

Het stompe buiktrauma

DOOR DR W. VAN DER SLIKKE, CHIRURG TE ROTTERDAM*

Over het algemeen levert het scherpe buiktrauma weinig diagnostische moeilijkheden op als men zich aan de regelen der wondbehandeling houdt. De verwonding van de buikwand dient, als bij elke wond, te worden geëxcedeerd tot in het gezonde weefsel. Blijkt hierbij dat het peritoneum is beschadigd, dan moet laparotomie geschieden om de buikinhoud te inspecteren en eventuele verwondingen te behandelen.

Het stompe buiktrauma geeft echter veel meer moeilijkheden bij de diagnostiek en vormt een van de boeiendste problemen in de traumatologie. Zelden kan bij een eerste onderzoek direct een zekere diagnose worden gesteld. Meestal is een korte of lange nauwkeurige observatie noodzakelijk, temeer daar aanvankelijk vaak weinig symptomen zijn te vinden, en zelfs dan kan men in het merendeel der gevallen slechts tot een waarschijnlijkheidsdiagnose komen en kan alleen tot het al of niet bestaan van een indicatie tot laparotomie worden besloten.

Geen enkel symptoom geeft ons absolute zekerheid over de diagnose en slechts alle symptomen tezamen en daarbij gelet op het verloop gedurende de observatieperiode, kunnen ons nader brengen tot een juiste diagnose.

Het doel van de diagnostiek is te differentiëren tussen intra- of retroperitoneale lesies, die operatieve therapie behoeven en lesies met dezelfde lokalisatie, die geen operatieve therapie nodig hebben. Een vergissing bij deze differentiatie kan voor de patiënt fataal zijn. Zowel het verrichten van een laparotomie wanneer deze niet, als het nalaten van deze operatie wanneer die wel nodig is, kan de meest ernstige gevolgen hebben.

Een extra moeilijkheid bij de patiënt met het stompe buiktrauma wordt gevormd door het feit, dat deze traumata veelal ontstaan bij verkeersongevallen. Er zijn dan — naast het buiktrauma — vaak verscheidene andere lesies aanwezig, zoals fracturen, schedelletsels, thoraxlesies, enzovoort; hierdoor wordt de diagnostiek bemoeilijkt. Het is dan ook van essentieel belang dat een patiënt met een stomp buiktrauma wordt opgenomen in een ziekenhuis ter voortdurende observatie van pols, bloeddruk en andere symptomen en opdat, zo nodig, op korte termijn chirurgische hulp kan worden geboden.

De symptomatologie zal nu worden besproken: eerst de algemene tekenen en daarna de lokale symptomen, zoals deze zich voordoen bij inspectie, percussie, palpatie en auscultatie. Vervolgens zullen

nog enkele andere mogelijkheden bij de diagnostiek worden genoemd evenals de moeilijkheden, welke bij de interpretatie van de gevonden symptomen kunnen worden ondervonden.

Algemene symptomen. Een van de belangrijkste symptomen is de shock. De patiënt in shock of pre-shock vertoont het bekende beeld van bleekheid, onrust, snelle pols en lage bloeddruk. Shock hoeft echter niet te worden veroorzaakt door het buiktrauma; bij aanwezigheid van fracturen kan de shock geheel of gedeeltelijk worden verklaard door het bloedverlies als gevolg van de fracturen. Het is bekend dat, bijvoorbeeld bij een femurfractuur, zeker een halve tot anderhalve liter bloed verloren kan gaan in de subcutane weefsels. Vaak zijn er multiple fracturen, waardoor het bloedverlies aanzienlijk meer kan bedragen. Dit kan op zichzelf de shock verklaren.

Daarnaast zal een patiënt met een stomp buiktrauma vaak een langzame pols hebben door vagusprikkeling, zoals dit voorkomt bij de beginnende maagperforatie. Ook kan de bloeddruk gedurende korte of lange tijd normaal blijven of zelfs verhoogd zijn door CO₂-retentie, welke gemakkelijk kan optreden door slechte respiratie, vooral als het buiktrauma gepaard gaat met een thoraxtrauma.

De shock kan ons soms in ernstige moeilijkheden brengen wat betreft de diagnostiek, daar de therapie afhankelijk is van de oorzaak van de shock en onder andere moet worden vastgesteld welke aandoening eerst dient te worden behandeld.

