak wondproblemen en de patiënt moet zeer lang (6-9 maanden) in een onderbeensgips worden nabehandeld.

Presentatie van Ron Legerstee

De tweede spreker deze middag was Ron Legerstee, Ron heeft jarenlange ervaring in de wondzorg en werkt nu als zelfstandig consulent wondzorg. Hij is als wetenschappelijk gastdocent voor de opleiding wond- en decubitusconsulent verbonden aan het Erasmus Universitair Medisch Centrum. Ron Legerstee is de eerste Nederlander die is afgestudeerd als Master of Science in Wound Healing & Tissue Repair aan de Universiteit van Wales in Cardiff.

Chronische wond versus Gecomplieerde wond

Zijn presentatie ging over de term chronische wond. Volgens hem zou de term chronische wond eigenlijk niet meer gebruikt mogen worden. Hij gebruikt liever de term gecomplieerde wond. De term chronische wond wordt al jarenlang gebruikt. Voorbeelden van dit type wonden zijn diabetische voetulcera, veneuze beenulceraties en decubitus. Hoewel de oorsprong van chronische wonden verschilt, vertonen ze toch opvallende overeenkomsten. ‘Het zit in de manier waarop ze vastlopen. Bij alle ‘chronische’ wonden is het genezingsproces verstoord’, Ron verwijst daarbij naar het boek ‘Cells, tissues and disease: principles of general pathology’ van Majno en Joris. Zij schrijven: ‘Het wondhelingsproces is krachtig geprogrammeerd en zeer moeilijk tegen te houden, maar het heeft haar vijanden.’

Volgens Ron ligt in deze zin besloten dat het niet aan de wond zelf kan liggen dat hij niet dicht wil. Alleen de dood kan de wondgenezing stoppen. Maar complicaties als schade, microben en onbalans in de weefsels kunnen het krachtige proces hinderen.’ Tijdens een persoonlijke benadering met Majno, sugge-

reert deze dat “gecompliceerde wond” een betere beschrijving is, omdat er kennelijk iets is dat de wondgenezing belemmert’.

Andere benaming leidt tot positivism

Door deze inzichten toe te passen, concludeert Ron dat de term gecomplieerde wond een betere benaming is dan de term chronische wond. En vooral ook positiever, voor de patiënt én voor de verpleegkundige. De term gecomplieerde wond zorgt niet voor een negatief beeld van een niet of traag genezende, gestagneerde of zelfs recalcitrante wond. Ron denkt dat het de professionele blik op wondzorg verandert. Eigenlijk denk je dan het glas is half vol in plaats van het glas is half leeg. Vanuit de professionele houding ziet de verpleegkundige dan wellicht ook eerder mogelijkheden dan obstakels wat uiteindelijk bijdraagt aan de patiëntenzorg. Na deze boeiende presentatie van een zeer onderhoudende spreker was er tijdens de pauze gelegenheid om nog een bezoek te brengen aan de standhouders.

Presentatie van Ron Legerstee over evidence based

De spreker die na de pauze gepland stond kon niet aanwezig zijn vanwege ziekte. Ron Legerstee had zich bereid verklaard om deze plek op te vullen. Hij ging in het begin verder waar hij voor de pauze was gebleven, maar vandaaruit maakte hij een sprong naar zijn idee dat er een evidence-beest waart door Nederland. Alles moet tegenwoordig evidence based zijn, oftewel: aantoonbaar effectief, met wetenschappelijke onderbouwing. Wetenschap is een beetje de ideologie van onze tijd. Wat uit onderzoek blijkt, wordt als waarheid geaccepteerd. Ten onrechte (vaak). Vereist is dus: een kritische houding, en misschien zelfs regelrecht wantrouwen, tegenover de conclusies en verregaande pretenties van ‘wetenschappelijke’ theorieën en, vooral, onderzoek. Natuurlijk chargeerde hij veel en vaak met allerlei voorbeelden maar de boodschap was duidelijk.

Als laatste spreker kwam Jan Schuren aan het woord. Hij is van huis uit gipsverbandmeester en in december 2011 aan de Erasmus Universiteit gepromoveerd. Zijn promotieonderzoek ging over “de effecten van compressie verband in welke vorm dan ook”.

Presentatie Jan Schuren: compressie ontrafeld

Tijdens dit onderzoek is het belang van de functie van de veneuze afvoer vanuit het onderbeen, alsmede de effecten van het ont-

breken van functionele activiteiten bekeken. Vooral de patiëntenpopulatie die compressie therapie nodig heeft, blijkt zeer gevoelig voor het ontwikkelen van schadelijke effecten van een periode van immobiliteit. Functionele activiteiten en spiercontracties zijn van cruciaal belang ter ondersteuning van een doelmatige veneuze circulatie. De kuitspieren leveren de belangrijkste bijdrage aan een effectieve spierpomp. Vanwege de sterke relatie tussen de bewegingsuitslagen van het enkelgewricht en de kuitspierfunctie, wordt een overzicht gegeven van de literatuur betreffende de enkel functie bij patiënten met een chronisch veneus lijden.

Resultaat van vrijwillige immobilisatie

Er wordt onderzoek gepresenteerd naar de effecten van vijf weken vrijwillige immobilisatie van het enkelgewricht bij gezonde vrijwilligers. De resultaten laten zien dat het dragen van een onderbeenloopgips slechts minimale effecten heeft op de enkel functie, die na één tot twee weken terug is op zijn normale waarde. Dit leidt tot de aanname dat de effecten die worden waargenomen bij patiënten, veroorzaakt worden door andere immobiliserende factoren als pijn, angst of te weinig stabiliteit en niet door het onderbeen-gips. Het kan daarom verondersteld worden dat, als de effecten bij een gipsverband slechts minimaal zijn, deze bij een compressieverband tenminste gelijk zullen zijn, ervan uitgaande dat het gebruikte systeem normale functionele activiteiten toelaat. Het mag geconcludeerd worden dat het belang van het behoud van functie niet onderschat mag worden als een compressieverband wordt aangelegd. Compressie alleen doet geen open been genezen, het is de ambulatie, ervan uitgaande dat de patiënt comfortabel zijn gang kan gaan.

Er zijn veel redenen te bedenken om compressie therapie te vergelijken met de behandeling van fracturen middels gipsverbanden. Het behouden of verbeteren van de circulatie als ook de functionele activiteiten, zijn gemeenschappelijke doelstellingen. Historisch gezien wordt, net als bij de fractuurbehandeling, geen gebruik gemaakt van polstermaterialen bij compressie therapie.

