

UIT DE SERIE HUISARTSGENEESKUNDIGE CONFERENTIES*

9. De enkeldistorsie

Door het toenemen van het aantal actieve sportbeoefenaren zal de huisarts steeds vaker geconfronteerd worden met sportblessures, waaronder veel enkeldistorsies. Hij zal daarbij rekening moeten houden met de rol die de sportbeoefening in het leven van de patiënt speelt, aan de andere kant zal hij de patiënt ook bewust moeten maken van de claim die zijn sportbeoefening op de gezondheidszorg legt.

Inleiding

Tijdens een drietal bijeenkomsten van onze huisartsgeneeskundige conferenties hebben wij gesproken over de distorsie van de enkel.

Tijdens de eerste bijeenkomst bleek al snel dat de grootste verschillen in beleid voorkwamen bij het laterale enkeltrauma (*figuur*). Wij werden het er, op grond van onze ervaringen, over eens dat een trauma van de mediale zijde van de enkel de huisarts voor veel minder problemen stelt. De verklaring hiervoor is, dat het zeer sterke ligament dat mediaal de tibia met de talus en calcaneus verbindt (ligamentum deltoideum) zelden scheurt zonder dat zich een fractuur voordoet. Simpele distorsies na een eversietrauma zouden wij behandelen met een zwachtel. Indien er aanwijzingen zouden zijn voor een fractuur, zou dit een indicatie zijn voor verwijzing naar een chirurg.

Veel minder overeenstemming bleek te bestaan ten aanzien van het beleid bij een inversietrauma. Er ontstond zich een levendige discussie over de vraag, welke patiënten door de huisarts zelf zouden kunnen worden behandeld en wie doorgeleid zouden moeten worden voor verder (röntgenologisch) onderzoek en eventuele behandeling.

*Dit artikel is een neerslag van discussies tussen huisartsen van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut over de benadering van in de praktijk veel voorkomende aandoeningen – zie (1980) *huisarts en wetenschap* 23, 13-15. De lezer dient zich te realiseren, dat het bij deze discussies meer gaat om een kritische bezinning op verschillende problemen dan om een poging nu eens definitief vast te stellen hoe het wel zou moeten.

Wij waren het erover eens dat een verwijzing geboden is, indien er aanwijzingen zijn voor een fractuur, zoals drukpijn boven of op de malleolus lateralis of asdrukpijn. Minder eensgezindheid bleek er te bestaan bij verdenking op een totale of partiële bandruptuur. Enkele deelnemers behandelen alle patiënten met enkeldistorsies, die niet verdacht worden van een fractuur, met een zwachtel en zien naar hun zeggen aldus behandelde patiënten later niet terug met bijvoorbeeld klachten over een instabiele enkel. Andere huisartsen sturen patiënten met een flinke distorsie al spoedig naar het ziekenhuis voor verder onderzoek. Zij achten zich in hun beleid gesteund door het feit dat veel van deze

W. J. H. M. VAN DEN BOSCH

patiënten terugkomen met onderbeen-gips of opgenomen worden voor operatieve behandeling.

Uit de discussies kwamen al met al de volgende vragen naar voren:

– kan de huisarts door middel van anamnese en onderzoek een onderscheid maken tussen een eenvoudige distorsie en een enkelbandruptuur?

– wat is de waarde van de verschillende röntgenologische onderzoeksmethoden?

– wat is de kans dat een patiënt met een enkelbandruptuur, die niet is verwezen maar door de huisarts zelf is behandeld, later ernstige klachten zal overhouden?

– zijn er goede, vergelijkende onderzoeken ten aanzien van de verschillende

behandelingsmethoden zoals gipsimmobilisatie, operatief hechten van de band(en) en andere behandelingen?

– hoe moet de huisarts een enkeldistorsie behandelen?

Wij poogden op deze vragen een antwoord te krijgen door bestudering van de literatuur.

Anamnese en onderzoek

Intussen werden door de deelnemers de verschillende anamnestiche gegevens en onderzoeken op hun waarde beoordeeld. Hierbij kwamen de volgende punten aan de orde:

– de aard van het trauma;

– het „scheur“- of „knap“-geluid;

– het al dan niet acuut ontstaan van de zwelling;

– de mogelijkheid de voet te belasten, direct na het trauma;

– pijn bij passieve inversie van de voet;

– opwekbare instabiliteit in het bovenste spronggewricht;

– het bestaan van een palpeerbare depressie direct onder de malleolus lateralis bij inversie van de voet;

– de uitgebreidheid van de weke-delen zwelling.