Als voorbeeld zou ik willen stellen het geval van een 35-jarige patiënt, die als bestuurder van een personenauto een verkeersongeval had. Hij was in lichte shock; de bloeddruk was 100/60 mm Hg; hij had een onderbeenfractuur links, voorts een open verwonding van de knie rechts met algehele verscheuring van het strekapparaat en een luxatio coxae rechts. Er waren verder wat vage buikklachten zonder duidelijke défense musculaire en geen abnormale dempingen; wel was er lichte drukpijn van de gehele buik. Op zichzelf waren de afwijkingen aan de extremiteiten voldoende om de lichte shock te verklaren. De mogelijkheid van intraabdominale lesies was niet geheel uit te sluiten en een lange observatieperiode zou hiervoor gewenst zijn. Het geledeerde strekapparaat van de knie met de open kniegewrichtsverwonding en de luxatio coxae vroegen echter wel snel behandeling, temeer daar de pijn, als gevolg van de heupluxatie, het algehele beeld vertroebelde.

Zoals te verwachten was mislukte een poging tot repositie van de heupluxatie zonder narcose en daarom werd besloten patiënt, na toedienen van een bloedtransfusie, in narcose te brengen om de heupluxatie te reponeren. Daar door de narcose observatie van het stompe buiktrauma onmogelijk zou worden, werd direct aansluitend aan de repositie, die onder narcose gemakkelijk lukte, een laparotomie gedaan. Hierbij werd veel bloed in de buik gevonden, dat, na enig zoeken,

* Uit de afdeling traumatologie, ziekenhuis Dijkzigt, Rotterdam.

afkomstig bleek te zijn van een leverscheur. De scheur bevond zich in de leverkoepel en werd getamponneerd, daar hechten onmogelijk bleek. Er waren geen ribfracturen. Na de tamponnering werd — nog steeds in narcose — het strekapparaat van de knie hersteld. Het postoperatieve beloop was, behalve een hernia in de buikincisie, ongestoord.

Lokale symptomen. 1 *Inspectie.* Deze leert ons allereerst het al of niet bestaan van uitwendige tekenen van een trauma, zoals excoriaties en hematoomverkleuringen. Deze uitwendige tekenen van een trauma in de buikstreek zijn zeer inconstant en merkwaardigerwijs zijn zij zelfs bij ernstige inwendige lesies vaker niet dan wel aanwezig. Ook al zijn er uitwendige lesies, dan leert dit ons weinig over de lokalisatie der inwendige letsels.

Een ander symptoom, dat ons bij inspectie kan opvallen, is opzetting van de buik, hetgeen wordt veroorzaakt door paralytische ileus. Dit is echter een symptoom dat vaak pas laat na een trauma optreedt en ons zeker niet wegwijs kan maken in de eerste uren. Bij inspectie moet ook worden gelet op de beweeglijkheid van de buik bij de ademhaling. De waarde van dit symptoom is echter vrij gering, daar de beweeglijkheid door pijn, bijvoorbeeld bij ribfracturen of door hematomen in de spieren, geheel of gedeeltelijk kan zijn verdwenen, terwijl er geen inwendige lesies zijn.

2 *Percussie.* Deze kan ons ten eerste de aanwezigheid van dempingen leren. Zijn deze in de flank aanwezig, dan kan dit wijzen op een retroperitoneale of een intraperitoneale bloeding. Voorts kan een volle of lege blaas worden vastgesteld en een opgeheven of aanwezige leverdemping.

Geen van deze symptomen geeft ons veel houvast. Een demping, die meestal in de flank aanwezig zal zijn, kan dus op een retroperitoneale of een intraperitoneale bloeding wijzen. Een retroperitoneale bloeding zal meestal geen chirurgische therapie behoeven, een intraperitoneale in veel gevallen echter wel.

Het al of niet aanwezig zijn van de leverdemping is op zichzelf ook geen zeker teken. De demping kan afwezig zijn door uitzetting van het colon transversum, dat zich tussen lever en voorste buikwand indringt; de demping kan aanwezig zijn bij adhesies terwijl er toch een maag- of darmperforatie in de vrije buikholte blijkt te zijn.

3 *Palpatie.* Dit is wel een van de belangrijkste onderzoeksmethoden bij het stompe buiktrauma. Een indicatie tot laparotomie is de aanwezigheid van *défense musculaire* als constant symptoom. De oorzaak van *défense musculaire* behoeft echter niet altijd intraperitoneaal te liggen, doch kan ook worden veroorzaakt door lokale hematoomvorming in de spieren of optreden bij bijvoorbeeld ribfracturen, waarbij vaak de buik reflectoir wordt gespannen.

4 *Auscultatie.* Deze kan ons betrekkelijk weinig leren over de diagnose bij het stompe buiktrauma. In de eerste uren zal peristaltiek vaak afwezig zijn, ook al zijn er geen lesies van de intraperitoneaal ge-

legen organen. Soms kan een hernia diaphragmatica traumatica worden vastgesteld door auscultatie van de thorax, waarbij dan darmgeruisen worden gehoord.

