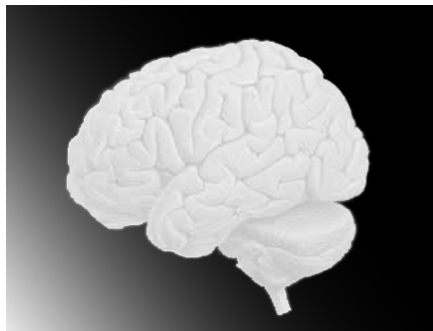




Dr. G.M.A. Clauwaert,
Medisch adviseur Westerweel Intermediair

Ongevraagd medisch advies

Traumatisch schedelhersensletsel, maar welk precies?



Traumatisch schedelhersensletsel komt veel voor. Naar schatting lopen in Nederland jaarlijks 85.000 mensen een dergelijk letsel op. Het merendeel bezoekt daarna de huisarts of de Spoedeisende Hulp. Ongeveer 21.000 onder hen worden in het ziekenhuis opgenomen. In de loop van de jaren zijn veel verschillende termen gebruikt voor de indeling van traumatisch schedelhersensletsel. Dikwijls worden in de communicatie met de patiënt nog de termen hersenschudding (commotio cerebri) en hersenkneuzing (contusio cerebri) gebruikt. Andere veel gebruikte indelingen zijn licht (waarbij nog onderverdeling in graden 1, 2 en 3), matig en ernstig schedelhersensletsel. In de Angelsaksische literatuur wordt vooral over 'concussion' gesproken, waarbij het moeilijk is om die term naar een concreet Nederlands begrip te vertalen. In de 'Richtlijn opvang van patiënten met licht traumatisch hoofdhersensletsel' van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie uit 2010

staat dat de indeling in categorieën niet meer wordt gehanteerd. Iedere vorm van letsel aan het hoofd, uitgezonderd oppervlakkig letsel in het aangezicht, wordt gedefinieerd als een traumatisch hoofdletsel. Bij het vaststellen van de diagnose licht traumatisch hoofd/hersensletsel worden de volgende criteria gehanteerd:

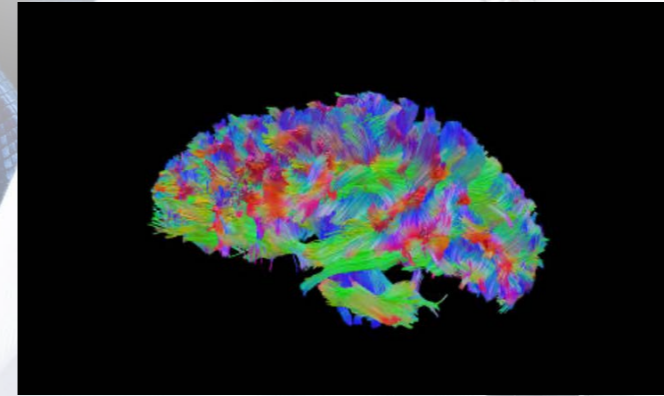
1. 'Glasgow Coma Schaal'- score bij eerste onderzoek 13 tot 15 (De Glasgow coma scale is een manier om de ernst van een coma in kaart te brengen; een normale score is 15).
 2. Bewustzijnsverlies na het ongeval van maximaal 30 minuten.
 3. Geheugenverlies voor de gebeurtenissen rond het ongeval van maximaal 24 uur.
- Bij een comascore van 9 tot 12 wordt van een matig hoofd/hersensletsel gesproken en als de score minder dan 9 is, van een ernstig hoofd/hersensletsel.

We moeten echter goed voor ogen houden dat een indeling in graden van ernst van een schedelhersensletsel kunstmatig is. We hebben immers met een glijdende schaal te maken en niet met abrupte overgangen van de ene naar de andere categorie.

In de regel is het uiteraard zo dat, hoe ernstiger het schedelhersensletsel, hoe meer kans op (blijvende) klachten en

belemmeringen. Maar het is ook bekend dat ogenschijnlijk lichtere letsels voor heel wat klachten en problemen in het functioneren verantwoordelijk kunnen zijn. Zelfs zonder bewusteloosheid of geheugenverlies voor de gebeurtenissen kunnen (blijvende) klachten ontstaan als gevolg van een niet aangeboren traumatisch hersensletsel. Ook na een licht schedelhersensletsel kunnen blijvende klachten zoals bijvoorbeeld hoofdpijn, duizeligheid, slecht verdragen van prikkels, concentratie- en geheugenproblemen en moeheid blijven bestaan.

Als op een CT-scan of MRI van de hersenen een traumatisch letsel te zien is, bestaat doorgaans minder discussie bij de regeling van de letselschade. Moeilijker wordt het als er geen objectieve letsels zijn. De medische beeldvorming staat echter niet stil. Op zogenaamde functionele MRI's (daarmee kan in tegenstelling tot een gewone MRI, die alleen de ligging en grootte van een orgaan weergeeft, ook de plaats van de hersenactiviteit worden bepaald) kunnen soms letsels te zien zijn die op een gewone MRI of CT-scan niet te zien waren. In de toekomst verwacht men veel van zogenaamde High Definition Fiber Tracking, waarbij de zenuwverbindingen in de hersenen zichtbaar worden gemaakt (zie plaatje).



Bij een neuropsychologisch onderzoek kunnen cognitieve (concentratie, geheugen, handelingstempo, ...) stoornissen al dan niet geobjectiveerd worden. Daarbij is ook van belang dat de duurbelastbaarheid gemeten wordt omdat deze dikwijls na een schedelhersensletsel beperkt is.

Conclusie:

De exacte indeling van een traumatisch schedelhersensletsel is van ondergeschikt belang in de letselschade. Elk type kan immers blijvende klachten en beperkingen tot gevolg hebben. ♦

GLASGOW COMA SCHAAL (EMV-score)

De scores worden berekend aan de hand van volgende reacties:

E = Eye (ogen openen)
Opent de ogen spontaan
Opent de ogen op aanspreken
Opent de ogen op een pijnprikkel
Opent de ogen niet

M = Motoriek
Kan een eenvoudige opdracht uitvoeren
Kan een pijnprikkel lokaliseren
Normale buig (terugtrek) reactie op een pijnprikkel
Abnormale buigreactie op een pijnprikkel
Strekreactie op een pijnprikkel
Geen reactie op een pijnprikkel

V = Verbale respons
Georiënteerd in tijd, plaats en persoon
Een conversatie is mogelijk, maar is verward
Kan spreken, maar geen conversatie mogelijk
Kreunt alleen maar
Er zijn geen verbale uitingen
Geïntubeerd (kunstmatige beademing via de mond)

Advertentie



MetZorg biedt als onafhankelijk herstelgerichte dienstverlener complete ondersteuning op het gebied van care, ondernemers en medisch herstel.

Verzorging & begeleiding

Wmo - PGB - Wlz - zorgschade - bewindvoering

Wonen & gezin

Verbouwen - verhuizen - huishouden

Voorzieningen

Hulpmiddelen - mobiliteit - Wmo



www.metzorg.nl

Werk & studie

Re-integratie - studiebegeleiding - UWV

Ondernemers & ZZP'ers

Coaching - bedrijfskundig advies - re-integratie

Medisch

Second opinion - alternatieve behandelingen

Kijk op onze website www.metzorg.nl voor uitgebreide casuïstiek.