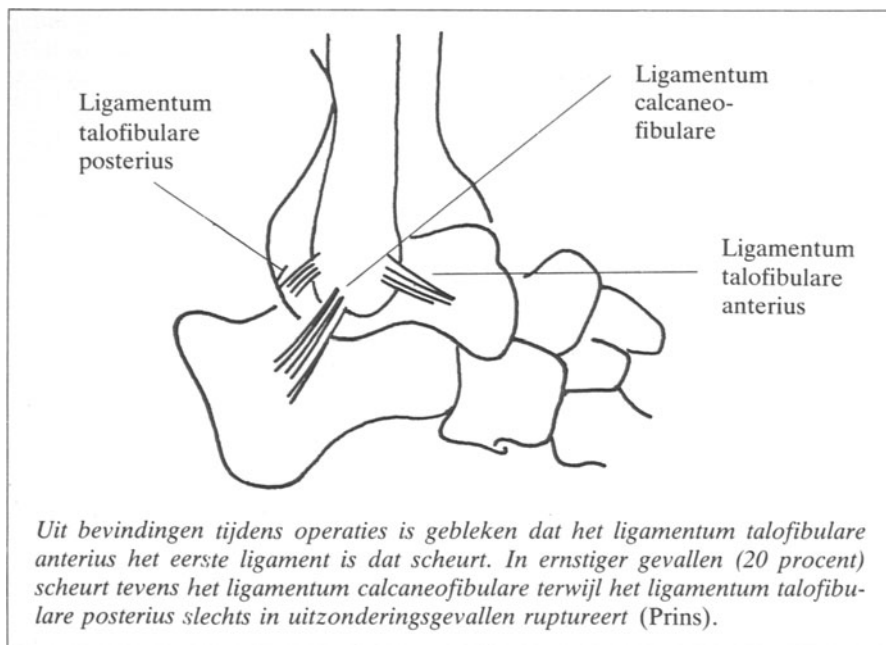
Daarbij bleek dat niet alle deelnemers hetzelfde belang hechtten aan de verschillende vragen en onderzoeken. Zo werd onder meer gesteld: „Als je geen dille kunt voelen, is er geen ruptuur“; of: „Iemand met een totale ruptuur kan zijn voet niet belasten“.

Wat is er nu ten aanzien van deze anamnestiche gegevens en onderzoeken in de literatuur te vinden?

● *Anamnese*. De meeste auteurs vinden de informatie over de aard van het trauma onbetrouwbaar. De patiënt kan meestal niet meer vertellen dan dat het om een inversietrauma gaat. Het scheur- of kraakgeluid wordt zeer wisselend opgegeven. *Duquenois et Decouls* vinden het bij 47 procent van de patiënten. Andere auteurs kunnen dit niet bevestigen. *Speeckaert* komt bij zorgvuldig navragen tot 15 procent.

Kan de patiënt zijn voet direct na het trauma belasten? *Prins* merkt op dat 27 procent van de patiënten met een distorsie zonder ruptuur en 41 procent van de patiënten met een ruptuur zijn voet direct na het trauma niet kon belasten; hij haalt daarbij *Göttner* aan, die opmerkt dat het niet zelden voorkomt dat een patiënt met een subluxatie van de enkel lopend de eerste hulp binnenkomt, terwijl de patiënt met een eenvoudige distorsie met een ambulance wordt binnen gebracht.

Figuur. De laterale enkel.



Onderzoek. De meest constante bevinding bij het onderzoek van de enkelbandruptuur is, behalve de pijn, het typische, eivormige hematoom vóór de malleolus: „le signe de la coquille d'œuf”. Dit werd speciaal onderzocht door *Bouillet*, die dit verschijnsel constateerde bij 85 procent van de patiënten bij wie later bij operatie een enkelbandruptuur werd gevonden. Bij patiënten bij wie op andere klinische gronden gedacht werd aan een ruptuur, maar bij wie bij operatie geen ruptuur werd gevonden, was deze bevinding slechts positief in 27 procent van de gevallen. De betrouwbaarheid van dit gegeven is echter afhankelijk van de tijd tussen het trauma en het onderzoek. Indien men de patiënt niet kort na het onderzoek ziet, dient zorgvuldig gevraagd te worden naar het verschijnsel van het snel ontstane, eivormige hematoom.

