

SEPTEMBER 2017  
WWW.TURNHOUT-ORTHOPEDIE.BE

## HIGHLIGHTS

### Interne werking



Elleboog-chirurg vervoegt OCT

### Expert Opinion



Eerste hulp bij enkeldistorsie bij  
volwassenen

### Wat te doen bij?



Bakercyste



# ELLEBOOG- CHIRURG VERVOEGT OCT

Vanaf 1 januari 2018 zal **Dr. Wouter Jak** in het Orthopedisch Centrum Turnhout (OCT) voltijds starten als nieuw staf lid. Hij zal zich hoofdzakelijk toeleggen op de pathologie van de **elleboog**.

Verdere subspecialisatie binnen onze dienst orthopedie is een trend die zich al enkele jaren manifesteert.

Gewrichts-specifieke orthopeden hebben een doorgedreven expertise en bijkomende chirurgische vaardigheden binnen hun eigen vakgebied. Daarom wenst het OCT uit te breiden met een collega die zich voltijds op het elleboog gewricht zal toeleggen.

Tijdens zijn opleiding tot orthopedisch chirurg heeft Dr. Wouter Jak steeds bijzondere interesse in het bovenste lidmaat getoond. Na het beëindigen van zijn opleiding heeft hij zich - onder leiding van Prof. Roger Van Riet - nog geruime tijd verder bekwaamd in de pathologie en chirurgie van de elleboog.

Ook in het buitenland zal Dr. Wouter Jak zich verder bekwaamen in de aandoeningen van de elleboog. Er zijn fellowships gepland in Nederland (Breda), Groot-Brittannië (Londen) en Spanje (Madrid) bij wereldwijd gerenommeerde elleboogchirurgen, die elk verbonden zijn aan de orthopedische staf van hun nationaal olympisch team.

Dr. Wouter Jak is vanaf 1 januari 2018 het 1e aanspreekpunt binnen het OCT voor alle elleboog gerelateerde pathologie. Hij beheerst het volledige spectrum van de elleboog aandoeningen, inclusief multi-ligamentaire reconstructies, prothesiologie van de elleboog, complexe elleboogfracturen edm.

Naar nood zal Dr. Jak bijspringen op de schouder-unit ter ondersteuning van Dr. Houben, Dr. Vanlommel en Dr. Hansen. Wij wensen Dr. Jak een voorspoedige start in het OCT en kijken uit naar een vruchtbare samenwerking met de andere zorgverleners in de Kempen.

**Dr. Wouter Jak is rechtstreeks bereikbaar op 014/406292.  
Vanaf september 2017 kan u reeds een raadpleging boeken bij hem.**





# EERSTE HULP ENKELDISTORSIE BIJ VOLWASSENEN

## Enkeldistorsies behoren tot de frequentste traumatische orthopedische aandoeningen.

Probeer bij de **anamnese** een onderscheid te maken tussen een inversie versus eversie trauma.

Let bij het initiële **klinisch onderzoek** op volgende punten:

- Ernst van de zwelling lateraal en/of mediaal
- Exacte lokatie van drukpijn lateraal en/of mediaal
- Tracht een ruwe inschatting te maken van de laxiteit van de laterale gewrichtsbanden door een schuiflade-test (*ATFL: anterieur talofibulair ligament*) en inversie-test met de enkel in neutrale stand (*CFL: calcaneo-fibulair ligament*)
- Palpeer de proximale fibula: uitsluiten Maisonneuve fractuur (= *proximale fibula fractuur die wijst op mogelijk syndesmose letsel*)
- Palpatie en zo mogelijk testen stabiliteit van de syndesmose

## Welke beeldvorming hebben we nodig bij een enkeldistorsie?

De 'Ottawa-rules' kunnen hierbij helpen. Röntgendiagnostiek is geïndiceerd wanneer er sprake is van pijn in de malleoli of in de middenvoet en daarenboven een van volgende symptomen:

- Onvermogen de enkel te belasten (vier stappen te doen)
- Pijn bij palpatie van de distale 6 cm van de posterieure zijde van de tibia of het uiteinde van de mediale malleolus
- Pijn bij palpatie van de distale 6 cm van de posterieure zijde van de fibula of het uiteinde van de laterale malleolus
- Pijn bij palpatie van de basis van Metatarsaal 5
- Pijn bij palpatie van het os naviculare.

Cave: bij enkele groepen is het gebruik van de Ottawa ankle rules niet gevalideerd:

- Kinderen (onder 18 jaar)
- Zwangere vrouwen
- Patiënten die niet goed beoordeelbaar zijn (bv. verlaagd bewustzijn of intoxicatie).

