Huisarts en sportgeneeskunde

Het verslag van een huisartsgeneeskundige conferentie

F. J. A. HUYGEN, J. Th. C. BAKKER, J. Th. N. M. WEYTENS EN J. W. G. SCHELLEKENS

Per jaar worden in Nederland meer dan een half miljoen sportletsels voor medische behandeling aangeboden.[1-3] Bijna de helft hiervan wordt het eerst door de huisarts gezien; dat betekent per huisarts meer dan 40 nieuwe sportletsels per jaar. Ongeveer driekwart van deze letsels wordt door de huisarts zelfstandig behandeld. In dit verslag wordt ingegaan op de epidemiologie van sportletsels, de vereiste kennis en attitude van de huisarts en de waarde van diverse behandelingswijzen, met name de fysiotherapie.

Inleiding

Het voorstel om sportgeneeskunde als onderwerp voor een van onze huisartsgeneeskundige conferenties te nemen, stuitte aanvankelijk op grote weerstanden. Er bleek veel scepsis en ook een duidelijk irritatie over dit onderwerp te bestaan: scepsis over de pretenties van de 'sportgeneeskunde' en irritatie over de druk die wordt uitgeoefend door trainers, masseurs en sporters om weinig onderbouwde therapieën toe te passen, en over de praktijk om zich nodeloos buiten de huisarts om te laten behandelen, dikwijls via de eerste hulp van een ziekenhuis. Na een korte, rumoerige discussie werd het onderwerp van tafel geveegd.

Dat ging zo snel en met zoveel emoties, dat we hierover achteraf eigenlijk een kater hadden. Dit gold te meer omdat degene die het onderwerp had voorgesteld, zeer gerespecteerd werd om zijn deskundigheid als huisarts en om zijn kritische instelling. Bovendien kenden wij hem als een actief sportbeoefenaar: hij kwam vaak vanuit zijn afgelegen dorp op de fiets naar onze conferenties en deed veel aan hardlopen, zwemmen, zeezeilen en andere sporten.

De volgende bijeenkomst kwam het voorstel bij het behandelen van de notulen opnieuw ter sprake. Dit keer kwam de initiatiefnemer wat meer aan het woord dan zijn gewoonte was. Hij wees erop dat huisartsen soms bepaald te weinig weten van sportletsels, onvoldoende oog hebben voor het behoud van de conditie van de sporter en voor de preventie van recidieven, en vooral onvoldoende beseffen van hoe groot belang deze letsels voor de sporter zelf zijn.

Deze keer kreeg hij meer bijval en zo werd dit onderwerp in tweede instantie toch voor onze besprekingen geaccepteerd.

Epidemiologie

Per jaar worden in Nederland meer dan een half miljoen sportletsels voor medische behandeling aangeboden.[1-3] Bijna de helft hiervan wordt het eerst door de huisarts gezien. Dat betekent per huisarts meer dan 40 nieuwe sportletsels per jaar.

Ongeveer driekwart van deze letsels wordt door de huisarts zelfstandig behandeld. In 80 procent van de gevallen gaat het daarbij om de gevolgen van een ongeval, merendeels van enkel en knie. Het grootste risico hierop lopen beoefenaren van veldsporten in de leeftijdcategorie van 15-25 jaar. In 20 procent van de gevallen gaat het om letsels ten gevolge van surmenage, zoals een 'tennisellebooog' en 'shinsplint'. De surmenageletsels komen het meest voor bij 25-35-jarigen.

Per jaar melden ruim 200.000 patiënten met een sportletsel zich, al dan niet via een verwijzing door de huisarts, bij de eerste-hulppost van een ziekenhuis.[4] Veel sporters wenden zich voor de behandeling van hun blessure rechtstreeks tot paramedici.[5]

Al met al hebben we hier dus te maken met een zowel maatschappelijk als huisartsgeneeskundig relevant probleem van aanzienlijke omvang.

Preventie

Veel sportletsels blijken zich te herhalen. Het is daarom gewenst dat de huisarts systematisch aandacht besteedt aan de preventie van recidieven. Dat is van bijzonder belang bij surmenageletsels.