Er bestond verschil van mening over de vraag of een hematoom op of boven de malleolus pathognomisch zou zijn voor een fractuur van de malleolus lateralis. *Prins* vond bij patiënten met een ruptuur van de laterale enkelband zonder fractuur in 75 procent van de gevallen een zwelling over de hele malleolus lateralis, zodat dit verschijnsel niet specifiek voor een fractuur genoemd mag worden. De uitgebreidheid van de weke-delen zwelling heeft wel prognostische waarde voor de ernst van de distorsie. *Sanders* (1976) onderzocht het verband tussen de uitgebreidheid van de zwelling en de bevindingen later bij operatie en

vond een hoge mate van correlatie.

In de groep was men het er over eens, dat het raadzaam is bij de palpatie de gehele fibula in het onderzoek te betrekken. Een proximale fractuur van de fibula, die zich presenteert als een enkeldistorsie of daarmee gepaard gaat, wordt dan niet over het hoofd gezien (*Graswinckel en Koning*).

Geen van de door ons bestudeerde auteurs blijkt veel waarde te hechten aan het testen van de stabiliteit van de enkel. Door de pijn ontstaat actief spierverzet, dat het onderzoek zonder anesthesie zinloos maakt. *Broström* (1965) merkt dan ook op, dat het niet zelden voorkomt dat tijdens stressonderzoek, (onder lokale anesthesie) het schuifladefenomeen negatief is, terwijl dit later onder narcose probleemloos is op te wekken. *Judet et Padovani* hechten veel waarde aan het opzoeken van electieve pijnpunten, maar de meeste andere auteurs vinden deze evengoed bij eenvoudige distorsies zonder dat er van een ruptuur sprake is.

De opmerking dat er bij rupturen van de laterale band meestal een palpeerbare depressie te voelen is onder de laterale malleolus, wordt tegengesproken door *Speeckaert*, die speciaal naar dit verschijnsel zocht bij patiënten met een distorsie. Hij vond dit symptoom slechts bij 20 procent van de patiënten die later bij operatie een ruptuur bleken te hebben.

Wij kwamen op grond van onze literatuurstudie tot de volgende conclusies.

Het is in het algemeen voor de huisarts onmogelijk om op basis van anamnese en onderzoek met enige mate van zekerheid de diagnose enkelbandruptuur te stellen. Wel zijn er enige aanwijzingen die een bandruptuur waarschijnlijk kunnen maken:

- een snel ontstaan, eivormig hematoom vóór de malleolus;
- een uitgebreide weke-delen zwelling;
- het horen van een scheur- of kraakgeluid;
- het vinden van een palpeerbare depressie.

De laatste twee uitkomsten zullen daarbij eerder uitzondering dan regel zijn. Het lijkt weinig zinvol veel tijd te besteden aan het zorgvuldig uitvragen van de aard van het trauma. Ook zal het manipuleren met de enkel om een instabiliteit vast te stellen de patiënt onnodig belasten.

Röntgenologische onderzoeksmethoden

Voor het opsporen van enkelbandrupturen zijn in de röntgendiagnostiek twee methoden te onderscheiden: de artrografie en de stressfoto. Het gebruikelijke standaardonderzoek in twee richtingen is van weinig waarde voor het opsporen van bandlaesies.

Bij de artrografie wordt, na plaatselijke verdoving, contraststof intra-articulair geïnjecteerd. Er worden dan röntgenopnamen gemaakt in vier richtingen. Gekeken wordt of er zich extra-articulair contraststof bevindt. De voordelen van deze methode zijn, dat het onderzoek niet belastend is voor de patiënt en dat de lokalisatie van de laesie is vast te stellen.

Bij de stressfoto of dwangstandopname wordt in eerste instantie gekeken naar de maximale taluskanteling door het meten van de tibia-talus hoek. Deze wordt vergeleken met die van de contralaterale enkel. Volgens *Freeman* (1965) en *Tonino* moet worden aangenomen dat er een ruptuur bestaat als de aangedane enkel 6 graden meer kantelt dan die aan de gezonde kant. Er bestaat echter een fysiologische spreiding in die hoek. Volgens *Rubin and Witten* kantelt de enkel in 7 procent van de gevallen meer dan 10 graden zonder dat er sprake is van een distorsie.

In tweede instantie wordt gekeken naar een verhoogde beweeglijkheid van de talus naar voren: het anterior drawer-sign of het schuifladefenomeen. Een verhoogde beweeglijkheid is zeer verdacht voor een bandruptuur. *Prins* vond evenwel bij operatie een groot aantal

bandrupturen ondanks een negatief anterior drawer-sign.

Een nadeel van het dwangstandonderzoek is, dat het voor de patiënt zeer onplezierig is. Het is bovendien moeilijk te standaardiseren.