Polstermateriaal

Hij heeft onderzoek gedaan naar de effecten van polstermateriaal. Allereerst een studie waarbij op gezonde vrijwilligers verschillende soorten gipsverbanden aangelegd werden met verschillende hoeveelheden polster- >>

materiaal. De resultaten laten zien dat polstermaterialen niet alleen een significant effect hebben op het stabiliserend vermogen van de gipsverbanden, maar ook op de ondersteuning van de veneuze circulatie middels de spierpomp. Twee studies werden uitgevoerd op twee speciaal ontworpen kunstbenen om de effecten van polstermateriaal te onderzoeken. Een been heeft een zogenaamde omgekeerde champagneflesvorm, het andere een huidplooi rond het enkelgewricht, zoals dat vaak gezien wordt bij lymfoedeem. Deze studies

lieten zien dat verschillende manieren van polsteren tot een verscheidenheid aan drukprofielen leiden en laten concluderen dat polstermaterialen een effect hebben op een gelijkmatige drukverdeling onder compressietherapie, vooral als polstering gebruikt wordt om onregelmatig gevormde lichaamsdelen uit te vlakken of op te vullen. Met mooie voorbeelden kan goed inzichtelijk gemaakt worden hoe de drukverdeling de compressie kan beïnvloeden.

Na deze inspirerende middag was het heerlijke buffet een mooi moment om deze goed geslaagde ALV te beëindigen.

De Najaars-ALV vindt plaats op zaterdag 10 november in het Jeroen Bosch ziekenhuis te Den Bosch.

Helmi Cornelissen,
gipsverbandmeester
St. Maartenskliniek Nijmegen

Marianne Syrier

GPS (Gravitational Platelet Separation)

Onlangs hebben we in een vorige uitgave een artikel gepubliceerd over de Dolorclastbehandeling. Dit artikel richtte zich op het verstrekken van informatie over de behandeling maar ook over de uitkomsten van het onderzoek dat ik onlangs uitvoerde op de polikliniek Orthopedie in het Scheper Ziekenhuis te Emmen. Wij zijn tevreden over de resultaten. Echter, er zijn altijd patiënten die niet, of onvoldoende reageren op de dolorclastbehandeling. Voor deze categorie voeren wij een andere behandeling uit op de poli Orthopedie. Deze behandeling heet GPS. Hieronder volgt een korte uitleg over deze manier van behandelen.

GPS is een afkorting voor Gravitational Platelet Separation (gepatenteerd door Biomet) en is een vorm van het toedienen van Platelet Rich Plasma. Het gaat hier om een behandeling waarbij door middel van een injectie, een gel van bloedplaatjes wordt ingespoten in de aangedane pees. Er wordt eerst bij de patiënt bloed afgenomen uit de arm. Het bloed wordt vervolgens gecentrifugeerd, waardoor de bloedplaatjes worden gescheiden van het bloedplasma (zie fig. 1)

Figuur 1



Op die manier ontstaat er een gel die een hoge concentratie van bloedplaatjes bevat. De geconcentreerde gel van trombocyten bevat groeifactoren die het natuurlijk herstel van weefsel stimuleren. Het zijn dus de eigen trombocyten die bij de behandeling gebruikt worden.

Er zijn verschillende indicaties voor het toepassen van de GPS-methode. op de polikliniek van de Orthopedie wordt de methode het meest toegepast bij de behandeling van chronische peesklachten. Deze klachten (bijvoorbeeld: epicondylitis lateralis/medialis, jumpersknee, achillodynie of fasciitis plantaris) zijn vaak hardnekkig en geven ernstige beperkingen in het actieve leven van de patiënt. Als je GPS toepast bij deze klachten, wordt het concentraat van bloedplaatjes ingespoten op meerdere plaatsen in de pees. De groeifactoren zullen de genezing van de pees versnellen. De patiënt krijgt na afloop van de behandeling voor thuis een oefenschema mee. Dit oefenschema moet gedurende twee weken worden uitgevoerd. Na twee weken mogen de krachttrainingen verhoogd worden.

Voordelen:

- Er wordt gebruik gemaakt van het eigen bloed van de patiënt. Door middel van een speciale manier om het bloed te checken, is de kans op fouten nihil. Er is daarmee geen kans op overgevoeligheidsreacties of afstoting.
- Er hoeft maar een kleine hoeveelheid bloed afgenomen te worden (afhankelijk van de in te spuiten plaats, 30 of 60 cc).
- Het gaat om een relatief eenvoudige behandeling, zonder verdoving of narcose. De patiënt hoeft dus niet nuchter te komen.
- De behandeling kan plaatsvinden op de polikliniek. Dit werkt vaak geruststellend, de patiënt is daar bekend.

nadelen:

- De behandeling is pijnlijk, de patiënt krijgt hiervoor paracetamol vlak voor de behandeling.
- Tijdens de eerste 6 weken na de behandeling mag de patiënt geen NSAID's gebruiken. Deze remmen namelijk de genezing. De eerste reactie op deze injectie is een ontstekingsreactie waarna de natuurlijke >>

genezing op gang komt. De patiënt mag alleen gebruik maken van paracetamol voor pijnstilling.

- De eerste paar dagen na de behandeling kan de patiënt veel last hebben van pijn, dit neemt na een dag of 2 à 3 af. Dit heeft te maken met een ontstekingsreactie op de aangedane plaats.

Resultaten

De resultaten zijn bemoedigend. Op de polikliniek Orthopedie worden verschillende

behandelingen toegepast voor klachten aan pezen. Wij behandelen, zoals gezegd, met Dolorclast. Daarnaast worden er op de polikliniek lokale injecties gegeven met Depomedrol en/of Lidocaïne en gipsbehandeling voor rust. De GPS injecties passen we veel toe bij patiënten die niet of onvoldoende reageren op de andere behandelmethoden. Daarnaast worden bij ons veel (professionele) sporters behandeld. Deze krijgen dan de GPS injectie als eerste behandeling, vaak bij knieklachten (jumpersknee of runnersknee).

Van alle patiënten die behandeld zijn met GPS in verband met een chronische Epicondylitis lateralis (nu 160 patiënten), is 74 % tevreden na 12 weken. Wij hanteren hiervoor de VAS-score, waarbij patiënten 25% of minder pijn hebben dan bij de start van de behandeling.

Marianne Syrier,
Orthopedie verpleegkundige
polikliniek Scheper Ziekenhuis Emmen

Fig. 2 oefenschema faciitis plantaris. De dynaband (oefenelastiek) krijgt de patiënt mee.



Ga zitten met de benen volledig gestrekt.

Sla de stretchdoek om de voet heen en hou de uiteinden vast.

Trek de stretchdoek langzaam en voorzichtig in de richting van de borst.

Hou de stretch vast voor 20 seconden en herhaal deze oefening 10 keer.

Staak de oefening bij hevige pijn.

Fig. 3 oefenschema epicondylitis lateralis/medialis



Polsbuigers rekken

Doel: het strekken van onderarmspiers en pols

Start positie: Strek de arm recht vooruit met de handpalm naar beneden. Houd de elleboog volledig recht.