Surmenageletsels ontstaan veelal door steeds herhaalde bewegingen. Een op zichzelf geringe standafwijking (*malalignment*) kan bijvoorbeeld bij joggen toch vervelende gevolgen hebben. De oorzaak kan echter ook in andere omstandigheden liggen, zoals de conditie van het terrein, de aard van het schoeisel, of een te snel opgevoerde training. De belangrijkste factoren in de anamnese van hardlopers met blessures zijn: blessures in het verleden, het aantal gelopen kilometers per week en een competitieve instelling.[6] Het is dus van belang om niet alleen zorgvuldig na te gaan of er bijvoorbeeld een beenlengteverschil is - wat het ontstaan van de klacht kan hebben bevorderd - maar ook hoe de patiënt loopt, hoe lang, hoe vaak, waar, met wie, etc. Bij een tennisarm kunnen zaken als een verkeerde techniek, een te zwaar racket of een te hoge snaarspanning een rol spelen.

Pas na een goede analyse kunnen preventieve adviezen worden gegeven. Door zich zo nauwkeurig op de hoogte te stellen van de omstandigheden waaronder het letsel is ontstaan, zal de huisarts ook blijk geven van zijn interesse en daardoor het vertrouwen van de sporter kunnen winnen.

Samenwerking

Bij de behandeling van sportletsels doet de huisarts er goed aan samen te werken met deskundigen op dit gebied. Men kan daartoe bijvoorbeeld te rade gaan bij een van de 45 sportmedische adviescentra in Nederland.[7] Hieraan zijn fysiotherapeuten met veel ervaring op het gebied van sportletsels verbonden, terwijl de leiding berust bij een arts, meestal een sportarts. Door deze centra wordt slechts geadviseerd, niet behandeld.

Verscheidene deelnemers aan de conferentie hadden op het gebied van de diagnostiek van sportletsels een goede relatie opgebouwd met een fysiotherapeut. Hierdoor konden zij tot exactere diagnosen komen bij met name schouder-, elleboog-, knie- en onderbeenletsels door overbelasting of verkeerd gebruik.

Men kan ook een consultatie-relatie opbouwen met een in sport geïnteresseerde orthopeed. Verder is het belangrijk om tot goede afspraken te komen met de eerste-hulpposten van naburige ziekenhuizen om zo een beleid terug naar de eerste lijn op gang te brengen.[8]

Beleving

Voor veel mensen vormt het leveren van sportieve prestaties een compensa-

tie voor de frustraties van het dagelijks leven. Er is meer vrije tijd dan vroeger en sportfaciliteiten zijn binnen het financiële bereik van velen gekomen. Sport is daardoor voor tal van mensen een belangrijk element in hun leven geworden.

De huisarts moet zich dit realiseren. Hij moet begrijpen dat het uitgeschakeld zijn van sportbeoefening voor de betrokkenen een zeer ernstige zaak kan zijn, zoals moge blijken uit de volgende casuïstiek:

Mieke, 47 jaar, huisvrouw, is een enthousiaste tennisspeelster. Waardering, die ze weinig krijgt van haar man en haar twee kinderen, ontvangt ze wel op de tennisbaan. Ze wordt daar geprezen voor haar inzet en voor de prestaties die ze op haar leeftijd behaalt. Bovendien voelt ze zich tussen vrienden, ze is er eens uit en hoort nog eens wat.

Een tennisarm lijkt roet in het eten te gooien. Als ondanks rust, fysiotherapie en injecties de klachten blijven, wordt ze neerslachtig en prikkelbaar. Ze wordt veeleisend tegenover haar huisarts.

Tennis is zeer belangrijk in haar leven.

Henk, 21 jaar, fabrieksarbeider, is een verwoed voetballer in een elftal dat regionaal hoog staat genoteerd. De waardering van zijn omgeving voor zijn sportprestaties is vele malen groter dan die voor zijn werk in de fabriek. Tijdens een wedstrijd loopt hij een knieblessure op. Dit ongeval brengt veel teleurstelling en onzekerheid met zich mee, bij Henk zelf, maar ook bij zijn omgeving, vooral als het herstel op zich laat wachten. 'Kom ik nog ooit aan het voetballen?', 'Hoe lang zal het nog duren?'. 'Kom ik nog ooit terug in mijn elftal?'