Over de correlatie tussen de artrografische bevindingen en de afwijkingen die bij operatie worden aangetroffen, heeft *Sanders*, (1972) gepubliceerd. Hij vond een betrouwbaarheid van bijna 100 procent. Ook vergeleek hij (*Sanders* 1976) artrografisch onderzoek met stressonderzoek. Hij vond bij dit laatste een onaanvaardbaar groot percentage van vooral fout-negatieve uitkomsten.

Risico bij „miskende” enkelbandrupturen

„It is worse to sprain an ankle than to break it...”, schrijft *Watson-Jones* in zijn leerboek; een stelling die later door veel auteurs is overgenomen. Ook *Chapchal* waarschuwt tegen lichtvaardig handelen bij enkeldistorsies; door het miskennen van een ruptuur zouden later ernstige instabiliteit en artrose kunnen ontstaan.

De stelling van *Watson-Jones* lijkt echter een van de vele stellingen die in de medische wereld van leerboek naar leerboek „overerven”, zonder ooit door goed onderzoek te zijn bewezen. Het gegeven bleek ook in tegenspraak met onze ervaring. Ervaren huisartsen uit onze groep, die jaarlijks een groot aantal patiënten conservatief behandelen voor een distorsie van de enkel (al dan niet met ruptuur) zagen nooit patiënten die later klaagden over ernstige instabiliteit.

Broström (1966) beschrijft dat hij in vier jaar tijds zestig patiënten zag met zodanige klachten over instabiliteit, dat secundaire operatieve therapie in aanmerking kwam. Deze patiënten zag hij in een groot centrum waar jaarlijks 280 maal de diagnose enkelbandruptuur werd gesteld. Bij deze zestig patiënten (gemiddelde leeftijd 26 jaar) was de gemiddelde duur van de klachten vijf jaar. Vele van deze patiënten hadden niet een eenmalige ernstige distorsie meegemaakt, maar verscheidene lichte distorsies. De klachten hadden weinig invloed gehad op het dagelijks functioneren: slechts vier patiënten hadden het werk voor een langere periode moeten staken. De reden waarom de meeste patiënten om medische hulp vroegen, was de beperking die de instabiliteit van de enkel gaf bij sportbeoefening. De resultaten van de daarop volgende operatie, gemiddeld drie jaar erna beoordeeld,

waren bij alle patiënten op één na zeer goed.

In Nederland publiceerden *Ernst e.a.* de resultaten van een naonderzoek bij patiënten die wegens instabiliteitsklachten van de enkel bij sportbeoefening een secundaire bandplastiek hadden ondergaan. Ook hier bleken de resultaten over het algemeen zeer goed. Een tweede conclusie was dat de aard van de primaire behandeling (vroeg mobilisatie, gips of operatie) geen invloed had op het resultaat na de secundaire plastiek. Dit resultaat werd ook niet beïnvloed door het tijdsverloop tussen de distorsie en de secundaire plastiek.

Er kan dus op zijn minst een vraagteken worden geplaatst bij de waarschuwing om zeer voorzichtig te zijn met een enkeldistorsie. De frequentie van ernstige klachten door het missen van de diagnose enkelbandruptuur blijkt erg mee te vallen. Klachten doen zich bijna uitsluitend voor bij sportbeoefening. Als er op dat gebied ernstige klachten blijven bestaan, kan in tweede instantie een plastiek worden overwogen. Het resultaat zal in de regel goed zijn en niet afhankelijk van de tijd die is verlopen tussen de primaire laesie en de uiteindelijke plastiek.

Vergelijkend onderzoek

Er bestaan veel vergelijkende studies naar het verschil in resultaat van de diverse behandelingsvormen van enkelbandrupturen. Hiervan zullen er drie besproken worden. Het eerste omdat dit het eerste grote onderzoek op dit gebied is geweest, waarvan de resultaten nog steeds hun waarde hebben. Het tweede omdat het tot andere conclusies komt dan de meeste andere onderzoeken. Het derde omdat het een recent, groot Nederlands onderzoek is.

Broström (1965;1966) behandelde 281 patiënten met artrografisch aangetoonde enkelbandrupturen volgens drie methoden:

- alleen zwachtelen en vroeg mobiliseren;
- drie weken gipsimmobilisatie;
- operatie gevolgd door drie weken gips.