Oefening: Pak met de vrije hand de vingers en buig ze langzaam naar **boven**, totdat de strekking gevoeld wordt aan de onderkant van onderarm en elleboog.

Dagelijks: 3 series met oefeningen

Herhaling: Houd de strekking 20 seconden aan en herhaal 10 keer.

Tips: Houd de schouder ontspannen en doe de strekking langzaam en voorzichtig.



Polsstrekkers rekken

Doel: het strekken van onderarmspiers en pols

Start positie: Strek de arm recht vooruit met de handpalm naar beneden. Houd de elleboog volledig recht.

Oefening: Pak met de vrije hand de vingers en buig ze langzaam naar **beneden**, totdat de strekking gevoeld wordt aan de onderkant van onderarm en elleboog.

Dagelijks: 3 series met oefeningen

Herhaling: Houd de strekking 20 seconden aan en herhaal 10 keer.

Tips: Houd de schouder ontspannen en doe de strekking langzaam en voorzichtig.

Opleiding tot Gipsverbandmeester opgenomen in Opleidingsfonds

De VGN heeft sinds 2011 gelobbyd om de opleiding tot gipsverbandmeester te laten opnemen in het FZO (Fonds Ziekenhuis Opleidingen). Dit heeft erin geresulteerd dat de Landelijke Opleiding tot Gipsverbandmeester sinds juni 2012 in aanmerking komt voor subsidieregeling vanuit dit opleidingsfonds. Uiteraard zijn wij als bestuur verheugd met dit resultaat.

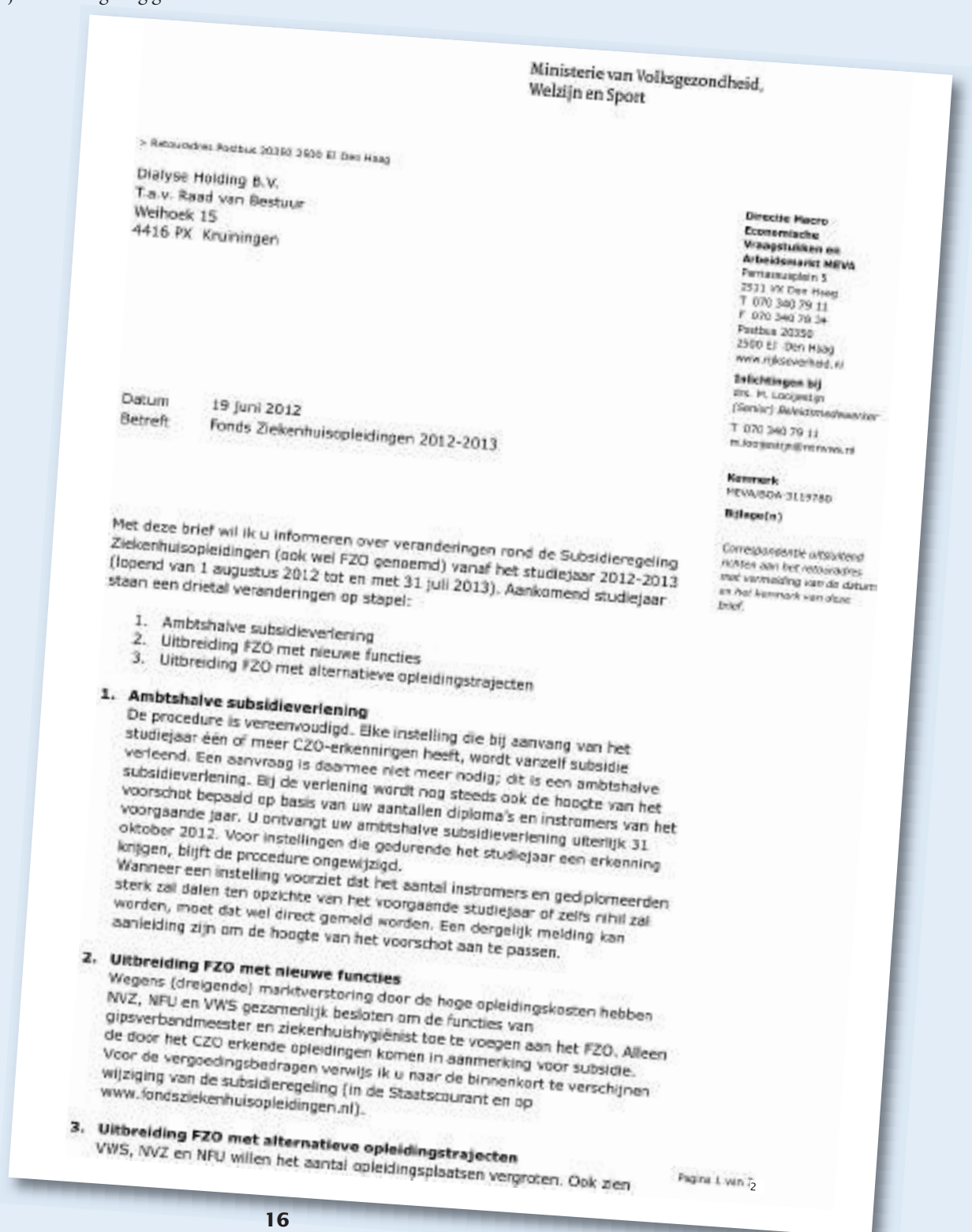
Concreet betekent dit dat uw instelling een beroep kan doen op gelden uit het FZO indien u een gipsverbandmeester opleidt voor het studiejaar 2012-2013. Jaarlijks zal de regeling geëvalueerd worden voor

VWS, NFU en NVZ.

Wij vertrouwen erop dat door het wegnemen van de financiële drempel om gipsverbandmeesters op te leiden, meer ziekenhuizen bereid zijn nieuw talent op te leiden.

Doe hier uw voordeel mee!