*Uw eigen klinische ervaring en bevindingen primeren uiteraard boven deze richtlijn.*

*Een echografie in het acute stadium na distorsie is zinloos: een echo zal hoogstens de ligamentaire letsels bevestigen doch het behandelplan niet beïnvloeden.*

### **Wat is de beste behandeling voor een enkeldistorsie?**

De behandeling dient initieel vooral gericht te zijn op rust en pijnstilling. Kies voor een kortdurende (1 week) open gipsimmobilisatie bij veel zwelling en veel pijn. Ook avulsiefracturen van laterale of mediale malleolus vallen hieronder. 1 week steunverbod volstaat meestal.

De nabehandeling bestaat uit 5-6 weken bescherming in een enkelbrace zodat de enkel overdag beschermd blijft tijdens de revalidatie. Vanaf week 2 (na verwijderen gips) ook starten met kinesitherapie: massage/lymfedrainage, mobilisaties, proprioceptieve training en tonificatie peroneuspezen. Lichtere distorsies kunnen meteen met dit schema (brace + kiné) starten.

### **Wanneer bij voorkeur doorverwijzen naar de orthopedische specialist?**

- Als de patiënt na 6-8 weken objectiveerbaar pijn blijft houden in de enkel, dient een kraakbeenletsel of posttraumatische synovitis uitgesloten te worden. Het voorkeursonderzoek is dan een MRI.
- Bij residuele subjectieve instabiliteit best eerst opnieuw 5-6 weken kinesitherapie voorschrijven met ook oefenschema voor thuis. Indien daarna nog instabiel: doorverwijzing. Stress-RX is niet nodig.
- Zware graad III distorsie (ook ernstig mediaal bandletsel): enige uitzondering om toch 4-6 weken gipsimmobilisatie te geven.
- Fractuur te zien op RX.

### **Pitfalls bij enkeldistorsies.**

- Een midvoet trauma met hematoom onder de voetzool = Lisfranc-gewricht fractuur tot tegendeel bewezen (met RX en liefst CT-scan).
- Miskende Achillespeesruptuur of ruptuur tibialis anterior pees.





## WAT TE DOEN BIJ ?

Dr. William Colyn, Kniespecialist

Dr. Erik vanlommel, Knie- en schouderspecialist

# BAKERCYSTE

## Wat is een bakercyste?

Een bakercyste is een met vocht-gevulde massa, een uitzetting van een voorafbestaande bursa (*gastrocnemio-semimembranosus bursa*) in de knieholte.

Deze bursa communiceert via een opening in het posterieure kapsel met het knie-gewricht. Een bakercyste wordt vaak gevonden in aanwezigheid van andere intra-articulaire pathologieën (*meniscus- kraakbeenlijden en inflammatoire aandoeningen, bvb. RA*). Wanneer de bakercyste ruptureert, presenteren patiënten zich met een beeld van pseudo-thrombophlebitis.

### Anamnese

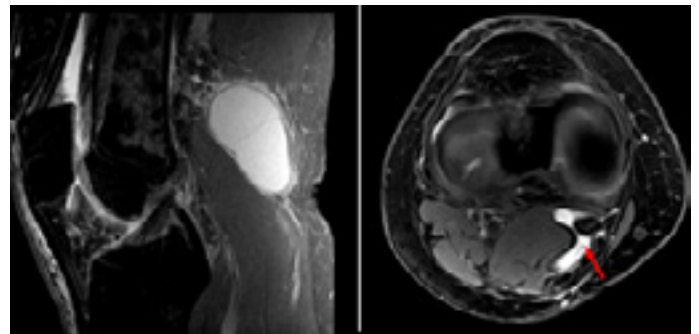
- Vage posterieure kniepijn.
- Patiënt voelt soms een massa in de knieholte.
- Spanningsgevoel in de knie.
- Pijn in de kuit met geassocieerde zwelling (teken van een geruptureerde cyste).

### Klinisch onderzoek

- Zachte palpabele massa is voelbaar in de mediale knieholte.
- De cyste kan harder aanvoelen in extensie en zachter in flexie (Teken van Foucher).
- Beperkte mobiliteit (bij grote cyste's).

### Technische investigaties

- Echo : een goed afgelijnde en uniloculaire collectie van hypo-echogeen vocht, echo is een snel en toegankelijk onderzoek.
- NMR: gouden standaard: geeft een afgelijnde massa met laag-signaalintensiteit op T1, op axiale opname's kan de communicatie met het gewricht gezien worden.
- Met NMR diagnosticeer je ook de onderliggende intra-articulaire pathologie.



### Behandeling

- Behandeling van de onderliggende intra-articulaire aandoening en reductie van chronische effusie vormt de hoeksteen in de behandeling van een bakercyste.
- Zelden dient de bakercyste zelf behandeld te worden:
  - Punctie (echo-geleide) met corticosteroid-injectie (Intra-articulair of in de cyste)
  - Arthroscopische valvulotomie