Bij naonderzoek, gemiddeld 3,8 jaar later, vond hij subjectieve klachten in respectievelijk 18, 21 en 9 procent van de gevallen en constateerbare instabiliteit in respectievelijk 31, 37 en 26 procent van de gevallen. Zijn conclusie was dat opereren weliswaar een iets beter resultaat geeft, maar dat de restklachten na zwachtelen en vroeg mobiliseren niet

ernstig genoeg zijn en te weinig verschillen van de klachten na opereren, om te adviseren iedere bandruptuur te laten hechten. Een voorbehoud hierbij wilde hij maken voor recidiverende distorsies, aangezien het resultaat van een operatie, vergeleken met andere methoden, hierbij beter was dan bij een eenmalige distorsie. De resultaten van gipsbehandeling waren (hoewel niet significant) minder dan die van vroeg mobilisatie.

Freeman is de enige onderzoeker die betere resultaten vond na bandageren en vroeg mobiliseren dan na operatie. Hij stelde de diagnose bandruptuur bij een tibia-talus hoek groter dan 5 graden. Zijn patiëntenaantallen zijn echter te klein om er vergaande conclusies uit te trekken.

Prins verdeelde zijn patiënten op grond van de bevindingen bij artrografie in twee groepen: een groep van patiënten met een enkelvoudige ruptuur van het ligamentum talofibulare anterius en een groep van patiënten met gecombineerde rupturen van de ligamenten talofibulare anterius en calcaneofibulare. De eerste groep werd behandeld met óf zwachtel en rust, óf drie weken gips. In deze groep waren de resultaten bij de nacontrole vergelijkbaar. De tijd waarna het werk hervat kon worden, was echter na gipstherapie gemiddeld anderhalf maal langer dan na zwachtelen. *Prins* beveelt dan ook aan bij enkelvoudige rupturen van het ligamentum talofibulare anterius te zwachtelen, rust te geven en te mobiliseren op basis van de klachten van de patiënt en geen gips te geven.

De tweede groep (met gecombineerde rupturen) werd behandeld met óf zes weken gips, óf operatie, gevolgd door drie weken gips. De resultaten na operatie waren hierbij beduidend beter dan na gipsimmobilisatie. Zowel ten aanzien van de subjectieve klachten als wat betreft de bij onderzoek vast te stellen instabiliteit waren er duidelijke verschillen. Het duidelijkst kwam dat naar voren bij sportbeoefening. Van de geopereerde patiënten was 76 procent weer in staat sport te bedrijven, zoals voor het trauma. Van de patiënten die met gips waren behandeld, was dit slechts 29 procent. *Prins* komt dan ook tot het advies om bij gecombineerde rupturen primair te opereren. Het is jammer dat het in dit laatste onderzoek niet mogelijk was de resultaten van operatie en vroeg mobilisatie met elkaar te vergelijken. Dit zou met name grote invloed kunnen hebben op

het beleid van de huisarts. Zo is Hoo-genband (mondlinge mededeling) in Maastricht in 1978 begonnen met een prospectief, randomized onderzoek, waarbij patiënten met enkelbandrupturen óf geopereerd worden, gevolgd door vijf weken gips, óf zes weken gipsimmobilisatie krijgen, óf vroeg gemobiliseerd worden na taping volgens een speciale methode. De eerste resultaten zijn zodanig in het voordeel van de laatste methode, dat deze op dit moment als enige wordt gebruikt.

Tijdens ons literatuuronderzoek zijn ons nog meer punten opgevallen. De meeste auteurs vonden opvallend weinig verband tussen subjectieve restverschijnselen en bij onderzoek vast te stellen (in)stabiliteit, ongeacht de keuze van behandeling. Er waren patiënten met veel restklachten zonder dat er bij onderzoek instabiliteit was vast te stellen. *Freeman* tracht dit verschijnsel te verklaren door aan te nemen, dat er bij het trauma een verscheuring optreedt van een aantal proprioceptieve vezels. Dit zou zelfs na volledig anatomisch herstel van de band de oorzaak zijn van het feit dat patiënten een instabiliteitsgevoel houden, gemakkelijk omzwikken en onzeker lopen op ongelijk terrein. Dit verschijnsel zou te voorkomen zijn door speciale proprioceptieve oefeningen, maar ook vroegtijdige mobilisatie zou het instabiliteitsgevoel gunstig kunnen beïnvloeden.

Er was lang niet altijd verband tussen de ernst van het letsel en de ernst van de restverschijnselen. Restverschijnselen traden minder op bij een eenmalig dan bij een recidiverend trauma.

