

Abnormaal sterke pijnreactie op een letsel of operatie aan been of arm

Posttraumatische dystrofie (PD)

Informatie
voor patiënten

Uw behandelend arts heeft u voor uw pijnklachten na een letsel of een operatie aan arm of been naar de poli heelkunde van CWZ verwezen. Deze folder geeft u informatie over wat de chirurg in CWZ met u bespreekt, zodat u zich kunt voorbereiden op het gesprek of na het gesprek alles nog eens rustig kunt nalezen. Ook zijn de gebruikelijke behandelingsmogelijkheden voor u op een rij gezet.

Wat is een posttraumatische dystrofie?

Posttraumatische dystrofie (PD) - ook 'complex regionaal pijnsyndroom 1' (CRPS-I) genoemd - is een aandoening die op kan treden na een letsel of een operatie aan een arm of been. Bij deze aandoening kunnen alle weefsels betrokken raken en het lijkt op een abnormaal sterke reactie van het lichaam op een letsel of operatie. Hoe posttraumatische dystrofie ontstaat is nog niet goed bekend. In Nederland krijgen ca. 8000 mensen per jaar verschijnselen die wijzen op een posttraumatische dystrofie. Meestal begint het met snel optredende pijn, die op den duur lang kan aanhouden (chronisch wordt). Opvallend is dat de pijn niet overeenkomt met de ernst van het letsel.

De verschijnselen van posttraumatische dystrofie:

1. Onverklaarbare veelal brandende pijn en in een gebied groter dan het oorspronkelijk letsel
2. Verschil in huidskleur (rood of blauw)
3. Verspreid over een groot gebied vochtophoping onder de huid (oedeem), zwelling
4. Verschil in huidtemperatuur met de andere ledemaat
5. Actieve bewegingsbeperking bijvoorbeeld door pijn en stijfheid
6. Veranderd gevoel in een deel van de aangedane ledemaat
7. Toename van pijn bij belasten
8. De verschijnselen ontstaan of verergeren na inspanning
9. De verschijnselen zijn aanwezig in een gebied groter dan het gebied van het eerste letsel of operatie, en in ieder geval in het gebied distaal (richting vingers of tenen) van het eerste letsel.

Andere mogelijke verschijnselen

- Overmatige zweetafscheiding: het ledemaat kan kletsnat worden. Of juist een verminderde zweetafscheiding. Veranderde nagel- en haargroei: op het ledemaat kunnen lange haren gaan groeien en de nagels groeien snel.
- Het gevoel in het aangedane gebied kan veranderd zijn. Soms is het gevoel duidelijk verminderd. Er kan ook een grote gevoeligheid voor pijnprikkels ontstaan. Behalve dat men de pijn 'van binnen' voelt kan er ook zogenaamde aanrakingspijn aanwezig zijn. Gevoeligheid van de huid, hoe licht ook, bijvoorbeeld met een veertje of wattenbolletje, wordt aangeraakt. Er kan ook verminderd tastgevoel ontstaan of men ervaart dat het ledemaat niet meer bij het lichaam hoort (het gevoel of de hand bijvoorbeeld erg ver weg is). De spierkracht kan afnemen bijv. men heeft geen kracht meer om een kopje vast te houden of een zware deur te openen of een stukje te lopen. In ernstige gevallen kan de

totale spierkracht verloren gaan. Men heeft krachtsverlies maar met onderzoek worden in het functioneren van de zenuwen en spieren geen afwijking gevonden.

- Na maanden kan het ledemaat er schraal en ingevallen uit gaan zien omdat het onderhuids vetweefsel en de spieren verminderd is. Op een röntgenfoto kan ook na langere tijd botontkalking te zien zijn. Ook kunnen de gewrichten onherstelbare schade hebben opgelopen.
- Verdere verschijnsels kunnen zijn: verstijfde en veranderde gewrichten (contracturen), moeilijk te genezen wondjes, zwelling, ongecontroleerde bewegingen, verkrampingen.
- Wanneer, ook al zijn de klachten en verschijnselen verdwenen, is de kans dat PD terugkomt (recidief) aanwezig. Dit wordt dan uitgelokt door een onbeduidend letsel.

