

## STUDIEDAG WVV

Datum: 15 oktober 2011

Beste Collega's,

Naar aanleiding van enkele karakteristieke gevallen wil ik hier de problemen van de verzekeringsarts bij Sudeck illustreren. Om redenen van bondigheid zal ik steeds de term Sudeck gebruiken

Verzekeringsartsen hebben soms een kwalijke reputatie, doch daarbij vergeet men dat vaak de verzekeringsmaatschappij en de patiënt gelijklopende belangen hebben: dat de patiënt zo goed mogelijk en zo snel mogelijk zou genezen.

Wel is het zo dat de verzekeringsarts tot taak heeft na te gaan in hoeverre de eis van de patiënt naar de verzekering toe gerechtvaardigd is – en het feit alleen dat dit onderzocht wordt, ervaren vele patiënten reeds als een soort onrecht. Ook moet ik erop wijzen dat een raadsarts aan de verzekering altijd enkel een advies geeft, advies dat deze verzekering volgt of niet, maar in zijn advies moet de verzekeringsarts alle relevante elementen voor het beoordelen van de tenlasteneming door de verzekeringsmaatschappij correct verzamelen en naar voor brengen.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

In een eerste casus wil ik twee elementen naar voor brengen: het belang van correcte verklaringen en het feit dat iemand die eenmaal een Sudeck heeft meegemaakt er vermoedelijk een bijzondere gevoeligheid voor bezit.

Het gaat om een jonge dame, verpleegster van beroep, geboren in 1985 en gelukkig bezitster van een verzekering tegen privé ongevallen.

Begin maart 2010 loopt ze bij een thuisongeval een contusie van de rechter pols op, zonder onmiddellijk belangrijke gevolgen. Na een tiental dagen krijgt ze pijn in deze rechter pols en een krachtvermindering in het lidmaat.

Ze werkt evenwel een tweetal weken voort, doch consulteerde dan een handspecialist die arbeidsongeschiktheid voorschreef en een ortese die twee maand vast bleef. Patiënte ontwikkelde een gevoel van koude en pijn in de vingers en de arts stelde de diagnose van Sudeck, wat hij behandelde met Hydergine. Desondanks breidde de Sudeck zich uit. Eind 2010 – dat is dus acht maand later – wordt een inknelling van plexus brachialis vastgesteld, wat leidde tot een vrijmaken op 17.1.2011. Er was een tijdelijke verbetering, doch nadien traden weer symptomen van Sudeck op en bij mijn onderzoek van 30 mei 2011 bestond een belangrijke functionele impotentie van de rechter hand. Er was een koude en cyanotische rechter hand, twee graden kouder dan links ter hoogte van de duimen, en een duidelijke en objectieve vermindering van de grijpkracht rechts, niet zozeer van de perimetrie, behalve dan wat betreft de spanwijdte.

We hebben hier het klassieke verhaal van een relatief banaal letsel behandeld met langdurige immobilisatie.

Blijkt echter dat het inlichtingenformulier dat Mevrouw had ingevuld bij het afsluiten van de verzekering strikt blanco was. Maar bij mijn anamnese vertelde mevrouw – overigens spontaan – een eerste episode van Sudeck op de leeftijd van 15 jaar, na een knieletsel dat ook reeds leidde tot een erg intensieve immobilisatie in een ziekenhuis. Ik vermoed dat Mevrouw blindelings een stuk heeft ondertekend dat door een makelaar was ingevuld, en heb dit aan de maatschappij gemeld. Ik ontving geen nieuwe opdracht meer en waarschijnlijk werd de zaak geweigerd.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Een **volgende casus** betreft een meisje van 13 jaar, dat op 28 februari 2008 in een verkeersongeval een fractuur van de linker tibiale malleolus oploopt. Er gebeurt een schroefosteosynthese en gips wordt aangelegd. Bij mijn eerste onderzoek van 19 mei 2008, meer dan elf weken na het ongeval, draagt ze nog steeds een ruime gipslaars. Een zinvol klinisch onderzoek is niet mogelijk.

Op 28 mei was het gips verwijderd – drie maand na het ongeval. Steunen is slechts gedeeltelijk mogelijk; kiné wordt voorgeschreven. Het meisje kan alleen met twee krukken gaan en heeft een brandende pijn ter hoogte van de linker enkel. Ze draagt nog een steunspalk die met velcrobanden dicht houdt. Tot het eind van het schooljaar zal ze per taxi naar school gaan. Ik zie ze terug op 24 september; ze gaat dan naar school met het openbaar vervoer, maar gebruikt nog een kruk om de pijn bij het steunen te verlichten. Ze heeft ook nog een elastisch enkelverband. Er is er calcium en vitamine D voorgeschreven voor Sudeck, evenals kinesitherapie. Bij mijn onderzoek is de linker enkel drie graden warmer dan de rechter, de kleur is symmetrisch.

Op 11 maart 2009 toont scintigrafie nog een rest van Sudeckreactie; bij klinisch onderzoek blijft de linker enkel pijnlijk verstijfd. De gang is gestoord. Het osteosynthesemateriaal was op 15 december 2008 weggenomen.

Op 3 april 2009 blijft er een duidelijke warmte, pijn en functio laesa in de linker enkel; een verdere technische exploratie wordt voorzien, doch eerst een veertiental dagen later

Ze kreeg dan 1 injectie met 100 mg calcitonine op 3 april, gevolgd door nausea en braken; er werd dan calcitonine aan 50 mg voorgesteld, doch deze behandeling was nog niet aangevat bij een volgend consult op 27 mei 2009. Wel nam het meisje calcium en vitamine D. Ze kreeg ook nog kinesitherapie, voornamelijk massages. De beweeglijkheid van de enkel was ietwat verbeterd, er was geen belangrijk temperatuurverschil meer tussen beide enkels.

Wanneer ik ze terugzie op 2 september 2009 is ze net het vierde leerjaar middelbaar onderwijs begonnen. Zwelling, pijn en functio laesa ter hoogte van de linker enkel waren verergerd tijdens een vakantie in Marokko.

Bij een volgende controle op 31 maart 2010 draagt ze nog steeds een enkelband en ook hoge schoenen. De linker enkel blijft gezwollen, met bewegingsbeperking vooral in extensie. Ik vermoed dat de situatie kan geconsolideerd worden. Evenwel was intussen reeds een

rechtszaak ingespannen. De gerechtelijke expertise werd afgesloten met 15% invaliditeit en 10% arbeidsongeschiktheid.

En werden nooit psychische problemen gemeld, de schoolresultaten bleven steeds goed en het onderzoek verliep steeds in goede verstandhouding.

Langdurige immobilisatie, in de hand gewerkt door het feit dat de specialisten van het ziekenhuis waarin het meisje werd verzorgd regelmatig afspraken verschoven, is hier vermoedelijk één van de oorzaken van de Sudeckcomplicatie.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Een **volgend geval** heeft aanleiding gegeven tot vier expertises, met uiteenlopend resultaat. Het gaat om een arbeider, geboren in april 1962, slachtoffer van een weg/werkongeval op 29 maart 1994, op de leeftijd van 32 jaar dus. De patiënt bestuurde zijn wagen en botste frontaal op een andere. Hij werd goed bewust naar een ziekenhuis overgebracht, waar men een kneuzing van de lumbale en de cervicale wervelzuil vaststelde en lichte hoofdpijn, zonder posttraumatische afwijkingen op radiografie van de gehele wervelzuil. Er worden geen klachten ter hoogte van de onderste ledematen genoteerd.

De patiënt wordt verder verzorgd voor hoofdpijn en lage rugpijn met uitstraling in het rechterbeen; een elektromyografie eind mei toont alleen wat zenuwprickeling S1 rechts, CT-scan is negatief.

De klachten blijven; aan de objectiviteit wordt getwijfeld. Toch meent de behandelend orthopedist op 7 juni 1994 dat werkhervatting onmogelijk is.

Op 23 augustus 1994, vijf maand na het ongeval, zijn er dan voor het eerst klachten mediaal van de linker knie, klachten welke oorspronkelijk als flebitis worden geduid. Ondanks kiné en een lumbostaat komt er geen beterschap. In december 1994 vermoedt men dan in een universitair ziekenhuis een Sudeck van de linker knie die als posttraumatisch geduid wordt. In februari 1995 is een botscan positief ter hoogte van de linker knie, en wordt warmte vastgesteld. Men begint in de pijnkliniek aan een specifieke Sudecktherapie.

Hier is geen sprake van vroegere neiging tot algodystrofie. Op 15-jarige leeftijd was er een rechter dijbeenfractuur met osteosynthese behandeld en het materiaal werd een jaar later verwijderd zonder bijzondere complicaties.