Wij vonden in de literatuur weinig argumenten om patiënten met enkelbandletsels met gips te immobiliseren, terwijl deze therapie naar onze ervaring frequent wordt toegepast. *Brooks et al.* vonden dat patiënten behandeld met gips, vergeleken met vroege mobilisatie zonder gips, langer niet konden werken, een langere periode follow-up in de kliniek nodig hadden en bovendien allen klaagden over stijfheid in het enkelgewricht als het gips verwijderd werd. *Hedges and Anwar* verrichtten een vergelijkend onderzoek naar de voordelen van gipsimmobilisatie bij enkelbandrupturen. Hij vond dat de resultaten op lange termijn van beide methoden gelijk waren. Patiënten die met een zwachtel behandeld werden en vroeg gemobiliseerd werden, hadden wel een duidelijk kortere ziekte duur. De uiteindelijke resultaten na gipsimmobilisatie zouden kunnen verbeteren naarmate de periode

van immobilisatie langer zou zijn. *Tonino* vermeldde goede resultaten na een periode van twaalf weken. Het is echter de vraag of de voordelen hiervan kunnen opwegen tegen een zo lange periode van arbeidsongeschiktheid, die dikwijls nog verlengd wordt door een lange en moeizame periode van mobilisatie na de ontgipsing.

Behandeling door de huisarts

Ten aanzien van de behandeling bleek een grote eensgezindheid te bestaan. In de acute fase wordt rust voorgeschreven, waarna op basis van de klachten van de patiënt snel wordt begonnen met mobiliseren. Enkele deelnemers laten de patiënt eerst oefenen in (warm) water. Een zwachtel wordt meestal al in de acute fase aangelegd en in ieder geval in de mobilisatiefase. Geen van ons bleek ervaring te hebben met bandageren.

Tegen de pijn wordt, indien nodig, een eenvoudig analgeticum voorgeschreven, zoals acetosal. Een van de deelnemers meldde goede ervaringen met het koelen van de enkel met behulp van ijspakkingen. *Basur et al.* beschrijven een onderzoek waarbij patiënten met een enkeldistorsie in de acute fase behandeld werden met koeling met Cryogel dan wel alleen gezwachteld werden. Koeling had een positief effect op de pijn, het oedeem en de immobilisatieperiode. De wetenschappelijke waarde van dit en andere onderzoeken naar het effect van fysische behandelingsmethoden van enkeldistorsies is echter betrekkelijk. De patiëntenaantallen zijn steeds klein, alleen het effect op korte termijn wordt bekeken en er wordt meer gekeken naar subjectieve dan naar objectieve kenmerken.

Door het ontbreken van goed vergelijkend onderzoek en de betrekkelijke waarde van onze eigen ervaringen kwamen wij niet tot een gezamenlijk standpunt over de rol van de fysiotherapie, die zeker in de sportgeneeskunde van grote betekenis is. In een vroeg stadium beginnen met mobiliseren en er zorg voor dragen dat de patiënt de eerste tijd stevig schoeisel draagt met een brede hak voor goede steun, lijkt het meest effectieve advies.

Conclusies

Tijdens de laatste bijeenkomst over dit onderwerp konden wij ons tenslotte vinden in de volgende conclusies.

- De huisarts kan op basis van zijn anamnese en onderzoek moeilijk een onderscheid maken tussen een eenvoudige

distorsie en een bandruptuur. Wel zijn er enige aanwijzingen die een ruptuur waarschijnlijk maken, waarbij het snel ontstane, eivormige hematoom de belangrijkste is.

- In het algemeen kan de huisarts een distorsie van de enkel ten gevolge van een inversietrauma goed zelf behandelen, mits hij een fractuur heeft uitgesloten. Verwijzing naar het ziekenhuis in de acute fase zal zelden of nooit nodig zijn.

- De huisarts kan de patiënt met een enkeldistorsie het best behandelen met een zwachtel en door vroege mobilisatie op basis van de klachten van de patiënt.

- Het risico om een enkelbandruptuur over het hoofd te zien en daardoor ernstige restklachten over te houden is overdreven. Indien de patiënt later toch ernstige klachten overhoudt, kan secundaire operatieve therapie overwogen worden. Het resultaat van deze therapie zal goed zijn en niet afhankelijk van het tijdsverloop tussen trauma en operatie.

- Enkelbandlaesies uitsluitend met gips behandelen is niet zinvol. Het lijkt de moeite waard dat hierover ook in de kliniek de discussie weer geopend wordt.

Beschouwing

Zoals de voorgaande stukken is dit stuk een verslag van een aantal huisartsgeneeskundige conferenties. Een belangrijke bijdrage kwam ditmaal van de gegevens uit het literatuuronderzoek. Omdat in de „huisartsenliteratuur” over dit onderwerp helaas weinig gepubliceerd is, komen de meeste gegevens uit het specialistische veld. Dit wil over het algemeen zeggen, dat de patiëntenpopulatie waarover mededeling wordt gedaan, een andere is dan de populatie die de huisarts op zijn spreekuur ziet. Dit betekent dat men voorzichtig moet zijn met de interpretatie van onderzoeksgegevens.