Joris Ruhe
Voorzitter VGN



Brief van Ministerie van Volksgezondheid en Sport ML 3119780 FZO 2012-2013

Secretariaat VGN

Waterhoen 32
1517 HB Spanbroek
Telefoon werk: 0229-208259
Website VGN: www.vgned.nl

VGN-e-mail

voorzitter@vgned.nl
penningmeester@vgned.nl
secretariaat@vgned.nl
cdfeiten@zeelandnet.nl
r.gronloh@vumc.nl
christvanderijt@telfort.nl
h.cornelissen@maartenskliniek.nl
c.gersen@hotmail.nl
w.walet@quicknet.nl

Bestuur

Dhr. J. Ruhe, *voorzitter (dagelijks en algemeen bestuur) en Unie Z&W*,
Mevr. M.C.A. Roeterink, *secretaris (dagelijks en algemeen bestuur)*,
Dhr. M. van Griethuysen, *penningmeester en vice-voorzitter (dagelijks en algemeen bestuur)*,
Dhr. C.D. Feijten, *bestuurslid met portefeuille PR&Voorlichting*,
Dhr. R. Grönloh, *bestuurslid met portefeuille Opleiding en CZO*,
Dhr. C.G.J.M.H. van de Rijt, *bestuurslid met portefeuille Visitatie*,
Mevr. H. Cornelissen, *bestuurslid met portefeuille Ledenactiviteiten*,
Dhr. C.H.J.J. Gersen, *bestuurslid met portefeuille Redactie "In dit Verband"*,
Mevr. M.W. Romijn, *Notuliste*.
Dhr. W. Walet, *algemeen bestuurslid*

deze partijen graag nieuwe, innovatie opleidingstrajecten ontstaan die bijvoorbeeld beter aansluiten bij het hoger onderwijs of die het ontstaan van zogenaamde fuikfuncties voorkomen. Daarom zijn in december 2011 instellingen opgeroepen om alternatieve opleidingstrajecten aan te melden die opleiden tot de functies van het FZO. NVZ, NFU en VWS hebben gezamenlijk besloten om vier opleidingen toe te voegen aan het FZO. De overige aanmeldingen voor de alternatieve trajecten zijn niet toegevoegd aan het FZO. Meest voorkomende reden voor afwijzing is dat de ingediende trajecten niet voor een van de functies van het FZO (zie bijlage bij de subsidieregeling) opleiden. De instellingen die een traject hebben aangemeld krijgen nog apart bericht. De volgende alternatieve trajecten komen vanaf studiejaar 2012-2013 in aanmerking voor subsidie:

Kenmerk:
MEVA/BOA-3119780

Ten eerste de duale variant van de opleiding HBO-Verpleegkunde-Technische uitstroom (HBO-V; CROHO 34560) welke naast verpleegkundige opleidt tot anesthesiemedewerker (AM) of operatieassistent (OA). De opleiding moet op het moment van diplomering een CZO erkenning hebben voor het gedeelte voor AM- en/of OA. Deze opleidingen komen in aanmerking voor diplomavergoeding maar niet van voor instroomvergoeding omdat het AM- en OA-gedeelte ongeveer 2 jaar in beslag neemt en de uitval van studenten gedurende het AM- en OA-gedeelte beperkt zal zijn. Bovendien komt het theoriegedeelte in aanmerking voor vergoeding vanuit het ministerie van OCW.

Ten tweede wordt de duale variant van de opleiding Medisch Beeldvormende en Radiotherapeutische Technieken (MBRT; CROHO 34561) toegevoegd. Deze leidt onder andere op tot radiotherapeutisch en radiodiagnostisch laborant. Het praktijkdeel van deze opleiding moet een CZO-erkenning hebben om in aanmerking te komen voor subsidiëring. Voor instellingen die al een CZO-erkenning hebben voor hun in service-opleidingen tot radiotherapeutisch en radiodiagnostisch laborant zal het CZO een eenvoudige erkenningsprocedure hanteren.

MBRT komt alleen in aanmerking voor diplomavergoeding. Hiervoor zijn verschillende redenen. Allereerst is het praktijkgedeelte van de MBRT-opleiding voor de deelgebieden radiotherapie en radiodiagnostiek minder omvangrijk dan bij de CZO-erkende opleidingen radiodiagnostisch laborant en radiodiagnostisch laborant. Verder zal de uitval van MBRT-studenten gedurende de laatste twee jaar van de opleiding kleiner zijn dan bij genoemde CZO-erkende opleidingen. Tot slot komt het theoriegedeelte in aanmerking voor vergoeding vanuit het ministerie van OCW.

De precieze eisen en voorwaarden van de bovenstaande veranderingen zullen binnenkort verschijnen met de wijziging van de subsidieregeling Ziekenhuisopleidingen. Voor nadere toelichting verwijs ik u naar de website www.fondsziekenhuisopleidingen.nl, uw koepelorganisatie (NVZ of NFU) of naar de contactpersoon in de marge van deze brief.

Kenmerk:
MEVA/BOA-3119780

Hoogachtend,

de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport, namens deze,
de directeur van de directie Macro-Economische Vraagstukken
en Arbeidsmarkt,



drs. C.E. Mur

Voorvoet antispits orthese.

In navolging van een eerdere bijdrage aan de rubriek Tips en Tricks, volgt hieronder nog een leuke en creatieve oplossing om een spitsvoet te voorkomen bij een externe fixateur. Van de makers (gipsverbandmeesters) uit het UMC Radboud te Nijmegen wordt de werkwijze uitgelegd en met begeleidende foto's uitgebeeld.

Met grote regelmaat krijgen wij in ons traumacentrum ernstig getraumatiseerde onderbeenfracturen via de afdeling Orthopaedie/Heelkunde in onze gipskamer, waarbij een externe fixateur op het onderbeen is geplaatst en /of een faciotomie van de kuitspier is verricht (om een logesyndroom te voorkomen). Deze patiënten moeten beschermd worden tegen het ontwikkelen van een spitsvoet. Het aanleggen van een onderbeenachterspalk (anti- spits- spalk) is hierbij niet wenselijk, omdat de faciotomiewond niet bedekt mag worden. Dit terwijl een ant-spitsvoet behandeling zeer gewenst is. Daarvoor hebben wij de antispitsvoorvoet orthese ontwikkeld. Uiteraard is dit alleen aan te leggen in combinatie met een externe fixateur. Er bestaat geen gevaar voor loslating of dispositionering van de pennen, in al de jaren dat we deze orthese maken heeft dat zich nog nooit voorgedaan. Hoe deze nu te maken?

- *Neem een badstofkous.*
(onderkant talus t/m top digiti 1-5 van de voet.)
- *Leg enkele slagen polyester cast los over de badstofkous tot royaal over de tenen.*
- *Beide Ty-raps bevestigen:*
(1x basis dig 1 en 1 x basis dig 5) met polyester cast.
- *Met de vingers het gips bij de tenen breed uitspreiden, totdat de uitharding heeft plaatsgevonden.*
- *Als het gips hard is, aftekenen tussen de basis dig 1 en 2.*
- *Een schuine lijn naar de basis van dig 5 en teenplateau aftekenen.*
- *De badstofkous proximaal NIET omslaan.*
- *Het voorvoetschoentje afdoen en netjes afwerken met fleece liner.*
- *Bevestig de orthese aan de ext. fix. pennen met klittenband (min. 70 cm lang of meer).*

Het streven is naar een neutrale stand van het enkelgewricht in 90 graden, geen pro- of supinatie, geen eversie of inversie van de voet. De foto's laten duidelijk zien hoe de orthese vervaardigd wordt.