Hoe vaak komt het voor?

Er is een schatting dat in Nederland 5000 tot 8000 mensen per jaar posttraumatische dystrofie krijgen. Er zijn geen heldere en eenduidige gegevens over het voorkomen van PD. In de literatuur worden wisselende gegevens gemeld en het hangt af van de criteria die worden gebruikt voor de diagnose. Na polsbreuken treedt PD het meest op maar vaak worden er ruime verschillen gemeten van 1% tot 37%. Vroege gipsklachten kunnen een aanduiding zijn dat PD zich kan ontwikkelen. Bij gipsverband na een polsbreuk wordt bij PD-patiënten een hogere druk in het gips gemeten. Het is onduidelijk of die hogere druk door zwelling komt of dat door de hogere druk PD ontstaat.

Er zijn meer groepen aandoeningen die kunnen leiden tot posttraumatische dystrofie zoals andere breuken, weke delen letsel, kneuzingen, CVA, hartinfarct en als complicatie na een operatie.

Is er sprake van een zekere voorbeschiktheid?

Posttraumatische dystrofie komt het meest voor bij het blanke ras en komt twee tot driemaal zoveel voor bij vrouwen dan bij mannen. Er zijn aanwijzingen dat erfelijke factoren een rol spelen.

Terugkeer van klachten na genezing (recidief)

Een recidief, dat is een nieuwe periode van posttraumatische dystrofie na aanvankelijk volledig herstel of een periode van weinig klachten, kan bij circa 9% van PD-patiënten optreden. Het gaat dan met name om jonge patiënten met 'koude dystrofie'.

Recidieven beginnen meestal spontaan en met weinig symptomen. Recidieven of uitbreiding van PD kunnen zowel in dezelfde arm of been als in een ander ledemaat voorkomen.

Verloop van de klachten

Posttraumatische dystrofie komt op elke leeftijd voor, van jonge kinderen tot hoogbejaarden, maar de grootste groep is tussen de 20-50 jaar.

De meeste patiënten genezen volledig of houden enige restverschijnselen. Er gaat meestal wel wat tijd overheen voordat

er sprake is van genezing. Soms heeft behandeling geen resultaat meer en blijven patiënten klachten en beperkingen houden. Het is dan niet gemakkelijk voor hen om met die blijvende beperkingen of pijn om te gaan.

Kinderen en posttraumatische dystrofie

Ook kinderen kunnen dit syndroom krijgen, al komt het niet veel voor. Meestal betreft het een been en meer meisjes dan jongens krijgen het. Het beloop bij kinderen lijkt milder te zijn en het merendeel van de kinderen geneest volledig. Wel treedt bij kinderen vaker een recidief op.

De behandeling

Omdat niet goed bekend is hoe en waarom deze abnormale heftige reactie op een relatief gering letsel of operatie ontstaat, is er geen behandeling van voorkeur. Er zijn dan ook verschillende behandelingsvormen, die aangeboden kunnen worden.

- Rust van het aangedane lichaamsdeel. Daarbij kan een speciale spalk of brace worden aangelegd.
- Pijnstillers tegen de pijn, eventueel een combinatie van bloedvatverwijdende en/of ontstekingsremmende medicijnen.
- Een gecombineerde behandeling, met zowel geneesmiddelen, fysiotherapie als ergotherapie.
- Wanneer de pijnklachten en beperkingen blijven bestaan, kan overleg met een pijnpolikliniek plaatsvinden. Daar bekijkt men dan of met behulp van bijvoorbeeld een speciale priktechniek een pijnblokkade in het aangedane lichaamsdeel aangebracht kan worden.
- Ook kan worden besloten om tijdens een opname in het ziekenhuis gedurende een aantal dagen een speciale suikervloeistof via een infuus te geven, waarop de klachten gunstig zouden kunnen reageren.

In het algemeen kan men stellen dat ca. 80 à 90% van de patiënten met een posttraumatische dystrofie min of meer geneest; een deel zal restklachten blijven houden.

Behandelaars

In eerste instantie zal de behandelaar starten met medicijnen om de (ontstekings) verschijnselen te verminderen, de doorbloeding te verbeteren en de pijn te behandelen. Meestal zal de huisarts of medisch specialist die de diagnose heeft gesteld, uw eerste behandelaar zijn. Afhankelijk van het verdere beloop van PD, kunnen er meer behandelaars bij betrokken worden. Die behandelaars kunnen o.a. zijn: de fysiotherapeut, de pijnspecialist, neuroloog, revalidatiearts, ergotherapeut en psycholoog. En wanneer u een baan heeft, zijn ook de verzekerings- of bedrijfsarts betrokken bij uw zorg.

Posttraumatische dystrofie is een gecompliceerde aandoening en vraagt een aanpak van verschillende kanten. Daarom is het dus goed mogelijk dat u ook te maken krijgt met

verschillende behandelaars; na elkaar of tegelijkertijd (multidisciplinair). Het hangt af van uw symptomen, uw klachten en beperkingen welke behandelaar op welk moment u gaat behandelen.

Het is wel belangrijk dat er één behandelaar de regie heeft, zodat die altijd op de hoogte is van al uw behandelingen en de effecten ervan. In het CWZ kan dit de revalidatie-arts zijn.

Huisarts of medisch specialist

De huisarts of de chirurg of een andere medisch specialist kan de eerste behandelaar zijn die de diagnose stelt als u met uw klachten komt. In eerste instantie zullen dan medicijnen voorgeschreven worden om de (ontstekings)verschijnselen, de doorbloeding en de pijn te behandelen en een soms verwijzing voor fysiotherapie.

Fysiotherapeut

Naar de fysiotherapeut kan worden verwezen als er sprake is van: pijn, heftige reacties op inspanning, bewegingsstoornissen, krachtstoornissen, gevoeligheidsstoornissen, coördinatiestoornissen en onvermogen om op een goede manier om te gaan met de aandoening.

Ergotherapeut

Naar de ergotherapeut kan worden verwezen als er sprake is van: pijn, zwelling en bewegingsstoornissen, gevoelsstoornissen, problemen op het gebied van zelfzorg, werk en ontspanning en onvermogen om op een goede manier met de aandoening om te gaan.

Revalidatiearts(revalidatiegeneeskundige behandeling)

De revalidatiearts werkt samen met verschillende behandelaars en zij samen vormen de revalidatiegeneeskundige behandeling waarbij fysiotherapeut, ergotherapeut, psycholoog, maatschappelijk werker betrokken zijn. Daarnaast vindt er regelmatig overleg plaats tussen de revalidatiearts en andere medisch specialisten over de afstemming van de behandelingen. Het is belangrijk dat één behandelaar de regie voert, zogenaamde case manager. Deze heeft regelmatig contact met de patiënt en alle behandelaars die bij hem betrokken zijn.

Anesthesioloog-pijnspecialist

Meestal is dit een team van behandelaars bestaande uit een anesthesioloog pijnspecialist, fysiotherapeut, ergotherapeut, psycholoog en maatschappelijk werker. Zij hebben gezamenlijk overleg om na te gaan welke zorg u nodig heeft. Ook kunt u zelf aangeven welke zorg voor u op een bepaald moment belangrijk is. De pijnarts is meestal de centrale behandelaar, case manager, die goed op de hoogte is van alle behandelingen die gegeven worden.

Het is belangrijk dat men van elkaar weet wat er gedaan wordt.

Psycholoog

Naar de psycholoog kan worden verwezen als er verschil bestaat tussen objectieve klachten en (pijn)gedrag van de patiënt, stilstand optreedt in het herstel ondanks een juiste behandeling en als de patiënt zelf aangeeft dat de invloed van de aandoening erg groot is op zijn psychosociaal functioneren.

Is er nog onderzoek nodig?

Speciaal onderzoek is veelal niet nodig, omdat de diagnose aan de hand van het verhaal en de verschijnselen wordt gesteld.

Aanbevolen behandelingen

In een landelijke richtlijn (EBRO) zijn de behandelingen beschreven waarmee u misschien te maken krijgt. Niet alle behandelingen zullen voor u van toepassing zijn. U kunt echter met deze informatie wel in gesprek gaan met uw behandelaar om na te gaan welke behandelingen er voor u zijn.

Wanneer een behandeling en zeker medicijnen niet goed verdragen worden, moet u dat bespreken met de arts. De ene behandeling kunt u namelijk beter verdragen dan een andere. Het is soms 'maatwerk' om uit te zoeken welke behandeling goed is voor u.

Behandeling met medicijnen

De behandeling met medicijnen richt zich behalve op de pijnstilling op het remmen van de ontsteking en zondig het stimuleren van de doorbloeding.

Scavengers

In de acute fase wordt aanbevolen om zuurstofradicalenvangers ofwel scavengers te gebruiken omdat deze een gunstig effect lijken te hebben op de symptomen. Deze scavengers zijn:

- DMSO crème 50% (dimetylsulfoxide) lokaal toe te passen 5x daags op de huid van het aangetaste ledemaat. Wanneer u minder dan een jaar PD hebt, wordt aanbevolen om 5x daags DMSO 50% gedurende 3 maanden te gebruiken.
- Wanneer u langer dan 1 jaar PD heeft en nog niet eerder DMSO 50% 5x per dag hebt gehad, is een behandeling gedurende 1 maand te overwegen en bij een gunstig effect 3 maanden te blijven doen.
- N-Acetylcysteïne (Fluimucil) bruistablet 3x daags 600 mg. 3x daags 600 mg gedurende 3 maanden wordt aanbevolen wanneer u een 'koude dystrofie' hebt, want dat lijkt dan een beter effect te hebben ten opzichte van DMSO.

Voorheen werd ook wel mannitolinfuus gegeven maar voor de behandeling met mannitol bestaat onvoldoende bewijs. Totdat in onderzoek is bewezen dat mannitol effect heeft op het verminderen van oedeem wordt aanbevolen de behandeling slechts in studieverband te doen.

Doorbloeding verbeteren

Met de behandeling van calcium-influx blokkers wordt ervan uitgegaan dat deze de doorbloeding in arm/been bij 'koude dystrofie' zouden verbeteren. Als u deze medicijnen een week heeft gebruikt zal het effect worden nagegaan. Als er geen effect is zal de behandeling gestopt worden. Deze medicijnen worden ook gebruikt bij hoge bloeddruk. bij langdurig gebruik moet de bloeddrukcontrole in het begin worden uitgevoerd.

Pijnmedicatie

Pijnbestrijding bij posttraumatische dystrofie is moeilijk zowel voor de behandelaar als voor u als patiënt. Voor pijnmedicatie wordt de WHO (World Health Organisation) ladder gevolgd tot en met de 2e trap. Dat betekent dat u paracetamol 500mg als eerste pijnmedicatie wordt voorgeschreven; ook omdat er geringe bijwerkingen zijn. Om de ontsteking te remmen worden ontstekingsremmende pijnstillers voorgeschreven. Deze middelen worden ook wel NSAID's genoemd (niet-steroïde ontstekingsremmende middelen).

Antidepressiva

Deze medicijnen krijgt u omdat er een positief neveneffect is voor pijnbehandeling. Als er sprake is van continue neuropathische pijn is een proefbehandeling met amitriptyline of nortriptyline te overwegen. Ook al zijn deze medicijnen oorspronkelijk bedoeld voor de behandeling van depressie, bij pijnbehandeling zijn deze soms ook effectief.

Anti-epileptica

Als er sprake is van aanvalsgewijze neuropathische pijn kan een proefbehandeling met carbamazepine, pregabaline of andere antiepileptica overwogen worden. Deze medicijnen krijgt u niet omdat u epileptische aanvallen hebt maar omdat ze mogelijk een werking hebben bij pijnvermindering.

Gabapentine

Er zijn aanwijzingen dat gabapentine in doseringen van 600 tot 1800 mg per 24 uur in de eerste acht weken, pijnklachten enigszins verminderen. Ook zijn er aanwijzingen dat de aanrakingspijn en overgevoeligheid vermindert. Als na een proefperiode van acht weken de pijn niet is verminderd, is het raadzaam te stoppen met de behandeling.