De meeste tijd is tijdens de discussies besteed aan de indicatie tot verwijzen/niet verwijzen en de daarvoor geldende argumentaties. Door het toenemen van het aantal actieve sportbeoefenaren zal de huisarts steeds vaker geconfronteerd worden met sportblessures, waaronder veel enkeldistorsies. Vaak zal de huisarts gevraagd worden mee te werken aan behandelingen die tot een spoediger herstel zouden leiden. Dit kan uiteenlopen van een kuurtje UKG en massage tot opname in een ziekenhuis voor operatieve behandeling van een enkelbandruptuur. Dit zal tevens gepaard gaan met een grote stroom patiënten naar

röntgenafdelingen met dubieuze indicaties (Brooks et al.; De Lacey and Bradbrooke; Goldberg). Van de andere kant wordt van de huisarts een kostenbewakende attitude verwacht.

Deze twee factoren zullen met elkaar in tegenspraak zijn en dit vraagt van de huisarts een kritische houding. Hij zal van de ene kant rekening moeten houden met de rol die de sportbeoefening in het leven van de patiënt speelt. Van de andere kant dient de huisarts de patiënt ook bewust te maken van de claim die zijn sportbeoefening op de gezondheidszorg legt.

Wij vinden het jammer, dat in toenemende mate patiënten met klachten zoals een enkeldistorsie buiten de huisarts om via andere kanalen in het ziekenhuis komen voor nadere diagnostiek en therapie. Ontwikkelingen in de richting van deze „maximale” gezondheidszorg zouden moeten worden gestopt. Wij zien in dezen voor huisartsen een belangrijke taak weggelegd.

De uiteindelijke conclusie van deze conferentie betekende voor veel deelnemers dat er een grote verandering kwam in hun beleid. Enkelen namen zich voor om met de chirurgen en röntgenologen met wie zij samenwerken, tot afspraken te komen. In ieder geval was deze conferentie voor ons een voorbeeld van hoe huisartsen kritisch de gedachten uit het specialistisch veld kunnen volgen en op hun merites beoordelen.

Samenvatting. Door het toenemen van het aantal actieve sportbeoefenaars zal de huisarts in toenemende mate geconfronteerd worden met enkeldistorsies. Van veel zijden wordt aangedrongen op een „agressieve” diagnostiek en behandeling. In menige kliniek is het behandelingsplan erop gericht om door middel van ingrijpende diagnostische methoden en eventueel operatieve behandeling herstel van de functie na te streven. Een ander stoelt op de opvatting dat conservatieve behandeling in een relatief groot aantal gevallen niet tot een volledig functioneel herstel zal leiden. In onze bijeenkomsten hebben wij de wetenschappelijke basis waarop deze opvatting is gegrond, nader geanalyseerd. Wij zijn daarbij tot de conclusie gekomen dat onvoldoende is aangetoond, dat in eerste instantie een minder terughoudend beleid gewenst is bij deze frequent voorkomende letsels.

Summary. The distorted ankle. With the increasing number of active sportsmen, the general practitioner is likely to be confronted with an increasing number of distorted ankles. „Aggressive” diagnosis and treatment is urged by many. The therapy plan at many hospitals aims at restoration of function by means of aggressive diagnostic methods and, if necessary, surgical treatment. This approach is based on the contention that conservative treatment fails to lead to complete restoration of function in a relatively large number of cases. At our meetings we analysed the scientific basis of this contention. We reached the conclusion that it has not been demonstrated with sufficient certainty that a less reticent policy is primarily indicated for these common lesions.

