

Schedelhersenletsels van allerlei aard en sterkte

Na het lezen van de interessante klinische les van MINDERHOUD (1982) blijft de hamvraag voor de huisarts bij een schedeltrauma: moet ik deze patiënt verwijzen voor verder onderzoek of behandeling (c.q. opname)? Waarschijnlijk is dit dikwijls niet noodzakelijk, ofschoon in deze tijd van defensieve geneeskunde menig collega bevreesd zal zijn zichzelf een buil te vallen, en daarom maar terstond doorstuurt. Wordt de patiënt hier echter beter van? Vooral wanneer, zoals Minderhoud stelt, geen of slechts kortdurend amnesie of bewusteloosheid is opgetreden, of wanneer er bij grondige anamnese en onderzoek geen neurologische of andere verdachte afwijkingen bespeurd kunnen worden. De vraag rijst dan of men OOSTERHUIS (1977) moet aanhangen, die schrijft dat er toch minstens schedelfoto's gemaakt dienen te worden, of SMIT (1976) mag volgen, die de mogelijkheid van thuisverpleging na een schedeltrauma oppert. In dit laatste geval is observatie uiteraard aangewezen, hetgeen tijd en moeite zal vergen van huisgenoten en huisarts. Met name de epi- en subdurale hematomen zijn dan complicaties waar men beducht voor dient te zijn, ofschoon deze slechts sporadisch voorkomen. Indien men huisgenoten instrueert de patiënt de eerste nacht om de twee uur te wekken en elke daling van het bewustzijn, toename van hoofdpijn of ongelijkheid van pupilgrootte direct te melden (SMIT 1976), kan in dit zeldzame geval alsnog tijdig worden ingegrepen.

Mobilisatie kan vaak reeds na enkele dagen bedrust beginnen op geleide van vermindering van klachten, waarbij na lichtere traumata m.i. geen week gewacht hoeft te worden; men bedenke dat na langere tijd bedrust orthostatische duizeligheid en hoofdpijn fysiologisch voorkomen zodat deze geen reden mogen vormen de patiënt maar weer in bed te sturen. Verscheidene aldus door mij behandelde patiënten hebben binnen een week na een schedeltrauma hun werk hervat, zonder een spoor van restverschijnselen. De enige arme drommel die posttraumatische klachten overhield, was toevallig (?) een van degenen die na de klap in het ziekenhuis waren beland. Aldaar wordt tegenwoordig kennelijk ook al defensief te werk gegaan, zodat de bewijslast wordt omgekeerd: geen patiënt zal de kliniek verlaten, voor elke denkbare afwijking is uitgesloten. Onze patiënt werd dan ook warm onthaald met lumbale punctie, EEG, echo-encefalografie, röntgenonderzoek, bloedbepalingen en andere onderzoeken waarvoor geen contra-indicatie aanwezig was. Nadat hem door de neuroloog was medegedeeld, dat er geen afwijkingen waren geconstateerd, behalve enkele „stoornissen op het EEG”, behield patiënt wekenlang hoofdpijn. Hij vertelde mij zich ernstige zorgen te maken over de gevonden EEG-afwijkingen. De neuroloog werd kennelijk door deze restverschijnselen geïrriteerd, want de patiënt kreeg tenslotte op korzelige toon te verstaan, dat hij zeker geen zin had om het werk te hervatten.

Welke partij er nu in welk stadium aggravatie heeft bedreven, blijft onduidelijk, maar het is niet uitgesloten dat de resterende klachten (mede) geluxeerd zijn door fixatie op de gemelde EEG-stoornissen. Misschien zou patiënt, indien hiervan geen gewag was gemaakt, iets sneller zijn hersteld.

Ofschoon informatie van de patiënt goed en onontbeerlijk is, zal de geneesheer zichzelf, in het belang van de patiënt, beperkingen moeten opleggen in zijn mededelingen. Deze zelfbeperking geldt m.i. ook voor het toepassen

van de steeds uitgebreidere diagnostiek en behandeling, hoe onmisbaar deze bij juiste indicatie ook kunnen zijn.

Klachten na een schedeltrauma zijn gelukkig meestal een „self-limiting problem”, op voorwaarde dat de behandelaar deze zelfbegrenzing niet verijdelt. Immers, een „self-limiting disease” begrenst zichzelf uitsluitend bij de gratie van een bescheiden en verantwoord terughoudende „self-limiting medicine”, in casu een „self-limiting doctor”.

Literatuur: MINDERHOUD, J.M. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 1665. – OOSTERHUIS, H.J.G.H. (1977) *Klinische neurologie*. Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht. – SMIT, P.TH. (1976) *Spoedgevallen in een huisartspraktijk*. Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht.

Rheindahlen (BRD), september 1982 M.P.E. HUYTS

Het commentaar van collega Huyts bevat enkele punten waarop ik gaarne inga. Ik geloof niet dat het artikel over de schedelhersenletsels aanleiding geeft tot de veronderstelling dat ik meen dat een dergelijke „volledige diagnostiek” heilzaam is voor de patiënt. Patiënten met een commotio cerebri worden door ons niet opgenomen, maar na een neurologisch onderzoek en röntgenonderzoek voor bedrust en mobilisatie naar huis verwezen onder de hoede van hun huisarts.

In de laatste alinea wordt een pleidooi gehouden voor de „self-limiting doctor” omdat het klachtenbeeld na een schedeltrauma gelukkig meestal een „self-limiting problem” is. Het is mij niet helemaal duidelijk wat daarmee bedoeld wordt. Als het betekent dat er geen activiteit van de dokter gevraagd wordt omdat het meestal goed afloopt, lijkt mij dit onjuist. Het gaat er ook om de patiënten (5 à 10%) die dreigen een postcommotioneel syndroom te ontwikkelen vroegtijdig te onderkennen en het persisteren van de klachten te voorkomen. Zowel een te veel als een te weinig, in elk geval elke niet juist gedoseerde, activiteit van de behandelaars kan iatrogene gevolgen hebben. Het is juist dat de bedrust gedurende 6 weken is afgeschafte, maar een duidelijke begeleiding gedurende korte tijd is wel op haar plaats.

De vraag of verwijzing voor verder onderzoek na een licht trauma capitis wenselijk is en of het noodzakelijk is dat röntgenfoto's gemaakt worden heeft weinig te maken met de vraag of de huisarts in staat is een goede begeleiding te geven. Met het al of niet in staat zijn wordt bedoeld: wat kennis betreft (juiste diagnose), wat tijd betreft en wat karakter betreft (zorgen dat de patiënt zich niet meer ongerust maakt dan nodig is). Voor sommigen zal de ruggesteun dat de patiënt kort na het ongeval degelijk is nagekeken (inclusief röntgenonderzoek) welkom zijn; anderen zullen het misschien overbodig vinden. Ook de vraag of de bewaking door familieleden, zoals in het commentaar genoemd is, wenselijk is, zal van de stabiliteit van de familieleden en de adviezen die zij krijgen afhangen. Echter, omdat het van belang is een te langdurig klachtenpatroon te voorkomen en omdat een duidelijke begeleiding daartoe een mogelijkheid geeft, lijkt mij een dergelijk poliklinisch onderzoek kort na het ongeval niet geheel overbodig, ook al was het alleen ter geruststelling van de patiënt. De kans dat zich daarna nog complicaties voordoen is uitermate klein en de behandeling is daardoor met een gevoel van meer zekerheid uit te voeren. Meestal kunnen inderdaad de bedrust en de voor daarna voorgeschreven mobilisatie beter thuis dan in een ziekenhuis gebeuren.

Groningen, november 1982

J.M. MINDERHOUD