Behandeling van bewegingsstoornissen

Wanneer er sprake is van dystonie, myoclonieën of spierspasmen wordt aanbevolen om een behandeling te starten met met:

- oraal baclofen volgens standaard opbouwschema.
- diazepam of clonazepam op geleide van effect en bijwerkingen langzaam in een goede dosis/balans te krijgen.

Invasieve behandelingen

Sympathicusblokkaden

Er zijn beperkte aanwijzingen voor de effectiviteit bij het toepassen van percutane sympathicusblokkaden in de hals/rug (ganglion stellatum of lumbaal) en mogelijk heeft deze behandeling een gunstig effect op het verbeteren van de doorbloeding in het aangedane ledemaat. Bij patiënten met 'koude dystrofie' die niet reageren op vaatverwijdende medicijnen kan een percutane sympathicusblokkade met plaatselijk pijnverdovend middel overwogen worden.

Overige intraveneuze behandelingen

Er zijn aanwijzingen dat intraveneuze toediening van een lage dosis ketamine bij CRPS-I een pijnverlagend effect heeft. Er zijn aanwijzingen dat intraveneus 10-20 mg ketanserine een pijnverminderend effect heeft.

Ruggenmergstimulatie (ESES, Epidurale Spinale Elektro Stimulatie)

Ruggenmergstimulatie is een behandeling waarbij een elektrode in de epidurale ruimte (ligt tussen de binnenzijde van het benige wervelkanaal en het harde ruggenmergvlies) wordt geplaatst, aan de achterzijde van het ruggenmerg, op het niveau van de zenuwwortels die het pijngebied beïnvloeden. Elektrische stroom van de elektrode veroorzaakt tintelingen – een gevoel dat de pijn onderdrukt. Het precieze werkingsmechanisme is niet bekend. De behandeling is belastend en zeer kostbaar en wordt daarom gereserveerd voor patiënten die voldoen aan strikte criteria om mee te kunnen doen aan de behandeling en bij wie tijdens proefstimulatie duidelijke pijnvermindering optreedt. Na een zorgvuldige selectie en succesvolle proefstimulatie hebben patiënten langdurig pijnvermindering en verhoging van de kwaliteit van leven. De functie verbetert echter niet.

Ruggenmergstimulatie wordt gegeven aan nauwkeurig geselecteerde chronische patiënten die op voorgaande behandelingen geen pijnvermindering hebben ervaren.

Amputatie

Wanneer er sprake is van ernstige en terugkerende infecties en bij ernstige functiestoornissen kan amputatie worden overwogen om de kwaliteit van leven te verbeteren. Dat zal liefst in gespecialiseerde centra plaatsvinden.

Fysiotherapie

Bij posttraumatische dystrofie is er sprake van afname van de belastbaarheid van de aangedane arm/been en sprake van pijn. Bij geringe inspanning kan er een heftige toename zijn van allerlei verschijnselen en met name van pijn. Patiënten reageren daarop door:

- de aangedane arm/been te immobiliseren en gebruiken die arm/ been zo min mogelijk.
- flink te gaan oefenen om de arm/been als het ware te trainen. Ook dan ontstaat er weer heftige pijn en de patiënt denkt nog meer te moeten oefenen.

De sleutel tot herstel ligt in het gedoseerd bewegen en het weer leren inschakelen van het aangedane ledemaat. Bij een recent ontstane PD lijkt een meer pijncontingente benadering aangewezen. U oefent dan zo vaak en zoveel als u aankunt met de pijn. Als u veel pijn hebt oefent u minder en als de pijn afneemt weer vaker. Een kortdurende toename van klachten zoals pijn van 1 of 2 uur na de behandeling wordt niet als schadelijk beschouwd. U kunt dan blijven oefenen.

De pijncontingente benadering geeft afname van de klachten in de acute fase. Bij de tijdcontingente benadering oefent en beweegt u de arm/been ongeacht de pijn die optreedt. Beide vormen van behandeling kunnen in elkaar overgaan.