- Basur, R. L., E. Shephard and G. L. Mouzas. Cooling method in the treatment of ankle sprains. (1976) *Practitioner* **216**, 708-711.
- Bouillet, R. Signe clinique de l'entorse grave de la cheville: l'hématome immédiat. (1972) *Acta orthop. belg.* **38**, 621-629.
- Brooks, S. C., B. T. Potter and J. B. Rainey. Treatment for partial tears of the lateral ligament of the ankle: a prospective trial. (1981) *Brit. med. J.* **I**, 606-607.
- Brooks, S. C., B. T. Potter and J. B. Rainey. Inversion injuries of the ankle: clinical assessment and radiographic review. (1981) *Brit. med. J.* **I**, 607-608.
- Broström, L. Sprained ankles: 1. Anatomic lesions in recent sprains. (1964) *Acta chir. scand.* **128**, 483-495.
- Broström, L., S. O. Liljedahl and N. Lindvall. Sprained ankles: 2. Arthrographic diagnosis of recent ligament ruptures. (1965) *Acta chir. scand.* **129**, 485-499.
- Broström, L. Sprained ankles: 3. Clinical observations in recent ligament ruptures. (1965) *Acta chir. scand.* **130**, 560-569.
- Broström, L. Sprained ankles: 5. Treatment and prognosis in recent ligament ruptures. (1966) *Acta chir. scand.* **132**, 537-550.
- Broström, L. Sprained ankles: 6. Surgical treatment of „chronic” ligament ruptures. (1966) *Acta chir. scand.* **132**, 551-565.
- Chapchal, G. Distorsio pedis. (1959) *Ned. T. Geneesk.* **103**, 321-324.
- Duquenois, A., J. Decoux et J. C. Bouretz. Les lésions ligamentaires du cou-de-pied. (1972) *Acta orthop. belg.* **38**, 672-683.
- Ernst, G. C., G. P. H. Hermans en P. J. S. Boon. Sporthervatting na secundaire operatieve behandeling van instabiliteit van het enkelgewricht door middel van een gemodificeerde Watson-Jones plastiek. (1979) *Ned. T. Physiother.* **89**, 31-33.

- Freeman, M. A. R. Treatment of ruptures of the lateral ligament of the ankle. (1965) *J. Bone Jt Surg.* **47b**, 661-668.
- Freeman, M. A. R. Instability of the foot after injuries to the lateral ligament of the ankle. (1965) *J. Bone Jt Surg.* **47b**, 669-677.
- Freeman, M. A. R., M. R. E. Dean and I. W. F. Hanham. The etiology and prevention of functional instability of the foot. (1965) *J. Bone Jt Surg.* **47b**, 678-685.
- Goldberg, B. Department of inappropriate investigations. (1977) *Brit. med. J.* **II**, 1274-1275.
- Graswinckel, J. D. C. H. en J. Koning. Fibula- of enkelfractuur? (1978) *Ned. T. Geneesk.* **122**, 2010-2013.
- Hedges, J. R. and R. A. H. Anwar. Management of ankle sprains (1980) *Ann. Emerg. Med.* **9**, 298-302.
- Judet, J. et J. P. Padovani. Les entorses et les ruptures des ligaments latéraux de la cheville. (1972) *Acta orthop. belg.* tome **38**, 180-183.
- Lacey, G. J. de and S. Bradbrooke. Rationalising requests for X-ray examination of acute ankle injuries. (1979) *Brit. med. J.* **I**, 1597-1598.
- Prins, J. G. Diagnosis and treatment of injury to the lateral ligament of the ankle. (1978) *Acta chir. scand.* Suppl. 486.
- Rubin, G. and M. Witten. The talar-tilt ankle and the fibular collateral ligaments. (1960) *J. Bone Jt Surg.* **42a**, 311-326.
- Sanders, H. W. A. Diagnostiek van enkelbandletsels: betekenis van arthrografisch onderzoek. (1972) *Ned. T. Geneesk.* **116**, 1721-1726.
- Sanders, H. W. A. Betekenis van röntgenologische onderzoeksmethoden voor de diagnostiek van (laterale) enkelbandletsels. (1976) *Ned. T. Geneesk.* **120**, 2035-2038.
- Speeckaert, M. T. C. De behandeling van laterale enkelbandletsels. (1978) *Ned. T. Geneesk.* **122**, 1612-1618.
- Tonino, A. J. Treatment of partial ruptures of the lateral ligament of the ankle in acute ankle sprains. (1973) *Arch. chir. neerl.* 119-127.
- Watson-Jones, R. Fractures and joint injuries. Volume 2. Fifth ed. Ed. by J. N. Wilson. Churchill Livingstone, London, 1976.

Deelnemers aan deze Huisartsgeneeskundige conferenties zijn: J. F. Bakker, P. J. A. M. Baselier, W. J. M. Becking, W. J. H. M. van den Bosch, Dr. H. J. F. M. Crebolder, J. P. van Dam, C. J. Erdman, Prof. Dr. F. J. A. Huygen, Dr. W. J. J. Lichtenberg, E. H. van de Lisdonk, P. Mesker, J. L. M. Mesker-Nielsen, H. A. Nolet, J. W. van Ree, J. W. G. Schellekens, Dr. L. M. de Sonville, V. C. L. M. G. Thielens, Dr. H. G. M. van der Velden, J. M. T. Versteegen, Th. B. Voorn, J. T. N. Weijters, P. de Winter en R. G. Zwart, allen huisarts en verbonden aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut.