



Scoringslijst voor de praktijk

6. INVERSIE TRAUMA ENKEL

Algemene gegevens

<i>Classificatiecode(s)</i>	L16, L77
<i>Doelstelling</i>	Toetsen of de kandidaat in staat is: <ul style="list-style-type: none">- de gegevens te verzamelen die nodig zijn voor de diagnostiek en behandeling van een inversietrauma van de enkel;- een correcte evaluatie te geven van de verzamelde gegevens;- een correct beleid af te spreken en uit te voeren.
<i>Auteur</i>	werkgroep Vaardigheden SVUH
<i>Datum laatste correctie</i>	juni 2005

Literatuur

- De Wolf AN. Onderzoek van het bewegingsapparaat. Fysische diagnostiek in de algemene praktijk. 2^e druk. Alphen aan den Rijn: Samsom Stafleu, 1990.
- Goudswaard AN, Van Dijk CN. De verzwikte enkel: diagnostiek en behandeling. Huisarts Wet 1999; 42:391-4.
- Van Dijk CN. CBO-richtlijnen voor diagnostiek en behandeling van het acute enkelletsel. Ned Tijdschr Geneeskd 1999; 143: 2097-2101.
- Goudswaard AN, et al. NHG-standaard Enkeldistorsie (eerste herziening). Huisarts Wet 2000; 43: 32-7.
- Ensing G.T. Probleem georiënteerd denken in de orthopedie. Hoofdstuk 4 Pijnlijke enkel. Utrecht: De Tijdstroom, 2004.
- Programma voor individuele nascholing. Enkeldistorsie. NHG 2002.
- CBO Consensus diagnostiek en behandeling van het acute enkelletsel. 1998.

Informatie over het gebruik van de scoringslijst

Doel

Deze scoringslijst toetst de bekwaamheid ten aanzien van het verzamelen van gegevens voor de diagnostiek bij een patiënt met een inversie trauma van de enkel, het evalueren hiervan en het uitvoeren van een beleid. De scoringslijst geeft richting aan de observatie en de feedback, en kan gebruikt worden als een educatief toetsingsinstrument in de praktijk.

De arts-in-opleiding tot huisarts voert een volledig consult met de patiënt(e) gericht op de enkelklachten en handelt zoveel mogelijk zoals hij/ zij dat gewend is te doen.

Informatie voor de observator

Deze scoringslijst bevat voornamelijk onderdelen die specifiek op traumatische enkelklachten van toepassing (kunnen) zijn. Niet alle onderdelen zijn bij alle enkelklachten van toepassing. In de toelichting op de scoringslijst wordt nadere informatie gegeven.

Tevens wordt gevraagd een algemene indruk weer te geven in de vorm van een cijfer (0-10), waarna de feedback in eigen woorden kan worden uitgeschreven bij opmerkingen.

Als aanvulling op de scoringslijst is ook een meer globale beoordelingslijst opgenomen, de zogenaamde korte klinische beoordeling (KKB). De KKB richt zich op de kerncompetenties van de huisarts in patiënten contacten, en heeft een globaal karakter. De beoordeling kan daardoor in verschillende situaties worden gebruikt. De combinatie van meerdere KKB's geeft inzicht in het handelen van de huisarts. De scorelijst is er meer op gericht **dat** iets gedaan wordt, de KKB geeft de mogelijkheid aan te geven **hoe** het gebeurt. Voor de scoring wordt gebruik gemaakt van een schaal 1-9, zoals ook bij de oorspronkelijke beschrijving gehanteerd wordt.

Neem de tijd om de kandidaat feedback te geven. Dit waarderen de kandidaten zeer. Wees daarbij tactvol en positief in de benadering. Kandidaten stellen zich immers kwetsbaar op door zich te laten observeren. De observatie heeft in de eerste plaats een **educatief** doel en is geen examen.

De huisarts in opleiding kan de ingevulde scoreformulieren opnemen in zijn/haar portfolio en gebruiken bij planning en evaluatie van zijn/ haar vaardighedenonderwijs(-doelen).

Toelichting scoringslijst

Anamnese

Indien bij de anamnese te scoren gegevens spontaan, d.w.z. niet op een vraag van de dokter, door de patiënt gemeld worden, dient dit als “goed” gescoord te worden.

