

## NIET AFWACHTEN, MAAR GERICHT AAN DE SLAG MET DE STEPPED CARE-BENADERING

# Gedoseerde activatie na licht hoofdtrauma voorkomt veel ellende

Na een lichte hersenschudding kampen patiënten vaak lang met allerlei klachten wat tot onnodige medische consumptie leidt. Het is beter het afwachtende beleid los te laten en deze patiënten te helpen met een stepped care-aanpak.

**H**oofd/hersenletsel, hersenschudding, commotio cerebri, postcommotioneel syndroom, flexie/extensietrauma en *whiplash associated disorder*. Al deze termen worden naast en door elkaar gebruikt en duiden op een trauma van hoofd en nek door direct contact of door acceleratie-deceleratie. De radioloog vindt meestal geen afwijkingen van cerebrum en/of cervicale wervelkolom. Toch kunnen deze aandoeningen leiden tot langdurige, soms zelfs chronische klachten en gevolgen voor het functioneren. De symptomen zijn te verklaren door interactie tussen somatische, psychische en sociale factoren.

Na licht hoofdtrauma worden de gevolgen vaak onvoldoende (h)erkend. Doordat een adequate aanpak niet of pas laat op gang komt, kan mentale overbelasting optreden wat het herstel vertraagt. (Volledige) rust kan klachten juist verergeren en herstel vertragen. Doordat mensen zich na een licht hoofdtrauma vaak niet gehoord voelen, nemen onrust en medisch shopgedrag toe. Ook deze zoektocht vertraagt de behandeling en het herstel. Voor herstel zijn geruststelling en educatie van belang. Gedoseerde activering in de acute fase bevordert herstel; uitleg en zo nodig begeleiding zijn hierbij essentieel (*kader 1*). Na licht hoofdtrauma pleiten wij voor een stepped care-aanpak op basis van de symptomen. Doel hiervan is enerzijds tijdig de juiste stappen te zetten gericht op herstel en anderzijds onnodige verwijzingen en diagnostiek te voorkomen.

### 1 ERVARINGEN UIT DE KLINISCHE PRAKTIJK

De eerste auteur (ES) zag tussen medio 2018 en eind 2019 86 mensen met licht hoofdtrauma gemiddeld 3 maanden tot 5 jaar na trauma. De meesten was tot langere tijd na het trauma rust geadviseerd; zij kregen geen begeleiding om (werk)activiteiten gedoseerd op te bouwen. Tot dan toe was meestal alleen (manuele) fysiotherapie ingezet en/of gesprekken met de POH-ggz. Bij 24 van de 86 patiënten werden bij de intake kenmerken van PTSS vastgesteld; slechts drie patiënten waren daarvoor al behandeld. Ruim 40 procent van de patiënten had één of meer visuele symptomen, die niet eerder waren vastgesteld of behandeld. De beste behandelresultaten na de intake waren bij patiënten bij wie binnen 3 tot 8 maanden na het trauma (alsnog) de juiste behandeling kon worden opgestart. Bij hen volstond dan meestal een kortstondige aanpak met uitleg, geruststelling, behandeling in de eerste lijn en/of tijdelijke ondersteuning met een lage dosering amitriptyline ante noctem.

Volledige rust kan klachten juist verergeren



## CASUS: Afwachten vertraagt herstel

Een 49-jarige vrouw, met tweemaal licht hoofdtrauma in de voorgeschiedenis, krijgt tijdens het werk in een tuincentrum een metalen buis op haar voorhoofd. Zij raakt niet bewusteloos, de posttraumatische amnesie (PTA) duurt hooguit enkele minuten.