Een eerste gerechtelijke expertise in arbeidsongevallenrecht stelt dat er geen duidelijke causaliteit bestaat tussen het ongeval en de Sudeck: consolidatie wordt voorgesteld op 16 november 1994 met een blijvende ongeschiktheid van 4%. Dit besluit wordt door de arbeidsrechtbank overgenomen.

Een minnelijke medische expertise in gemeen recht wordt door de derde deskundige beslecht zonder blijvende invaliditeit of ongeschiktheid, op een consolidatiedatum van 1 januari 1995.

Beroep wordt aangetekend tegen de beslissing van de arbeidsrechtbank in eerste aanleg, en het arbeidshof stelt een college van deskundigen aan onder voorzitterschap van een hoogleraar uit dezelfde universiteit die de diagnose Sudeck had gesteld. Na uitvoerig onderzoek en uitgebreide literatuurstudie besluit men dat noch het tijdsverloop, noch het gebrek aan samenvallen van de Sudecksymptomatie met de oorspronkelijke letselplaatsen

een oorzakelijk verband kan laten verwerpen, en men besluit tot een invaliditeit van 70% en arbeidsongeschiktheid van 75% bij consolidatie op 5 oktober 1998, na vier en een half jaar volledige arbeidsongeschiktheid.

In gemeenrecht wordt de minnelijke expertise vernietigd en een gerechtelijke expertise bevolen, rekening houdend met het verslag van het college van deskundigen in arbeidsongevallenrecht. Er volgen zes expertizezittingen waarbij heen en weer meerdere consulenten worden aangesteld en ook een uitgebreide literatuuroorlog wordt gevoerd.

Op de eerste expertizezitting op 29 juni 2004 – tien jaar na het ongeval – verschijnt de patiënt nog in een rolstoel, met een pijnlijke ankylose van zowel de linker knie als de rechter enkel.

Twee jaar later – bij het besluiten van deze expertise – kan hij weer gaan en autorijden en heeft zelfs tijdelijk aangepast werk gevonden. De laatste consulent meent dat verbetering, met name ter hoogte van de rechter enkel mogelijk is. De zaak wordt afgesloten met een blijvende invaliditeit van 30%, en arbeidsongeschiktheid van 35% op een consolidatiedatum van 17 juli 2006, na een klassieke degressieve. Het expertizeverslag wordt neergelegd op 18 september 2006 en sedertdien ben ik niet meer op de hoogte van de verdere evolutie, al heb ik horen waaien dat de verzekeraar gemeen recht zou overwegen nog beroep aan te tekenen.

Bijzonder is hier het gebrek aan zowel tijdelijk als plaatselijk verband van de ingeroepen Sudeck met de oorspronkelijke letsels, en ook het feit dat we te maken hebben met een man – waar in mijn ervaring Sudeck eerder bij vrouwen voorkomt.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

**Een volgend en ietwat mysterieus geval** betreft een 29-jarige verpleegster die in een rusthuis werkt. Op 6 september 2005 krijgt ze een tetanosvaccin in de linker deltoïdspier, tijdens een arbeidsgeneeskundig onderzoek. Het letsel dat hieruit volgt moet wettelijk beschouwd worden als een arbeidsongeval.

's Anderendaags kon ze de linker arm niet heffen, en werd een zwelling vastgesteld; ze consulteert haar huisarts die Brufen voorschrijft. Op maandag, 12 september, een kleine week na de inspuiting, was de linker hand koud en blauw en werd door de huisarts Miacalcic voorgeschreven. Daarmee verbeterde de cyanose en de koude gedurende een week. Tevens worden gevoelsstoornissen in het gebied van nervus medianus en ulnaris gemeld; een EMG op 16 september, tien dagen na het ongeval, was normaal. Een scintigrafie op 21 september 2005, twee weken na het ongeval, toont geen aanwijzingen voor Sudeck. De verdere evolutie wordt gekenmerkt door het negatief blijven van zowel elektromyografie als scintigrafie, maar er blijft koude bestaan ter hoogte van het linker bovenste lidmaat, met een gemeten verschil van 2 à 4°. Een paar keer wordt werkhervatting halftijds geprobeerd, wat telkens na drie dagen moet worden onderbroken. Twee jaar na het ongeval, op 20 september 2007, consolideer ik op een toestand van blauwverkleuring, koude en verminderde grijpkracht links, met een blijvende ongeschiktheid van 30%; nadien wordt de zaak mij uit handen genomen door de arbeidsongevallenverzekeraar. Specialistische adviezen waren steeds contradictorisch: wie zich baseert op de kliniek beweert dat het gaat om een Sudeck, wie voornamelijk naar het technisch onderzoek kijkt, zegt dat het niet gaat om een Sudeck. Het

causaal verband tussen de pathologie – welke naam men haar ook wil geven – en de insputing is evenwel nooit betwist .

In deze zaak was nooit sprake van enige immobilisatie.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Een **volgende** zaak betreft een jongedame van 19 jaar oud. Op 3 april 2009 dreigt ze in de schoenwinkel waar ze werkt van een trapje te vallen en grijpt zich met de linkerhand vast aan de bovenste plank van het rek waar ze voorstond. Ze voelde daarbij een kraken in de linkerpols Een radiografie, de avond zelf, toont geen beenderig letsel. De oorspronkelijke behandeling bestond uit een gel en verband, doch 's anderendaags kreeg Mevrouw een spalk voorgeschreven, waarvan ze nooit meer zou willen scheiden. De spalk liep van de middenhand tot halfweg de voorarm.

Op 10 april, 5 dagen na het ongeval, hervat mevrouw, doch onderbreekt het werk opnieuw na een tiental dagen.

Een scintigrafie op 16 april 2007, elf dagen na het ongeval, is binnen normale grenzen. Op 7 juni 2007, twee maand na het ongeval, toont scintigrafie een hyperactiviteit rond polsen en handwortels, duidelijker links dan rechts, maar men besluit dat er geen argumenten voor Sudeck zijn.

De behandelend arts vreest dan toch voor Sudeck en vraagt een advies aan een handchirurg, die een tweede scintigrafie vraagt; ook deze zou niet voor Sudeck hebben gepleit. Hij schrijft dan kiné voor.

Ik zie haar op 16 juli 2007, drie maand en een half na het ongeval. Bij mijn onderzoek bestaat lividiteit van de linker hand, met duidelijke hyperhydrose. Onder de spalk is de huid duidelijk ontkleurd. De linker pols en voorarm zijn een graad warmer links dan rechts; ter hoogte van de hand is er nauwelijks enig verschil. EMG zou een carpaal tunnelsyndroom hebben gesuggereerd en ik vraag een radiologische en echografische controle. Tevens vraag ik de huisarts voor alle zekerheid een behandeling tegen algodystrofie in te stellen. Radiografie en echografie zijn negatief begin augustus 2007. Op dat ogenblik krijgt Mevrouw calcitonine nasaal, warme en koude wisselbaden, en grijpoefeningen met de vingers met een schuimrubberen balletje. Er blijft evenwel een belangrijke bewegingsbeperking in de pols. Temperatuurverschillen begin augustus 2007 zijn minimaal. Ik vraag een advies aan een handchirurg, die besluit tot een hysterische conversie. Ik vraag dan een psychiatrisch advies, waarbij men mij persoonlijkheidsstoornissen meldt doch geen afwijkingen in verband met het ongeval. Intussen hadden ongeveer alle artsen gezegd dat Mevrouw de pols moest mobiliseren en ophouden die vast te zetten door middel van de spalk waarvan ze zich dag en nacht bediende.

Er bleef een duidelijke situatie van atrofie en verstijving van de pols, en deze kan tenslotte alleen nog toegeschreven worden aan het voortdurend blijven dragen van een spalk, tegen de verschillende adviezen in. Ik besluit dan ook te consolideren zonder arbeidsongeschiktheid ten gevolge van het ongeval, op 1 december 2008.

Er volgt natuurlijk een gerechtelijke expertise, die nog steeds loopt. Bij een onderzoek onder hypnose bestond er een perfecte beweeglijkheid van de pols, en de handchirurg formuleerde opnieuw de hypothese hysterie. Een psychiater geconsulteerd in het kader van de gerechtelijke expertise concludeert op zijn beurt tot afwezigheid van psychische stoornissen in verband met het ongeval. Een zeer uitvoerig neurologisch onderzoek is strict normaal, met inbegrip van een volledig elektrofysiologisch onderzoek – maar toont wel een linker pols die 2 graden warmer is dan de rechter. De neuroloog suggereert nu een thoracic outletsyndroom... wat nog steeds niet is onderzocht.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Een **laatste geval** betreft een 28 jarige verzorgende in een rusthuis, die op 5 september 2003 bij het werk een kneuzing van de rechterpols opliep, met zwelling en hematoom. Ze werkt nog negen dagen verder, maar gebruikt een spalk ter immobilisatie; die was haar twee jaar tevoren voorgeschreven wegens tendinitis. Op 14 september bemerkte zij een duiveneigrote zwelling dorsaal over de pols, gaat naar een spoedopname en krijgt een gipsgoot voorgeschreven. Op 18 september worden radiografieën geschoten van wervelzuil, schouders en bekken, doch niet van de pols. Een elektromyografie op 6 november 2003 wijst op een carpal tunnelsyndroom, en die dag wordt een infiltratie gegeven. Een scintigrafie van 25 september suggereert een Sudeck, en dit zal opnieuw het geval zijn op 1 maart 2004. Wanneer ik haar zie op 14 november 2003 is een immobiliserend verband vastgekleefd; daarboven voelt de voorarm koud aan; Mevrouw volgt kinesitherapie, al is niet duidelijk wat daar gebeurt. Ze krijgt pijnstillers en Myolastan, doch geen specifieke behandeling tegen Sudeck. Een geconsulteerd orthopedist denkt - eind november - zoals ik aan Sudeck, en laat beeldvormend onderzoek uitvoeren waarbij een radiocarpale kyste wordt gevonden. Een elektromyografie is nu negatief.

Dezelfde behandeling wordt verdergezet, en in maart 2004 zijn alle technische onderzoeken negatief, onder meer scintigrafie en elektromyografie. Er bestaat evenwel een volledige functio laesa van het rechter bovenste lidmaat. Ik denk aan een hysterische conversie, wat door een psychiater wordt bevestigd; vanaf dat ogenblik domineert de psychiatrie het beeld. Mevrouw zal haar rechter arm en hand nooit meer gebruiken; de hele rechter lichaamshelft wordt pijnlijk gemeld. Er volgen verschillende psychiatrische verslagen, onder meer van een opname die Mevrouw vroegtijdig zal afbreken, maar waaruit we vernemen dat er belangrijke traumata in de jeugd en kinderjaren moeten zijn geweest. Mevrouw weigert evenwel daarover meer uitleg te geven of psychiatrische hulp te zoeken. Ik consolideer op 31 augustus 2006 met 40 procent blijvende ongeschiktheid wegens een objectieve functio laesa van het rechter bovenste lidmaat. De arbeidsrechtbank zal expertise bevelen, en de psychiater die daarin geconsulteerd wordt, erkent een belangrijke persoonlijkheidsstoornis, die teruggaat tot de traumata in de kinderjaren, en een belangrijke depressie, die hij evenwel wijt aan gezinsproblemen, zodat de psychische problematiek niet aan het arbeidsongeval wordt toegeschreven. De gerechtsdeskundige zal dan besluiten tot 50% blijvende ongeschiktheid.

## **Besluit.**

In deze gevallen zagen we uiteenlopende voorbeelden van de problemen waarmee een verzekeringsarts geconfronteerd wordt bij Sudeck of veronderstelde Sudeck. In de eerste plaats ziet hij de patiënt vaak laattijdig, al gebeurt het dat hij voor het eerst aan de diagnose Sudeck denkt. Hij kan op dat ogenblik ten hoogste aan de behandelende arts vragen niet te dralen met behandeling. Kliniek en technisch onderzoek zijn vaak contradictorisch. Het syndroom is dan ook niet echt duidelijk afgelijnd.

De verzekeringsarts moet oog hebben voor de specifieke juridische situatie, zoals bij privé-verzekeringen de inlichtingen door de patiënt aan de verzekering verschaft, en bij arbeidsongevallen de omgekeerde bewijslast. Het wordt haast een onmogelijk bewijs wanneer men aanvaardt dat noch het lange tijdsverloop tussen het ongeval en het optreden van symptomen, noch het optreden van een Sudeck op afstand van de oorspronkelijke letsels een oorzakelijk verband kan doen uitsluiten. Verder moet hij oog hebben voor mogelijke psychische problemen, die lang niet altijd evident zijn en soms nooit helemaal worden uitgeklaard. Hij moet tevens aandacht schenken aan de plicht tot schadebeperking die op de patiënten rust, met name in geval van Sudeck het weigeren van behandeling door mobilisatie ook al wordt dit unaniem voorgesteld. Een rustige anamnese is belangrijk om antecedenten van Sudeck te vernemen en anderzijds een goede sfeer te bewaren, wat kan bijdragen tot het uitblijven van psychische problemen.