Zijn sportbeoefening bepaalt voor een groot gedeelte zijn identiteit.

Voeding

Sporters hebben herhaaldelijk te kampen met een tijdelijke inzinking. Dat kan betekenen dat zij gepasseerd worden bij een selectie voor wedstrijden. De frustratie die dit tot gevolg heeft, leidt soms tot het zoeken naar 'wondermiddelen', zoals speciale diëten, extra vitamines en anabole steroïden. De huisarts zal in dezen adequate voorlichting moeten kunnen geven.

Uit het nuchtere 'caput selectum' van de arts-onderzoeker Harm Kuipers, enige jaren geleden zelf een topsporter, blijkt dat een evenwichtige voeding wel van belang is, maar dat specifieke voedingsmiddelen als megadoses vitaminen of andere stoffen geen prestatie-verbeterend effect hebben.[9] Als de lichamelijke activiteit sterk toeneemt, groeit uiteraard ook de energiebehoefte. Koolhydraten zijn belangrijk als energiebron. De laatste (lichte) maaltijd dient enkele uren vóór de aanvang van een wedstrijd te worden genuttigd. Consumptie van koolhydraten tijdens grote inspanning kan nuttig zijn. Er is geen rationele basis voor een extreem hoog gebruik van eiwit of aminozuren.

Regelmatig drinken is vooral tijdens langdurige inspanning van belang. Aanvullen van waterverlies door zweten is belangrijker dan elektrolytentoevoer, aangezien zweet hypotoon is. Bij langdurig zweten kan een weinig keukenzout aan het drinken worden toegevoegd.

Van anabole steroïden en andere gangbare dopingmiddelen in de gebruikelijke medische dosering is geen noemenswaardige prestatieverhogende werking aangetoond.[10]

Enige specifieke sportletsels

Bij de acute blessures van knie en enkel bieden naar onze mening de medisch-technische protocollen van het NUHI voldoende houvast voor verantwoord huisartsgeneeskundig handelen. Een van de uitgangspunten hierbij is het gericht en systematisch handelen: via logisch op elkaar volgende stappen wordt het aantal hypothesen gereduceerd. Een ander uitgangspunt is dat zowel te veel als te weinig handelen van de huisarts de patiënt kan schaden.[11] Bij een mogelijke meniscuslaesie is het bijvoorbeeld een taak van de huisarts niet alleen de voordelen, maar ook de mogelijke nadelen van verder onderzoek en eventueel operatief ingrijpen met de patiënt te bespreken.

Uiteraard dient de huisarts de ontwikkelingen op dit gebied te kennen, zoals de mogelijkheden van artroscopie en van operatief ingrijpen via deze methode. Verscheuring van de voorste kruisband komt veel vaker voor dan vroeger werd gedacht, en heeft instabiliteit van de knie en latere meniscuslaesies tot gevolg. Een acute hemartrose van de knie berust meestal op deze verscheuring. Opwekken van het schuiflade-fenomeen, waarmee men een kruisbandlaesie later het best kan vaststellen, moet worden uitgevoerd bij een flexie van de knie van 25-30° (en dus niet van 90°). Bij 20° flexie kan men de tibia gemakkelijk wat naar voren luxeren; dan blijkt de plotseling optredende zijdelingse instabiliteit van het kniegewricht, waarover de sporter met een vroegere kruisbandlaesie klaagt.[12]

Bij een inversie-trauma van de enkel is niet steeds een röntgenfoto nodig. Dit is wel het geval wanneer het onmogelijk is op deze voet te staan, bij circumscripte drukpijn op de malleolus lateralis en bij een hematoom op die plaats. Ook wanneer, ondanks adequate therapie, de symptomen na een week niet duidelijk zijn verminderd, moet röntgendiagnostiek plaatsvinden.