Vragen of op/aanmerkingen zijn altijd welkom:

Harold Grotenhuis

Jan Bongaerts

Gipsverbandmeesters

UMC st. Radboud Nijmegen.

Benodigdheden:

Badstofkous.

2 x ty- rap 15 cm.

1 rol rigide polyester cast 7,5 cm.

Aftekenstift.

Fleece liner.

2 x klittenband

minimaal 70 cm lang.





**Harold Grotenhuis,
Jan Bongaerts,**
Gipsverbandmeesters
UMC st. Radboud Nijmegen

Commentaar op het artikel van Ploegmakers ea in: 'In dit Verband' jaargang 20 november 2010. p 13-15. 'Angulaire afwijking na antebrachiumfractuur bij een kind ondanks repositie.'

Hieronder volgt het commentaar van Dr. L.S. de Vries, chirurg in het Meander Medisch Centrum in Amersfoort.

Na het lezen van het bovengenoemde artikel wil ik graag reageren, omdat ik weer gesterkt ben in mijn opvatting, dat er veel misverstanden bestaan over de behandeling van de greenstickfracturen. In dit commentaar wil ik de behandelaars er op wijzen, dat men zich realiseert met welk type greenstick fractuur men te maken heeft, hoe oud de patiënt is, hoeveel groeipotentie de dichtstbijzijnde groeischijf heeft en op welke afstand deze zich bevindt. Ook wil ik de behandelaars erop wijzen hoe men een gereponeerde fractuur dient te immobiliseren en wat de duur is van de immobilisatie. Ik zeg vaak: de natuur is mild. Maar we moeten ons natuurlijk wel goed realiseren wat nog kan remodelleren en wat niet meer.

Allereerst lijkt het me van groot belang om het eens te worden over een eenduidige benaming van de diverse soorten greenstick fracturen, ieder met hun eigen identiteit en een eigen behandeling. De fractuur van "een groene stok" is niet anders dan een fractuur van een pijpbeen van een jong persoon met groeischijven en een heel stevig periost. Belangrijk is ook om te kunnen zien op een röntgenfoto, wat de staat is van het periost. Dit wil zeggen waar het gescheurd is en waar het intact is. Het is voor de behandeling van cruciaal belang. Verder is het van groot belang om zich te realiseren hoeveel groeipotentie bij de patiënt nog aanwezig is, afhankelijk van zijn of haar leeftijd en de eventuele nabijheid van een groeischijf, welke het grootste aandeel heeft in de groei van het aangedane bot. We moeten ons realiseren, dat bij de arm, de groeischijven proximale in de humerus en distale in de onderarm, een aandeel hebben van 80% in de lengtegroei van dit bot. Dit in tegenstelling tot de onderste extremititeit, waar de twee groeischijven rond de knie het meest grote aandeel leveren in de groei van het betreffende bot. Dit heeft als resultaat, dat bijvoorbeeld in de distale radius, een hoekstand van

de fractuur zonder meer geaccepteerd kan worden en des te meer naarmate de patiënt jonger is, omdat het remodeleringsvermogen dan heel groot is. Dit laatste wordt fraai geïllustreerd in het bovengenoemde artikel bij de 7½ jarige jongen met zijn recidief angulatie in het gips, ondanks de fraaie repositie. Maar was deze repositie eigenlijk wel zo fraai? Daarvoor wil ik graag enige orde aanbrengen in de soorten greenstick fracturen, die te onderscheiden zijn. Allereerst noem ik elke fractuur bij een kind met groeischijven een greenstick fractuur. Hierbij kan er een vervorming van de cortex optreden zonder onderbreking van de cortex: de torus fractuur, ook wel genoemd de buckle fractuur. Het periost is rondom volledig intact, de stabiliteit van het bot is nagenoeg maximaal. De patiënt ervaart pijn door de subperiostale bloeding, welke na 3 à 4 dagen verdwenen is. Het aanleggen van een drukverband kan volstaan, maar wordt helaas niet vaak toegepast. De patiënt krijgt meestal een spalk, soms zelfs voor meerdere weken. Ik hoef uiteraard niet te zeggen, dat dit in mijn ogen volstrekt onzin is en dat dit de patiënt alleen maar schaadt. Is er sprake van een gedeeltelijke cortex onderbreking en voor de

rest alleen een plastische vervorming van de cortex, dan spreken we van een "infant type greenstick" fractuur. We onderscheiden dan de "compression type" en de "distraction type". Bij de "compression type" fractuur, is het periost rondom intact. Bij de "distraction type" is het periost alleen aan de concave zijde intact. Is de cortex rondom gefractureerd, dan spreken we van een "adult type" greenstick fractuur en zal een groot deel van het periost gescheurd zijn. Soms kan de ernst hiervan erg meevallen. Hiervoor moeten we kennis hebben van het mechanisme, welke het letsel heeft veroorzaakt, en de mate van dislocatie die is opgetreden bij het trauma. Om terug te komen op mijn opmerking of de repositie eigenlijk wel zo fraai was, wil ik dat uitleggen aan de hand van de getoonde casus, de 7½ jarige jongen met de distale "infant compression type" greenstick antebrachium fractuur. Het periost zal nagenoeg volledig intact zijn, de volaire cortex is plastisch vervormd. Een vervelende eigenschap van een plastisch vervormde cortex is nu, dat na rechtbuigen deze binnen de kortste tijd weer terugbuigt. Om dat te voorkomen, moet de plastisch vervormde cortex door-

broken worden. Echter de vraag is hoe dat voor elkaar te krijgen. Ik kan u verzekeren, dat dit gesloten niet lukt. Hyperdorsalflexie zal niet lukken, omdat het bot dorsaal al op zichzelf afsteunt en het periost volair nog intact is. Zogenaamd over-reponeren zal ook niet gaan, want het periost dorsaal, aan de compressie-zijde is intact. Overigens moet u het woord over-reponeren ook uit uw vocabulaire schrappen: nooit proberen. Het geeft onnodig weke delen letsel en extra instabiliteit tot gevolg. Maar zoals de beschreven casus al laat zien: we hoeven helemaal niet te reponeren. De opname met algehele anaesthesie op de operatiekamer kan volledig achterwege blijven. Veel te vaak wordt er onnodig gereponeerd. Indien het niet de metafyse betreft, maar de diafyse, kunnen we wel minder vaak de angulatie accepteren. Gelukkig maar, dat het bijna altijd een "infant distraction type" greenstick fractuur betreft. Daarbij dient de plastisch vervormde cortex wel gefractureerd te worden. Dit geschiedt heel makkelijk door de fractuur nog iets meer door te buigen in de richting waarin hij al gebogen is. Het intacte periost aan de concave zijde zal daarbij intact blijven en voor de nodige stabiliteit zorgen bij de repositie in de anatomische >>

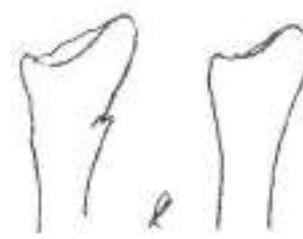
stand. Wel moeten we ons bij deze fracturen nog realiseren, dat door de musculatuur, de ulna en radius naar elkaar toe worden getrokken, hetgeen inacceptabel is. De rotatie zal dan na consolidatie ernstig belemmerd zijn. De ulna moet nu eenmaal recht, en de radius krom zijn om pro- en supinatie mogelijk te maken. Daarom moet er altijd een circulair gecompriëerd bovenarmgips worden aangelegd. De duur van de gipsimmobilisatie is net zoveel weken als patiënt oud is in jaren. Eventueel kan na 6 weken het bovenarmgips worden vervangen door een onderarmgips, indien er langer dan 6 weken moet worden geïmmobiliseerd. Is er sprake van een "adult type" greenstick fractuur, dan hoeven er geen trucs te worden toegepast. De fractuur moet dan goed uitgelijnd worden, waarbij voldoende contact moet bestaan tussen de fractuuruiteinden. Meestal is het verstandig eerst de ulna te reponeren en bij goede

afsteuning daarna de radius-schacht te reponeren. Daarna kan er een comprimeerd bovenarmgips worden aangelegd. Een eventuele resterende hoekstand kan na 2 weken zo nodig worden bijgebogen op de gipskamer, waarbij uiteraard in dat geval een nieuw gips wordt aangelegd. De eerste periostale reactie zal er voor zorgen, dat de fractuur niet verder disloceert. Ik hoop, dat velen lering trekken uit deze tekst. Jammer genoeg is er te weinig belangstelling voor de conservatieve behandeling van fracturen, met als gevolg, te veel onnodige behandelingen.

Dr. L.S. de Vries,
chirurg
 Meander Medisch Centrum
 Amersfoort



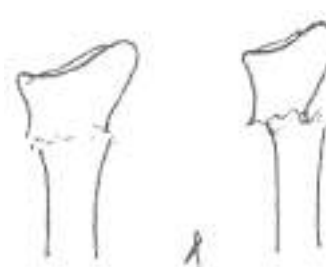
Torus:
 ● cortex vervormd
 ● niet gefractureerd
 ● periost rondom intact



Infant type compression:
 ● deel cortex vervormd
 ● deel cortex gefractureerd
 ● periost rondom intact



Infant type distraction:
 ● deel cortex vervormd
 ● deel cortex gefractureerd
 ● periost deels gescheurd



Adult type:
 ● cortex rondom gefractureerd
 ● periost deels gescheurd
 ● deels intact, maar gestript



Bowing:
 ● cortex intact
 ● periost intact
 ● schacht als geheel vervormd

Veterinaire workshop

In het dagelijks leven worden we rijkelijk omgeven met de creaturen van moeder aarde die we huis (tuin- en keuken) dieren noemen. Je kunt er bijna niet om heen, zoveel dieren zijn er. Meestal reageren mensen daar enthousiast op. Op de gipskamer horen we hele andere verhalen. Zo was er een dame (patiënt, achteraf) een meikever aan het verjagen uit haar woning. Die was in haar haardos meegelift naar binnen toen de dame buiten een sigaretje had gerookt. Net toen ze het dier netjes de deur uit werkte, nam de kever wraak en viel haar zowaar aan. Ze viel al vechtend achterover en brak haar enkel op meerdere plaatsen. Ook bij het redden van een kikker uit de bek van een hond kun je lelijk ten val raken en je pols breken (dame: 80 jaar). Dat zijn ontmoetingen waar je niet op zit te wachten. Maar, het kan ook andersom: de hond valt uit het raam en daarmee op de kat, het paard die erbij stond, schrikt en vergaloppeert zich. Voordat je het weet wordt je als gipsverbandmeester gevraagd of je een been, poot of klauw in kunt gipsen. Piet Vinke, de 3M man achter de beestenboel gaf tweemaal een workshop in Zuidwolde. Met veel gipsverbandmeesters om zich heen, liet hij samen met dierenarts Reinier Logcher zien hoe je dieren kunt gipsen. Hieronder volgt het verslag van twee deelnemers.

De dierenarts Reinier Logcher werd geholpen door zijn assistente, een dierengedragstherapeute. De verschillende immobilisatietechnieken werden uitgelegd door Piet Vinke, geholpen door zijn collega Maruli Groothuis.

Anatomie

Van de dierenarts kregen we les in de anatomie van vooral de achterpoten van de hond en het paard. De anatomie is vergelijkbaar met de mens, maar het zijn andere verhoudingen van de verschillende lichaamsdelen. Zo heeft het achterbeen van het paard een kort femur, is de knie verborgen binnen de buikwand en is het onderbeen verdeeld in een lange voet en een bijna even lang onderbeen.

Materialen

Gips- en verbandtechnieken kunnen nodig zijn bij breuken en wonden (veroorzaakt door trauma's en door infecties). Ook een tijdelijk verband voor vervoer naar een operatie-locatie kan nodig zijn. Mineraalgips wordt niet gebruikt, van de kunststoffen zijn glasvezel-kunststoffen minder geschikt omdat het snel breekt. Softcast en Primacast (polyester is taaiër en slijt daarom minder) voldoen goed. Polsteren moet erg zorgvuldig gedaan worden met watten, vilt, schuimrubber en eventueel een stuk rubber van een autoband. Bij kleine pootjes van honden en

katten wordt gebruik gemaakt van Vetrap als eerste onderlaag. Dit kleeft goed aan de huid en hierop wordt dan Softcast aangelegd; het geheel schuift daarom minder snel af.

Vetrap

Voordat wij op de gipskamer de Coban-tape leerden kennen, gebruikten de dierenartsen al langere tijd de "Vetrap", ofwel het veterinaire verband, wat in principe hetzelfde materiaal is. 3M heeft dit speciaal voor de veterinaire praktijk ontwikkeld. De spanning waarmee deze Vetrap omwikkeld wordt is van essentieel belang: een afknellend gevoel zal het dier niet accepteren, tot zelfs het afbijten van de hele poot als gevolg, zoals eens gebeurde bij een kat. Softcast wordt ingezet bij het verbinden van wonden. Ook kan een nat verband nodig zijn. Bijvoorbeeld bij infectie in de hoef: natte watten worden dan stevig bevestigd met Vetrap. De watten moeten dan dagelijks opnieuw nat gemaakt worden.

Gipstechniek

Moet de Softcast verstevigd worden met een spalk van Primacast, dan gebeurt dat bij paarden en grote honden aan de achterzijde van de voorpoten en aan de voorzijde van de achterpoten, vanwege de locatie van de pezen. Niet alleen theoretisch werden wij geschoold.

Ter plekke werd ook het aanleggen van verschillende immobilisatietechnieken getoond op een paard. Een wondverband van Softcast, een hoefverband (nat verband), een Softcast verband bij een grote hond (Bouvier) en tenslotte een Softcast verband met Vetrap als onderlaag op een klein pootje van een kleine Jack-Russel. Het was een leerzame avond, prettig om ook eens over de grenzen van de gipskamer te kijken hoe onze viervoetige vrienden met hetzelfde kunststofgips geholpen kunnen worden.

Robin van Oosterzee

Als enige westerling kwam ik op de valreep aan na een lange tocht door de avondspits.

We werden hartelijk welkom geheten en begonnen met allerlei lekkere broodjes, soep en kroketten. De dierenarts groepspraktijk ligt aan de rand van het dorp en beschikt zowel binnen als buiten over zeer veel ruimte. In veel te korte tijd heeft Reinier getracht ons wat te vertellen over de anatomie van paardenbenen en hondenpoten. Het is gebleken dat het paardenbeen duidelijk afwijkt van het been van de mens. Daarnaast zijn paardenbenen zeer kwetsbaar, en vergen continue aandacht van de eigenaar/verzorger. Een paard kan bijvoorbeeld niet lang stil staan. Door het ontbreken van

een lymfe systeem, zwellen paardenbenen snel. Het liefst worden paarden al staande aan benen verbonden, omdat het moeizaam is om een paard te laten liggen op de zijde. Reinier wist indrukwekkende praktijk voorbeelden naar voren te halen over noodsituaties midden op de avond of in de nacht. Hij gebruikt wel eens een stuk hout of een stuk "dakgoot" om in acute situaties een gekwetst paardenbeen te spalken. Er is heel veel verbandmateriaal nodig om een paardenbeen in het geheel te spalken (denk aan de kous, watten en Softcast). Het ligt voor de hand dat het grote verschil tussen mens en dier is dat de mens over het algemeen duidelijk kan verwoorden als hij/zij pijn voelt aan de aangedane extremiteit. Een dier kan dat niet, maar laat ongemak of pijn merken aan het gedrag. Denk aan onrust, niet lopen, niet eten, zich terug trekken. Belangrijk is dat wij als mensen alert zijn op de non-verbale communicatie bij dieren wanneer spalken en verband wordt aangelegd. Er was te weinig tijd en te veel te vertellen over het paard en de hond, zodat er werd over gegaan op het praktijk gedeelte. Jolien, de assistente van de dierenartsenpraktijk was zo vriendelijk haar eigen paard en hond(jes) ter beschikking te stellen als model. Eerst gingen wij naar buiten,

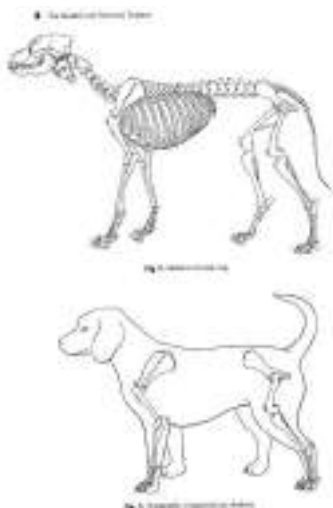
>>



Figuur 1

alwaar haar paard klaar stond om zich zonder morren te laten verbinden (zie fig 1). Piet liet ons al doende zien hoe en met welke verbandmaterialen je een voorbeen kan verbinden. Onder tussen werden alle gewrichten van het voorbeen genoemd. Ook de hoof werd uitgebreid besproken. Het hoofverband en de hoef schoen werd voorgedaan. Een paard heeft nauwelijks kans op trombose en diabetes blijkt bij navraag. Daarna was ("Ollie", een lieve rotweiler) aan de beurt en werd als patiënte binnen op een behandel tafel op haar zijde gelegd. Een van de voorpoten werd met Softcast gezwachteld (zie fig. 2). Er werd met zorg gelet op de houding van de poot, omdat de hond er zeker mee moet kunnen lopen. In de meeste gevallen worden honden onder sedatie gezwachteld/gegipst, anders vechten zij zich van de tafel. Tevens is het zorg dat de hond de Softcast

Figuur 4



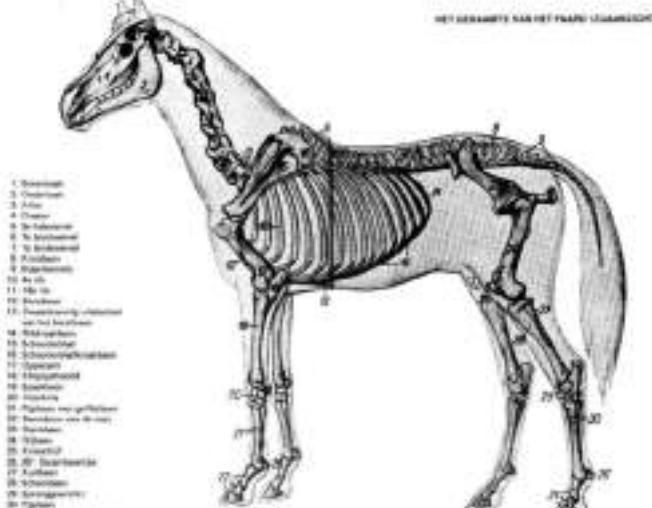
Figuur 2

er niet af 'bijt', 'krabt' of 'schuurt'. Een kap om zijn kop zal uitkomst bieden. Ook kan je een vies ruikende stof op de Softcast smeren, denk aan tea tree oil of cayenne peper. Als tweede werd 'Mutsje' (een jack russel terrier) als model gebruikt. Met een smalle maat Coban werd een van de voorpootjes ingezwachteld (zie fig. 3). Allebei de honden konden goed staan en lopen met hun ingezwachtelde pootjes. Na het praktijk gedeelte is er ruim nagepraat over alle verkregen informatie. Het was duidelijk dat de meeste aanwezigen wel 'iets' hebben met dieren, dat bleek ook uit de verschillende zeer enthousiaste reacties. Heel leuk om eens over paardenbenen en hondenvoten te praten, dan over de menselijke extremiteten.

De verschillen

Het verschil tussen mens en dier nog even op een rijtje gezet:

Figuur 5



- Bewustzijn
 - a. dier vlucht weg bij pijn
 - b. vaak narcose nodig
- Communicatie
 - a. geen begrip van noodzaak tot (na)behandeling
- Anatomie (zie fig. 4 en 5)
 - Uiteraard zijn de verbanden ook verschillend die bij dieren wordt aangelegd. Je hebt een kopverband, schoudersteunverband, pootverband en daarin wordt nog een verdeling gemaakt in een drukverband, steunverband, spalkverband en staartverband. Dieren hebben wel een enigszins vergelijkende anatomie met de mens.
- Bewegingsbereik (range of motion)
- Staat op 4 benen
- Hoeven, zoolkussens en hubertusklauwtjes
- Droge extremiteten
 - o Lager vetpercentage
 - o Bot direct aan oppervlakte
 - o Grotere spier- en peesmassa



Figuur 3

Redenen voor het aanleggen van drukverband

Er zijn een paar redenen voor het aanleggen van een verband. Dat is als er drukverband nodig is voor een wond na een trauma, voor het afdekken van een wond of voor stabilisatie; zowel primair als secundair. Het basismateriaal voor het opbouwen van een verband bestaat uit een wond dressing; polstering, windsels, spalkmaterialen en fixatiematerialen. Er bestaan diverse spalkmaterialen die onder te verdelen zijn in: rigide, semi-rigide, noodspalk en een spalk voor de langere duur. Net als bij mensen worden er bij dieren ook complicaties gezien zoals drukplekken, circulatiestoornissen/stuwing en atrofie. De symptomen van complicaties zijn:

- Dier eet ineens niet meer.
- Belast het been niet meer.
- Bijt aan het verband.
- Koorts > 39,5° C. (hond).
- Zwellen van tenen.
- Warme spot buitenzijde gips.
- Stinkend verband.
- Afzakkend verband.

Met dank aan Piet Vinke, voor het aanleveren van presentatiemateriaal.
Aries Oldenhuis,
gipsverbandmeester
 Martini ziekenhuis Groningen (verslag)
Robin van Oosterzee,
gipsverbandmeester
 Bronovo ziekenhuis Den Haag (verslag)

Anna Fonds

Nederlands
Orthopedisch
Research en
Educatie
Fonds

KENNISGEVING

ANNA-prijs 2013

voor biomedisch onderzoek van het steun- en bewegingsstelsel

Het Bestuur van de Stichting Anna Fonds NOREF roept kandidaten op om zich aan te melden voor de tweejaarlijkse Anna-prijs 2013.

De prijs is bestemd voor een prominent clinicus of biomedisch onderzoeker van het menselijk steun- en bewegingsstelsel gericht op de orthopedische aspecten in de ruimste zin des woords.

De prijs bestaat uit een vrij te besteden bedrag (€ 10.000,--) met penning en oorkonde.

Aanmeldingen bestaan uit een duiding van het belang van het onderzoek (met CV en de belangrijkste publicaties) en van het huidige onderzoekprogramma.

In onze wetenschappelijke adviesraad zitten o.a. hoogleraren in de orthopedie, botvorming, traumatologie, revalidatie en klinische epidemiologie.

Aanmeldingen vóór 28 juli 2012 bij het bestuur van het Anna Fonds/NOREF, Postbus 1021, 2340 BA Oegstgeest.

De prijsuitreiking vindt plaats in februari 2013 tijdens de jaarvergadering van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging.

Inlichtingen bij dr J.W.W. Coebergh, voorzitter

Tel: 06-53618497

www.annafonds.nl

Anna Groll was vanaf 1913 als steunpilaar van Murk Jansen nauw betrokken bij de oprichting van de Vereniging voor Misvormden en de Anna Kliniek in Leiden in 1929.

L&R Masterclasses voor de gipsverbandmeester 2012 / 2013

Interactieve workshop en presentaties ter ondersteuning van gipsverbandmeesters bij hun werk.

De L&R Masterclasses zijn een begrip binnen de groep van wondverpleegkundigen, maar nu ook een begrip voor de gipsmeesters in Nederland. Door de lovende beoordelingen van de cursisten in 2011 is er besloten om dit concept voor te zetten in de komende jaren. De gemiddelde beoordeling kreeg een cijfer tussen de 8 en 9 op alle drie de locaties.

De Masterclasses

Kwaliteit

Gekwalificeerde sprekers die op interessante en toegankelijke wijze de voor u relevante onderwerpen behandelen. De informatie wordt

concreet en praktijkgericht aangeboden in twee afzonderlijke sessies gedurende twee dagen, welke zowel op zichzelf staand als in combinatie gevolgd kunnen worden.

Toepassen van opgedane kennis

De cursus staat geheel in het teken van het geleerde in praktijk brengen om de praktijk zo dicht mogelijk te benaderen. Voor alle cursisten zijn er praktijk momenten ingepland of worden er casussen behandeld.

Zelfreflectie (d.m.v. toetsing moment)

De cursus biedt ook de mogelijkheid tot zelfreflectie. Aan het begin van de cursus kunt u - door het beantwoorden van een aantal vragen - inzicht krijgen in het geen u op dat moment beheerst.

Op een later moment krijgt u vervolgens inzicht in de door u opgedane kennis d.m.v. uw eerder gegeven antwoorden op de vragen uit het toetsing moment.

Certificaat / Accreditatie

Na afloop van de masterclass ontvangen de deelnemers een certificaat op naam als bewijs van deelname. Ook voor de nieuwe masterclass zal accreditatie worden aangevraagd.

Nieuwe data

De twee dubbele data voor de nieuwe masterclass 'Wondverzorging op de gipskamer' zijn bekend (zie schema hieronder).

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met Louis Vijverberg, via email: louis.vijverberg@nl.lrmed.com.

Locatie en onderwerp	1e bijeenkomst	2e bijeenkomst
'Moderne wondverzorging op de gipskamer'		
Oegstgeest/ kasteel oud Poelgeest	20 september	08 november
Locatie nog niet bekend	1e kwartaal 2013	1e kwartaal 2013

Wat is gedaan!

Vanwege het uitgebreide weke delen defect is gekozen voor het stabiliseren van de enkel met een fixateur externa. Gezien het totaal beeld mag gerekend worden op forse zwelling/oedeem. Er mist een groot deel van de huid. Hieruit zal veel vocht komen wat frequente verbandwissels betekent.

Bij deze patiënt is gekozen voor VAC therapie. (foto 1). Al na een week zag de wond er een stuk beter uit en waren er geen tekenen van zwelling/oedeem (foto 2). Na 4 weken kon een huidplastiek gedaan worden (foto 3). Het resultaat, 8 weken na trauma, is te zien op foto 4.



foto 1



foto 2



foto 3



foto 4

Wat zou u doen?

Een 20 jarige jongeman meldt zich op de SEH na een sporttrauma van een dag geleden. Toenemende klachten waren een reden om naar de huisarts te gaan.

Bij onderzoek wordt drukpijn gevonden op de basis metatarsale 5 en er is een lichte zwelling. Er worden foto's gemaakt. (foto 1 en foto 2).
Wat zou u doen?

Stuur uw reactie naar de redactie van In dit Verband:

d.haandrikman@skbwinterswijk.nl



foto 1



foto 2