Van de verdere onderzoeksmethoden zou ik eerst het röntgenonderzoek willen noemen. Hiermede kunnen bijvoorbeeld ribfracturen, een bekkenfractuur of wervelfracturen worden vastgesteld. Verder kan röntgenonderzoek soms vrije lucht in de buikholte aantonen. Dit röntgenonderzoek is echter dikwijls moeilijk uitvoerbaar, daar deze patiënten — ook al omdat er vaak andere afwijkingen zijn — weinig mobiel zijn, hetgeen dit onderzoek sterk bemoeilijkt, zo niet onmogelijk maakt.

Een tweede onderzoek is de buikpunctie. De buik wordt meestal in vier quadranten gepuncteerd en de aanwezigheid van bloed kan een diagnostisch hulpmiddel zijn.

Het zal soms nodig zijn bij ribfracturen of andere fracturen pijnbestrijdende middelen te geven. Dit is echter slechts geoorloofd bij een nog nauwlettender observatie, omdat pijnbestrijding de buiksymptomen kan doen verdwijnen of verminderen.

Het onderzoek van het urinesediment kan ons op het spoor brengen van een niercontusie.

Het moeilijkst wordt wel de diagnose van het stompe buiktrauma bij een ernstig hersentrauma, waarbij het sensorium geheel of gedeeltelijk is gestoord, of na alcoholmisbruik.

Het belangrijkste diagnostische hulpmiddel blijft de voortdurende nauwlettende observatie van de patiënt.

Als voorbeeld van een weliswaar nauwlettende, doch niet lang genoeg voortgezette observatie kan gelden de ziektegeschiedenis van een 35-jarige vrouw, die door haar verloofde van een trap werd gegooid en waarbij zij met het bovenste deel van de buik op een melkbus terecht kwam. Bij onderzoek bleek zij wat drukpijn en een enkel klein hematoompje in de buikwand te hebben, verder was de algemene toestand goed en er was zeker geen *défense musculaire*. Patiënte werd gedurende ongeveer tien uur geobserveerd, waarbij zich geen bijzonderheden voordeden. Ze ging naar huis, doch ongeveer twaalf uur later stuurde de huisarts haar weer in, daar hij de buik toch niet vertrouwde. Gelukkig maar, want het beeld was inmiddels zo, dat laparotomie was geïndiceerd. De pancreas bleek dwars doorgescheurd te zijn; verder waren er geen lesies in de buik. Het is een vrij grote zeldzaamheid dat alleen de pancreas gelederd is; door de beschermde positie achter in de buik zullen eerst andere organen worden geraakt.

De staart van de pancreas werd geresecceerd en het postoperatieve beloop was ongestoord.

Tijdens de observatie kan men door verschillende maatregelen symptomen, die op andere oorzaak dan het stompe buiktrauma berusten, tot verdwijnen brengen, zoals bijvoorbeeld shock, door bloedverlies bij fracturen, met bloedtransfusies, dyspnoe door een thoraxtrauma met een tracheotomie. Op grond van een op een dergelijke manier bereikte benaderingsdiagnose kan de therapie worden ingesteld.

Tenslotte nog enkele korte opmerkingen over de eerste hulp bij stompe buiktraumata. Over het alge-

meen zal het onmogelijk zijn bij eerste hulp een diagnose te stellen. De eerste hulp bij deze ongevalspatiënten zal moeten bestaan uit het vrij maken of houden van de luchtweg, het spalken van fracturen, het geven van drukverbanden bij contusies en het voorkomen van bloedverlies uit wonden. Dit is dus algemene eerste hulp en niet specifiek voor het buiktrauma. Eventuele shock wordt bestreden met warm houden van de patiënt, laag leggen van

het hoofd en eventueel toediening van zuurstof respectievelijk een intraveneus infuus.

Drapanas, T. en J. McDonald (1961) *Surgery* 50, 742.

Eerland, L. D. (1957) *Ned. T. Geneesk.* 101, 657.

Fitzgerald, J. B., E. S. Crawford en M. E. De Bakey (1960) *Amer. J. Surg.* 100, 22.

Kennedy, R. H. (1960) *American Lecture Series* no 379. Thomas, Springfield.

ReMine, W. H. (1957) *The Surgical Clinics of North America*. Saunders, Philadelphia en Londen.