De eerste week gaat ze ondanks de klachten gewoon aan het werk. Omdat herstel uitblijft, gaat ze naar de huisarts die adviseert om 'rustig aan te doen'. Op eigen initiatief gaat ze vervolgens naar een osteopaat. Haar klachten nemen echter verder toe. Een doorverwijzing naar een neuroloog volgt; de MRI cerebrum toont geen afwijkingen. Ze bouwt haar werk ondanks de klachten op, maar verder herstel stagneert. Een halfjaar na het hoofdtrauma volgt een eerste afspraak bij de revalidatiearts. Ze heeft dan nog last van pijn aan hoofd en nek, wisselend wazig zien en 'achterblijven van het visuele beeld', een 'wattig hoofd' en overgevoeligheid voor fel licht en harde geluiden. Hierdoor is ze gedeeltelijk beperkt in arbeid. De revalidatiearts geeft uitleg en stelt gerust; mevrouw start met amitriptyline om de hoofdpijn te verminderen en beter te slapen. Ze wordt ook verwezen naar een eerstelijns ergotherapeut voor begeleiding in energiemangement en het opbouwen van activiteiten. De geconsulteerde optometrist stelt een afwijkende fixatie-disparatiecurve vast en adviseert oog oefeningen waarmee de visuele klachten afnemen. In verband met de inmiddels chronische klachten, de combinatie van meerdere symptomen én beperkingen op meerdere domeinen van het functioneren, begint een interdisciplinaire revalidatiebehandeling. Bij afsluiting vijftien maanden na trauma werkt mevrouw weer volledig en zijn de klachten afgenomen van 'ernstig' naar 'mild'.

Behandeling door de osteopaat, verwijzing naar de neuroloog en de MRI cerebrum hadden bij deze casus geen effect. Eerdere doorverwijzing naar een optometrist, eerstelijns ergotherapeut, eventueel in combinatie met (tijdelijk) voorschrijven van amitriptyline zou het herstel naar verwachting hebben bespoedigd.

## 2 INDICATIES VOOR DOORVERWIJZING NAAR EEN MEDISCH SPECIALIST

### Direct na trauma:

- beoordeling via de SEH na een hoogenergetisch trauma, met verdenking op schedel- of wervelfractuur;
- bij zichtbaar ernstig hoofdletsel of letsel oor, oog; braken;
- gebruik bloedverdunding;
- amnesie voor- en/of na het ongeval;
- focale neurologische uitval;
- een posttraumatisch insult.

### In de (sub)acute fase:

- bij niet eerder vastgestelde, (focale) neurologische uitval → neuroloog;
- bij trauma in de nabijheid van een oog, dubbelzien en/of klachten aan één oog → oogarts;
- bij trauma in de regio van een oor → kno-arts;
- bij op de voorgrond staande psychiatrische problematiek → psychiater, specialistische ggz.

## Achtergrond

Jaarlijks zijn er 80 tot 100 duizend nieuwe patiënten met een licht hoofdtrauma. Waarschijnlijk zijn het er nog meer omdat niet iedereen zich meldt bij een (huis)arts. Aangenomen wordt dat symptomen na een licht hoofdtrauma bij de meeste mensen binnen 3 tot 6 maanden spontaan verdwijnen. Maar bij ongeveer 20 procent van de patiënten leiden de klachten tot langdurige beperkingen in het functioneren. In Nederland zien we een hoger percentage (44%) van incompleet herstel bij deze patiëntengroep.

## Symptoomgerichte aanpak

Veelgenoemde symptomen na licht hoofdtrauma zijn: hoofden/of nekpijn, prikkelintolerantie, zowel visueel, auditief, olfactoïer, tactiel als gustatoïer; problemen met aandacht en geheugen; emotionaliteit, prikkelbaarheid en slaapproblemen; vegetatieve ontregeling; dubbelzien, wazig zien, balansproblemen en duizeligheid. De symptomen worden multifactorieel verklaard, maar in de praktijk vaak enkelvoudig opgepakt. Een geïndividualiseerde aanpak met aandacht voor de verschillende symptomen is noodzakelijk. De huisarts heeft een belangrijke rol in het herkennen van symptomen na een licht hoofdtrauma. Belangrijke aandachtspunten in de eerste dagen na hoofdtrauma zijn: vaststellen van herstelvertragende factoren, uitleg geven, geruststellen en adviseren over rust, bewegen en opbouw van activiteiten. Herstelvertragende factoren zijn onder meer migraine, een hoofdtrauma, een (recente) burn-out, overbelasting in privé-situatie of werk en een passieve copingstijl. Herstelvertragende factoren ná het hoofdtrauma zijn: angst, depressie, posttraumatische stressstoornis (PTSS), forse pijn en de combinatie van duizeligheid, verminderde balans en/of visuele symptomen. De incidentie van PTSS is hoger na traumatisch letsel met betrokkenheid van de hersenen, maar dit wordt vaak niet herkend. Er is ook weinig aandacht voor (behandeling van) visuele symptomen die het herstel kunnen belemmeren. Door te focussen op symptomen kan adequate behandeling snel worden opgestart. Op indicatie kan naar een neuroloog, oogarts, kno-arts of psychiater worden verwezen (*kader 2 op blz. 23*).