Wat de behandeling van de enkeldistorsie betreft, verwijzen wij verder naar onze eerdere conferentie over dit onderwerp en naar twee recente artikelen in het N*ederlandse Tijdschrift voor Geneeskunde*.[13-15]

Wij stonden wat langer stil bij surmenageletsels van het onderbeen, omdat deze veel voorkomen, nu ruim 10 procent van Nederlanders af en toe trimt.[16] De meest gestelde diagnosen hierbij zijn:
- het knieschijfpijn-syndroom (drukpijn op of rondom de onderpool van de knieschijf);[17]
- het tractus-ileo-tibialis-syndroom (pijn aan de buitenkant van de knie);
- het tibialis-stress-syndroom ('shinsplint');
- de achillespeesontsteking.

Ontlasting is hierbij de voornaamste therapeutische maatregel. Daarnaast is het belangrijk dat de algemene conditie behouden blijft door oefeningen waarbij de knie en het onderbeen worden ontzien. Isometrische quadriceps-oefeningen kunnen geen kwaad en dienen sterk te worden aanbevolen.

De huisarts moet zich realiseren dat pas van genezing kan worden gesproken, als de sporter weer kan voldoen aan de specifieke eisen van zijn sport. Dit ligt anders bij de simpele ongevallen van niet-sporters die de huisarts te behandelen krijgt; daar kan men meestal weer kalm en geleidelijk met zijn normale bezigheden beginnen. De echte sporter kan pas genezen worden verklaard wanneer een maximale belasting weer mogelijk is. Dat kost tijd en geduld en systematisch gedoseerde oefeningen. Vaak ontstaat daarbij een spanning tussen het voorzichtig opbouwen tijdens de herstelperiode en de verlangens van sporter of club. De huisarts kan daardoor onder sterke druk komen te staan.

Fysiotherapie

Bij de aanvang van de conferentie bestond er sterke twijfel aan de mate waarin het genezingsproces kan worden ver-

sneld door fysiotherapeutische maatregelen. Daarom hebben wij een literatuurstudie ondernomen: een computeruitdraai via Medline leverde 55 artikelen op en daarnaast werden de laatste jaargangen van het tijdschrift *Sport en Geneeskunde* doorgenomen.

Alle opgespoorde artikelen werden kritisch gelezen en beoordeeld. Daarbij moest, in overeenstemming met Winkel,[16] worden vastgesteld dat vrijwel alle artikelen onder de maat bleven. Een uitzondering was het verslag van een Engels onderzoek, waarin de waarde van *ultrashall* bij langer dan een maand bestaande epicondylitis werd aangetoond.[18] Een ander voorbeeld van goed onderzoek was het bekende Maastrichtse enkeldistorsie-project, waarin de voordelen van een behandeling met bandage boven operatie en gipsverband werden aangetoond.[19]

Over het geheel genomen moeten wij echter concluderen dat er nog veel onderzoek over simpele zaken moet gebeuren. In dit verband zouden wij bijvoorbeeld geïnteresseerd zijn in een goed opgezette prospectieve vergelijking van de Maastrichtse Coumansbandage met het gangbare huisartsen-advies van zwachtelen, enige dagen rust en op geleide van de pijn langzaam zelf proberen wat men kan. Daarnaast zijn wij van mening dat terughoudendheid bij het verwijzen van mensen met sportletsels naar fysiotherapeuten op zijn plaats is, zolang de winst door deze behandelwijze nog zo onzeker is.

Beschouwing

De Nederlandse huisartsen krijgen tezamen een zeer groot aantal sportletsels te behandelen. Van de surmenageletsels zien zij het merendeel, terwijl de acute sportletsels meestal direct bij de eerste hulp van een ziekenhuis terechtkomen. Veel van deze letsels zou de huisarts echter minstens even goed kunnen behandelen.