- item 1-6: Het gaat erom dat duidelijk wordt onder *welke omstandigheden* het trauma heeft plaatsgevonden en *op welk tijdstip*. In ruim driekwart van de gevallen van enkelletsel is er sprake van een inversietrauma. Afhankelijk van de inwerkende kracht bij het trauma treedt er een letsel op dat varieert van een distorsie tot een ruptuur +/- fractuur. De diagnostiek is erop gericht hier onderscheid in te maken omdat dat consequenties heeft voor het beleid. Het is van belang dat de kandidaat weet op welk tijdstip na het trauma het onderzoek plaats vindt.
- item 3: De mate van belastbaarheid direct na het trauma zegt iets over de kans op een fractuur.
- item 6: Als de patiënt direct na het trauma gezien wordt, en de enkel is pijnlijk en gezwollen, gaat het nu om het inschatten van de fractuurkans en wordt een herbeoordeling na 4-7 dagen afgesproken. Herbeoordeling 4-7 dagen na het trauma is geïndiceerd bij patiënten met nog veel pijn, zwelling en functiebeperking: herbeoordelen fractuurkans, stellen diagnose (distorsie/ruptuur), behandeling.

Lichamelijk onderzoek

- item 7: Hematoomverkleuring is vaak pas na een aantal dagen zichtbaar
- item 8: De patiënt wordt gevraagd om vier stappen te lopen zonder hulpmiddelen om de belastbaarheid van de voet te beoordelen. Voorts dienen de *achterzijde* van de onderste 6 cm van de malleolus medialis en lateralis, de basis van het os metatarsale V en het os naviculare (midden voor de malleoli, tussen pees m. tibialis anterior en mm extensor hallucis en digitorum) gepalpeerd te worden. Deze onderzoeken vormen tezamen de 'Ottawa ankle rules'. Pijn bij één van deze testen vormt een indicatie voor een x-foto.
- item 9: Palpatie van de voorzijde van de onderste 2 cm van de laterale malleolus (insertie van het ligamentum fibulotalare anterius). Deze band is als eerste beschadigd bij een lateraal band-letsel. Het bestaan van meerdere bandletsels heeft therapeutisch geen consequenties. Zowel bij een distorsie als bij een ruptuur is dit pijnlijk. Deze test maakt hier dus onvoldoende onderscheid tussen. Afwezigheid van drukpijn maakt een ruptuur wel onwaarschijnlijk. Bij een **eversie**-trauma is naast uitsluiten van een fractuur van de mediale malleolus ook palpatie van de proximale fibula geïndiceerd ter uitsluiting van een maisonneuve fractuur. Er hoeft geen bewegingsonderzoek van de enkel verricht te worden, omdat dit geen consequenties heeft voor het beleid.

Toelichting scoringslijst (vervolg)

- item 10: De voorste schuifladetest dient als volgt uitgevoerd te worden:
De test wordt uitgevoerd bij de patiënt zittend of in rugligging, met het bovenbeen op de onderzoeksbank en het onderbeen afhankelijk.
- omvat de hiel en ondersteun de voetzool met de onderarm; breng de enkel vanuit de 0-stand in 10-15% plantairflexie;
 - omvat met de andere hand de voorzijde van het onderbeen circa 10 cm boven de enkel;
 - vraag de patiënt te ontspannen;
 - beweeg de voet naar ventraal met gefixeerd onderbeen.
- De test is positief als de voet ten opzichte van het onderbeen circa 1 cm of **meer** naar ventraal beweegt in vergelijking met de gezonde zijde.

Evaluatie

- item 11: Inschatten fractuur kans obv Ottawa enkel rules (sens 100%. Spec 45%)
Aanvragen x-enkel/middenvoet indien:
- onvermogen direct na trauma en in onderzoekkamer de enkel te belasten: maken van 4 stappen zonder hulp, **óf**
 - Pijn palpatie achterzijde onderste 6 cm laterale malleolus;
 - Pijn palpatie achterzijde onderste 6 cm mediale malleolus;
 - Pijn palpatie basis os metatarsale V;
 - Pijn palpatie os naviculare.
- Kans op een fractuur in de huisartspraktijk is ongeveer 5%: meest MTP V of malleolis lateralis. Het missen van een Weber A fractuur heeft geen consequenties, mits de enkel zoals bij een ruptuur met tape behandeld wordt.
- item 12: Palpatiepijn laterale band in combinatie met hematoomverkleuring **óf** een positieve voorste schuiflade test wijst op een ruptuur.
Bij een stabiele redelijk belastbare enkel, geringe (druk)pijn en geen hematoom is de diagnose bij een inversietrauma: enkel distorsie.

Beleid

- item 13: Indien de enkel beoordeeld wordt direct na het trauma: Herbeoordeling 4-7 dagen na het trauma is geïndiceerd bij patiënten met dan nog veel pijn, zwelling en functiebeperking: fractuurkans, diagnostiek (distorsie/ ruptuur), behandeling.
- item 14: Er bestaat geen consensus over koelen en hoogleggen direct na het trauma; niet goed, niet fout. Er is **geen** bewijs voor zinvolheid fysiotherapeutische applicaties (UKG etc) : fout
Nsaid's hebben geen meerwaarde: pijnstilling m.b.v. paracetamol.
Distorsie:
Uitleg dat enkelband is uitgerekt en dat een tapebandage niet nodig is
Hervatten normale werkzaamheden/ belasting binnen 1-2 weken
Eventueel elastisch steunverband
Belasten o.g.v. pijn
Normaal afwikkelen voet
Geen controle nodig: z.n. indien geen verbetering na 1-2 weken

Toelichting scoringslijst (vervolg)

Ruptuur:

Uitleg dat enkelband zo ver is uitgerekt dat deze is gescheurd. Voor de behandeling en prognose maakt het niet uit of er sprake is van een partiele of totale ruptuur.

Herstel tot werkhervatting duurt enkele weken en volledige sporthervatting enkele maanden 12 weken.

Hervatten sporttraining na 6 weken: fietsen, zwemmen, hardlopen egale onderlaag.

Prognose is goed.

6 weken tape bandage: elke 2 weken controle en nieuwe tape.

Enkel hoeft met tape niet te worden ontzien: normaal afwikkelen voet.

Belasting uitbreiden o.g.v. pijn door toename paslengte en duur lopen.

Volgens NHG-standaard is tapebandage beter dan operatie/gipsimmobilisatie m.b.t.

snelheid werkhervatting/sporthervatting. Verwijzen voor gips/operatie is fout.

Verdenking fractuur: x-enkel/middenvoet.

- item 15: Doel tape is voorkomen van inversie ter bescherming van de laterale band. Afwikkelen voet moet normaal mogelijk blijven. Direct stabiliserend effect is na een half uur gebruik weg. Tape lijkt te werken door tractie aan de huid en stimulatie neuromusculaire activiteit.
- item 16: Er is geen bewijs voor een 'beste manier' van tapen. De Coumans-bandage vergt veel oefening en is arbeidsintensief. De tape instructie uit de bijlage is eenvoudiger en makkelijker uitvoerbaar.
Patiënt zelf thuis been al laten scheren, scheelt tijd.
Materiaal: niet elastische (sport) tape 2,5 cm breed
 elastische kleefpleister 5/ 7,5 cm breed
Uitgangshouding: enkel in 90 graden t.o.v. onderbeen
Eventueel tape bedekken met elastische kleefzwachtel: enkelsteunverband
Zie bijlage uit: Programma voor individuele nascholing. Enkeldistorsie. NHG 2002.
- item 17: Fysiotherapie/ oefentherapie is alleen geïndiceerd bij recidiverend zwikken en een persisterend instabiel onzeker gevoel.
Bij sporters met een hoog risico sport en een positieve voorgeschiedenis (preventie): adviseer gebruik van een enkelbrace.

Bijlage Techniek Tape Bandage uit Programma voor individuele nascholing. Enkeldistorsie. NHG 2002.

1. Eerste tape

Enkele centimeters boven de enkel bevestigt u een dwarse tapestrook over het onderbeen, waarbij u de achillespees/kuitspier dorsaal vrijlaat. Een volledige circulaire tapestrook kan leiden tot stuwingsverschijnselen.



© SVUH, 2005

2. Tweede tape

De eerste lengtetapestrook (geel) wordt aangebracht vanaf het mediale distale onderbeen volledig over de malleolus medialis via de onderkant van de calcaneus dwars over de malleolus lateralis tot op het laterale distale onderbeen.



3. Derde tape

Deze strook wordt vastgezet met een dwarse strook over het ventrale distale onderbeen. De achillespees blijft dus vrij.



4. Vierde tape

De volgende lengtetapestrook (blauw) volgt dezelfde richting als de eerste lengtetapestrook; dus van mediaal naar lateraal onder het hielbeen door. Alleen begint deze strook mediaal iets ventraal overlappend met de eerste strook en eindigt de strook lateraal iets dorsaal van de eerste strook. Deze strook kruist dus de eerste strook onder het hielbeen.



5. Vijfde tape

Vervolgens zet u deze strook ook vast met een dwarse strook. Deze dwarse strook loopt parallel aan de eerste dwarse strook.



6. Zesde tape

De derde lengtetapestrook (rood) begint mediaal dorsaal iets overlappend met de eerste lengtetapestrook, loopt ook onder het hielbeen door naar lateraal en eindigt daar ventraal iets overlappend met de eerste strook.



7. Zevende tape

Ook deze strook zet u vast met een dwarse strook parallel aan de eerste twee dwarse stroken. De achillespees blijft dus vrij.



Daarmee is de bandage voltooid.



Scoringslijst voor de praktijk

Toetsdatum :

Patiënt :

Observator :

Kandidaat :

	niet gedaan	fout gedaan	goed gedaan
Anamnese			
1. Aard en tijdstip trauma	0	0	0
2. Pijn	0	0	0
3. Zwelling	0	0	0
4. Functie: belastbaarheid	0	0	0
5. Voorgeschiedenis	0	0	0
6. Uitleg doel lichamenlijk onderzoek	0	0	0
Lichamenlijk onderzoek			
7. Inspecteert de voet in stand			
- stand voet t.o.v. onderbeen	0	0	0
- zwelling (binnen en buitenkant)	0	0	0
- hematoomverkleuring	0	0	0
- vergelijkt steeds links met rechts	0	0	0
8. Onderzoekt de enkel op aanwezigheid fractuur			
- belastbaarheid voet (enkele passen lopen)	0	0	0
- palpatie onderste 6 cm achterzijde laterale en mediale malleolus	0	0	0
- palpatie basis os metatarsale V	0	0	0
- palpatie os naviculare	0	0	0
9. Palpatie laterale enkelband	0	0	0
10. Onderzoekt stabiliteit linker enkel			
- voorste schuifladetest	0	0	0
- vergelijkt links en rechts	0	0	0
Evaluatie			
11. Beoordeelt risico op fractuur (evt naar vragen)	0	0	0
12. Komt tot een correcte conclusie	0	0	0

praktijkscoringslijst (vervolg)

Toetsdatum :

Patiënt :

Observator :

Kandidaat :

	niet gedaan	fout gedaan	goed gedaan
13. Stelt indicatie herbeoordeling enkel (indien van toepassing)	0	0	0
14. Geeft juiste beleid bij de gestelde diagnose	0	0	0
Geeft adequate uitleg over diagnose en beleid	0	0	0
15. Heeft als beleid bij diagnose enkelbandruptuur			
- aanleggen van een tapebandage	0	0	0
- controle over twee weken, bij problemen eerder	0	0	0
- behandelt patiënt zelf	0	0	0
16. Legt functionele enkelbandage aan			
- kiest het juiste materiaal	0	0	0
- scheren onderbeen (zo nodig)	0	0	0
- vraagt naar pleisterallergie	0	0	0
- let op uitgangshouding enkel	0	0	0
- afwikkelen voet blijft mogelijk	0	0	0
- inversie enkel beperkt	0	0	0
17. Geeft adequaat advies over preventie (evt. naar vragen)	0	0	0

Algemene indruk (0-10):

Opmerkingen:

Scoringslijst Korte Klinische Beoordeling

Toetsdatum :

Patiënt :

Observator :

Kandidaat :

	onvoldoende			matig			goed			niet geobserveerd
1. Anamnese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
Stimuleert patiënt om klachten te vertellen. Stelt adequaat vragen en geeft adequaat aanwijzingen om de noodzakelijke informatie te verkrijgen. Reageert adequaat op emotie en non-verbale signalen.										
2. Lichamelijk onderzoek	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
Houdt logische en efficiënte volgorde aan; kiest een goed evenwicht tussen algemeen en hypothesegericht onderzoek; informeert de patiënt; is attent op de belasting voor de patiënt en diens gène.										
3. Probleemanalyse, klinisch redeneren	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
Adequaat en selectief gebruik van diagnostische procedures en aanvullend onderzoek met goede afweging van risico's en opbrengst.										
4. Beleid	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
Formuleert (zo mogelijk evidence based) adequaat beleid, noodzakelijke begeleiding, indicaties voor nader onderzoek en/of verwijzing.										
5. Communicatie met de patiënt, informatieoverdracht	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
Geeft in voor patiënt begrijpelijke bewoordingen uitleg, vraagt om instemming waar nodig, overlegt over het te voeren beleid.										
6. Organisatie en efficiëntie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
Organiseert adequaat, bewaakt de tijd, is doelmatig.										
7. Professioneel gedrag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
Toont respect, betrokkenheid en empathie. Genereert vertrouwen bij patiënt. Reageert adequaat op ongemak en gène. Bewaakt adequaat eigen grenzen.										