## Uitleg en geruststelling

Revalidatie begint al in de eerste weken na een licht hoofdtrauma en kan grotendeels plaatsvinden in de eerste lijn. We adviseren om te beginnen met uitleg en geruststelling dat het herstel doorgaans een gunstig beloop heeft. Zowel geruststelling als uitleg over de symptomen is daarbij zinvol; de psychologische reactie na het trauma heeft namelijk een belangrijke invloed op het uiteindelijk herstel. Langdurig rust voorschrijven is achterhaald. Gestreefd moet worden naar mobilisatie binnen enkele dagen; actieve behandelstrategieën zijn effectiever dan passieve. We adviseren om maximaal 2-3 dagen (volledig) te rusten en daarna geleidelijk acti-

viteiten op te bouwen, ook als er nog symptomen zijn. Bij exacerbatie van cognitieve en fysieke symptomen moet het opbouwen (tijdelijk) onderbroken worden. Het is beter om medicatie met dempende centrale bijwerkingen – zoals benzodiazepines of opiaten – te vermijden of alleen in de eerste dagen na trauma voor te schrijven. Ook moet men terughoudend zijn met zonnebrillen en oordopjes bij prikkelintolerantie en halskragen vanwege nekpijn, want demping van prikkels en vermijden van activiteiten leidt tot een vicieuze cirkel van verdere afname van de prikkeltolerantie en meer moeite in de opbouw. Als er herstelvertragende factoren spelen, is actief controleren na twee weken geïndiceerd om aanvullend advies te geven. De patiënt kan zelf beginnen met bijvoorbeeld wandelen in combinatie met gedoseerde opbouw van activiteiten. Of, en welke behandeling vervol-

## Diagnostiek in de tweede lijn leidt vaak tot vertraging van behandeling en herstel

gens wordt gestart, hangt af van de symptomen en van spontaan herstel. Het doel van de uitleg en behandeling(en) is enerzijds rust brengen in het overprikkelde systeem en anderzijds gedoseerde opbouw. Van groot belang is dat de patiënt deze principes ook in de praktijk toepast; soms is daar begeleiding bij nodig. Het kan zinvol zijn om meerdere behandelingen na of naast elkaar te starten afhankelijk van de symptomen die op de voorgrond staan. Gecombineerde cognitieve, visuele en aerobe training leidt tot beter herstel. Als eerstelijnsinterventies tot onvoldoende herstel leiden, is vanaf drie maanden na trauma interdisciplinaire revalidatiebehandeling zinvol.

## Gedoseerde activatie

Licht hoofdtrauma kan langdurige gevolgen voor het functioneren hebben. De discussie over de onderliggende etiologie en de diagnose leidt tot verschillen in advies en behandelingsaanpak. Diagnostiek in de tweede lijn leidt in de praktijk vaak tot vertraging van behandeling en herstel. Symptomen worden multifactorieel verklaard, echter in de praktijk vaak enkelvoudig opgepakt. In de acute fase zijn educatie, geruststelling en gedoseerde activatie belangrijk. Het is van belang factoren die het herstel vertragen vroegtijdig op te sporen. Door te kiezen voor een symptoomgerichte stepped care-benadering kan sneller adequaat advies en zo nodig behandeling opgestart worden. Uitgangspunt is 'advies en behandeling via de huisarts waar mogelijk en via de revalidatiearts waar nodig'.