Huwelijk en koppelvorming*

DOOR PROF. DR E. A. D. E. CARP, TE LEIDEN

In een onlangs door de Katholieke Radio Omroep uitgezonden radiogesprek kwam een ietwat merkwaardige vraag ter sprake van een gehuwde vrouw. Zij deelde mede omstreeks elf jaar gehuwd te zijn en nog nimmer met haar man enig conflict of zelfs ooit onenigheid te hebben gehad. Wanneer zij dit dan ook aan haar kennissen vertelde, bleken deze ten hoogste verbaasd te zijn, konden haar niet geloven of twijfelden sterk aan haar volwaardigheid. De vraag van deze gehuwde vrouw was, hoè zij nu moest doen en of haar huwelijk wel normaal was.

Men zou deze vraag als grapje kunnen beschouwen ware het niet, dat hier een huwelijksprobleem is aangesneden, dat de moeite van bestudering waard is. In het huwelijk komen wrijvingen, onenigheden, zelfs twisten (min of meer ernstige conflicten) voor en de vraag is, of deze wrijvingen niet onverbreekbaar verbonden zijn met het normale huwelijksleven. Men kan het ook van de tegenovergestelde kant bezien en zich afvragen of een huwelijk zonder wrijvingen, misverstanden, twisten, verkoelingsperiodes, (met andere woorden: conflicten) normaal of zelfs ideaal te noemen is. Men heeft deze vragen stellig ernstig op te vatten en reeds enige verdieping van het hier aangesneden vraagstuk zal ons hieromtrent nader kunnen instrueren.

Ofschoon de vraag naar de omschrijving van een „normaal” huwelijk een onzinnige toeschijnt en reeds het opwerpen van de vraag: wát is een norm en wát is normaal, ons direct verplaatst in de meest diepzinnige, wijsgerige, theologische, sociologische, psychologische, biologische en andere beschouwingen, heeft ieder voor zich een vaag instinctief of intuïtief aangevoeld besef van wat hij (of zij) als een normaal of ideaal huwelijk meent te moeten beschouwen. Van psychologisch gezichtspunt bezien zou men kunnen zeggen, dat er dan ook in normale huwelijken conflicten bestaan, zelfs moeten bestaan om de normaliteit van een huwelijksleven te waarborgen. Men zou dus hebben uit te gaan van een zekere apologie, een verdediging van het bestaans-

recht van huwelijksconflicten en zelfs kunnen spreken van heilzame conflicten, welke de frisheid, de voortdurend noodzakelijke vernieuwing, de vitaliteit van het huwelijksleven in stand doen blijven en onderhouden. Het komt mij voor, dat deze vaststelling zó vanzelfsprekend, ofschoon wellicht ietwat verrassend is, dat een bestrijding hiervan moeilijk zou zijn.

De psychotherapeut en feitelijk iedereen is het bekend, hoe de opheffing van conflicten bevrijdend werkt en de menselijke geest deze zelfbevrijding behoeft. In deze zin kan men de aanwezigheid van conflicten dan ook een noodzakelijk kwaad noemen, daar zij eerst aanwezig dienen te zijn, alvorens de mogelijkheid bestaat ze uit de weg te ruimen en de weg naar zelfbevrijding te banen. Degene, die slechts in staat zou zijn conflicten op een éénzijdige wijze te beschouwen, is dan ook stellig niet in staat hun positieve waarde te beoordelen. Wanneer het wezenlijke van hetgeen men een conflict pleegt te noemen gelegen is in het „met elkaar (of met zichzelf) oneens zijn” dan is dit oneens-zijn te vergelijken met een latente oorlogstoestand.

Wanneer nu een steeds blijvende vrede-toestand als ideaal zou zijn te beschouwen, dan zou men vergeten, hoe zulk een toestand verslappend, energiedovend, de zelfgenoegzaamheid bevorderend, des-individualiserend op de mensen kan werken. En hiermede zou men stellig verre zijn afgeraakt van het beeld, dat de mensen zich van een ideaal van menselijk-zijn zullen hebben gesteld. Onenigheid in velerlei vormen, zelfs twisten en periodes van verkoeling dienen dan ook in een normaal en zelfs ideaal te noemen huwelijk aanwezig te zijn om de mens, die nu eenmaal op weg is naar wijsheid en zelfvervolmaking, te behoeden voor een vereenzelviging met het ideale onder welk aspect dan ook. Ook — en wellicht juist — in zijn huwelijksleven moet de mens zich kunnen blijven schamen voor eigen zo-zijn en eigen tekortkomingen. De gedragsvormen tussen gehuwden mogen tot zekere hoogte de kenmerken dragen van een zich niet voor elkaar behoeven te schamen (hetgeen men als een zekere mate van schaan-teloosheid kan bestempelen); zij

* Voordracht, gehouden op de Boerhaave-cursus „Conflicten in en van het huwelijksleven”, te Leiden, april 1962.