De waarde van de meeste gangbare behandelingen berust niet op methodologisch verantwoord onderzoek. Dergelijk onderzoek zou veel meer moeten plaatsvinden, met name naar de effecten van fysische therapie. Wij willen de inspanningen en goede bedoelingen van fysiotherapeuten niet bagatelliseren, maar enige bescheidenheid ten aanzien van de daarmee behaalde resultaten is niettemin op zijn plaats. In veel gevallen moet de zegswijze van de kleren van de keizer hierop van toepassing worden geacht.

Wij willen ervoor pleiten dat primair de huisarts de sporttraumata van zijn patiënten behandelt. Hij kent hun geschiedenis, hij kan rekening houden met de belevingsaspecten en hij kan helpen de kans op recidieven te verminderen.

Voorwaarde is wél dat de bereikbaarheid van de huisarts voor ongevallen verbetert, met name in de weekeinden, waarin nu eenmaal de meeste sport wordt beoefend. Verder verdient de kennis en kunde van de huisarts op dit gebied aanpassing. Wij menen dat hier een duidelijke taak ligt bij de beroepsopleiding van huisartsen. Ook in het Basistakenpakket van de huisarts zou naar onze mening expliciete aandacht besteed moeten worden aan de sportgeneeskunde als onderdeel van de huisartsgeneeskunde.

Besluit

Achteraf gezien menen wij dat degene die voorstelde ons over sportletsels te beraden, daarmee groot gelijk had. Hij nam ook op zich het verslag over deze conferenties te schrijven. Een snel dodelijke ziekte belette hem dit verslag te voltooien. Op zijn sterfbed verzocht hij ons dit voor hem te doen. Wij zien deze publikatie dan ook als een late hommage aan ons HGH-lid Hans Bakker, huisarts te Haps.

1 Inklaar H. Sportletsels in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1986; 29: 265-8.
2 Inklaar H, e.a. De epidemiologie van sportletsels in de huisartspraktijk. Onderzoeksverslag. Zeist: Nationaal Instituut voor de Sportgezondheidszorg, 1985.
3 Luidinga F, Rogmans WHJ. Epidemiologie van acute sportletsels. Ned Tijdschr Geneeskd 1985; 37: 1283-8.
4 Van Rens ThG. Sport en gezondheid. Orthopaedische aspecten. Med Contact 1982; 37: 1283-8.
5 Anoniem. Aard en omvang van sportongevallen en sportblessures. Rijswijk: Ministerie WVC, 1985.
6 Van Mechelen W. Epidemiologisch onderzoek van hardloopblessures [Referaat]. Ned Tijdschr Geneeskd 1987; 131: 1451.
7 Brok AG, De Ruiter AF, Dudega R. Het sportmedisch adviescentrum. Med Contact 1984; 39: 509.
8 Krishnadat JR. Eerste hulp bij acute ongevallen. Med Contact 1985; 40: 495-7.
9 Kuipers H. Voeding en sport. Ned Tijdschr Geneeskd 1988; 132: 434-7.
10 Van Wimersma Greidanus ThB. Doping. Geneesmiddelenbulletin 1985; 19: 39-46.
11 Grol R, Mesker P. Huisarts en toetsing. 2e dr. Utrecht: Bunge; 1986.
12 Zarius B, Adams M. Knee injuries in sports. N Engl J Med 1988; 318: 950-6.
13 Van den Bosch W. De enkeldistorsie. Huisarts Wet 1981; 24: 234-8.
14 Van Linge B. De verstuikte enkel. Ned Tijdschr Geneeskd 1988; 132: 660-2.
15 Brink PRG, Runne WC, Wever J. De functionele behandeling van rupturen van de laterale enkelband. Ned Tijdschr Geneeskd 1988; 132: 672-6.
16 Winkel D. Weke delen aandoeningen van het bewegingsapparaat. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1984.
17 Maussen JPGM. De 'jumper's knee'; een goed te behandelen sportletsels. Ned Tijdschr Geneeskd 1988; 132: 203-5.
18 Binder A, Hodge G, Greenwood AM, et al. Is therapeutic ultrasound effective in treating soft tissue lesions? Br Med J 1985; 290: 512.
19 Van Moppes F, Van de Hoogenband C. Diagnostic and therapeutic aspects of inversion trauma of the ankle joints [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1982.