#### CASUS:

#### Stepped care-behandeling

Een 61-jarige politieagent valt (zonder helm) met de mountainbike. Hij is enkele minuten bewusteloos en heeft een PTA van vijf uur. Op de SEH wordt een glasvochtbloeding van het linkeroog geconstateerd, waarvoor een expectatief beleid wordt gevoerd, en een breuk van de linkerarm waarvoor operatie en fysiotherapie volgt. In verband met aanhoudende symptomen en problemen met hervatting van werk en vrijwilligerswerk volgt na drie maanden een verwijzing naar de neuroloog. De CT cerebrum laat geen afwijkingen zien. De man wordt verwezen naar een psychosomatisch fysiotherapeut en een revalidatiearts. De eerste afspraak bij de revalidatiearts volgt enkele weken later (vier maanden na trauma). Resterende klachten zijn op dat moment: forse prikkelintolerantie voor o.a. licht en geluid, visuele klachten, concentratie- en geheugenklachten, vermoeidheid en nekpijn. Hij krijgt uitleg en wordt gerustgesteld, adviezen in verband met prikkelintolerantie worden doorgenomen en een doorverwijzing volgt naar eerstelijns ergotherapie gericht op energiemanagement in relatie tot de prikkelintolerantie, en op de cognitieve klachten. In overleg met zijn eigen optometrist krijgt hij een brilaanpassing op sterkte. In verband met amblyopie is er geen indicatie voor een prisma-aanpassing. Zes maanden later (tien maanden na trauma) werkt hij weer volledig en resteren alleen lichte nekkklachten, waarvoor hij nog af en toe fysiotherapie krijgt.

Verwijzing naar de neuroloog en aanvullend onderzoek droegen bij deze casus niet bij aan het herstel. Uitleg, geruststelling en verwijzing naar eerstelijns (psychosomatische) fysiotherapie en ergotherapie zouden eerder opgestart kunnen worden om het herstel te bespoedigen. ■

#### contact

elsbethspakman@gmail.com  
cc: redactie@medischcontact.nl

#### web

De bronnen en meer informatie vindt u bij dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).

# VELDWERK



**CHUN SING CHIU** is forensisch arts in opleiding

## Tropische verrassing

Ik heb een hecht groepje vrienden met wie ik meerdere keren per maand afspreek. We gaan uit eten, drinken cocktails en maken het nachtleven onveilig. Vaak gieren we van het lachen de hele tent bij elkaar. Van het groepje – we noemen onszelf ‘TMW’ – is iedereen arts én allochtoon.

Soms bespreken we serieuze dingen, zoals tijdens onze laatste borrel. Het ging over de hoge werkdruk (‘ik draai alleen maar productie’), irritante collega’s (‘ze zit continu in mijn aura’) en discriminatie op de werkvloer. Diversiteit is tegenwoordig hot, ook in de geneeskunde. Onze ervaringen hierover wisselen. Desondanks delen wij allemaal hetzelfde idee, namelijk dat we – als dokters met een migratieachtergrond – onszelf meer moeten bewijzen dan dokters zónder. Is dat een erfenis van onze hardwerkende ouders die zo nodig naar een ander land moesten verhuizen? Zijn we overgevoelig? Houden we

onze mond, in de hoop dat het vanzelf minder wordt?

‘MIJN HUID  
MAG DAN NIET  
WIT ZIJN, HIJ  
IS WEL DIK’

We horen regelmatig subtiele opmerkingen die eigenlijk goed bedoeld zijn. ‘Je bent een tropische verrassing!’ is voor de zender een compliment, maar voor de ontvanger de zoveel-

ste onnodige confrontatie met het verschil in huidskleur, met de impact van een traag werkende intoxicatie waarvoor geen antidotum bestaat.

Met een oorbel, zichtbare tattoo en een getinte huidskleur, voldoe ik niet aan het stereotype beeld van ‘de’ dokter. Gelukkig zijn forensisch artsen allemaal wel een beetje bijzonder waardoor ik goed mèleer. Ikzelf ervaar weinig microagressie op mijn werk: vaak ligt het er juist dik bovenop. Vandaag nog kreeg ik een scheldtirade van een arrestant omdat ik hem geen benzodiazepines wilde voorschrijven. De arrestantenverzorger stelde me gerust: ‘Dit doet hij bij iedereen hoor, het is niets persoonlijks.’ Ik kon het hebben. Mijn huid mag dan niet wit zijn, inmiddels is ie wel dik.