U zult dan merken dat u eerst voorzichtig binnen de pijngrens efende en langzamerhand gaat dit over in oefenen zonder rekening te houden met de pijn.

Absolute immobilisatie van een arm/been is niet goed omdat gedoseerd bewegen de sleutel is voor uw herstel.

Naast oefentherapie bij de fysiotherapeut zijn oefeningen thuis van belang waaronder zelfmassage. De aanbeveling is dat u in een zo vroeg mogelijk stadium oefent waarbij

functieherstel voorop staat. In de acute fase zal afhankelijk van de pijnvaring de fysiotherapeut nagaan wat u aankunt in oefening en beweging. In de latere, chronische fase, zal vooral functieherstel uitgangspunt van de behandeling zijn.

TENS (transcutane elektrische zenuwstimulatie)

Dit kan bij PD-patiënten als aanvullende behandeling worden geprobeerd. Als de TENS een positief effect heeft, wordt aanbevolen hiermee door te gaan.

Ergotherapie

De ergotherapeut leert u om te gaan met de beperkingen en u leert ook nieuwe vaardigheden om zelfstandig uw activiteiten te doen. Het kan ook zijn dat er een programma wordt gestart om de zogenaamde aanrakingspijn te behandelen met voorzichtige prikkels. Als het noodzakelijk is kan er een spalk worden gemaakt die ondersteunt of beschermt. Bij voorkeur moet u de spalk niet continu dragen en u moet ernaar streven om de spalk steeds korter en minder vaak te dragen.

Ergotherapie heeft een positief effect op functiestoornissen en bij PD aan de hand/arm wordt ergotherapie aanbevolen.

Psychologie

Er wordt gedacht dat posttraumatische dystrofie wordt veroorzaakt of in stand wordt gehouden omdat er 'iets psychisch aan de hand' zou zijn met deze patiënten, omdat er geen duidelijke lichamelijke oorzaak gevonden is. Geen van de wetenschappelijke onderzoeken die zijn beoordeeld geeft hier tot nu toe enig bewijs voor. Ook bestaat er geen aanwijzing dat er een specifieke persoonlijkheidsstructuur van PD-patiënten is. Het is niet duidelijk of de oorzaak en/of het beloop van de klachten door psychische factoren wordt bepaald of dat de psychische factoren gezien moeten worden als het gevolg van posttraumatische dystrofie.

Patiënten kunnen door de pijn en hun beperkingen die zo van invloed kunnen zijn op de persoon, last krijgen van psychische veranderingen. Als dat het geval is, kan medicatie en/of psychologische behandeling gewenst zijn.

De laatste jaren is er ook toenemende aandacht naar de rol van bewegingsangst. De patiënt maakt zich hierbij bovenmatig zorgen dat bepaalde activiteiten leiden tot weefselschade. Bij andere chronische pijnsyndromen is inmiddels bekend dat deze angst leidt tot toename van beperkingen en pijn. Wanneer u angst hebt om te bewegen is het goed om dat met uw behandelaar te bespreken.

Er is mogelijkheid voor een effectieve behandeling voor bewegingsangst door cognitieve gedragstherapie, waardoor afname van angst, pijn en beperkingen kan worden bereikt. Een psycholoog kan u helpen bij de consequenties van uw klachten in uw persoonlijk leven. Naar de psycholoog kan worden verwezen als er verschil bestaat tussen objectieve klachten en (pijn)gedrag van de patiënt, stagnatie optreedt in het herstel ondanks een juiste behandeling en als de patiënt zelf aangeeft dat de invloed van de aandoening erg groot is op zijn psychosociaal functioneren.

Kinderen en posttraumatische dystrofie

Er zijn maar weinig onderzoeken bekend over kinderen en PD. En nog minder is het bekend welke specifieke medicijnen en invasieve behandelingen er voor kinderen zijn. Het is van belang dat er bijzondere aandacht is voor de dosering van medicijnen en de (medische) begeleiding van het kind tijdens het ziekteproces. Het is dan ook wenselijk dat er nauwe samenwerking is met een kinderarts.

Fysiotherapie bij kinderen

Bij de behandeling van posttraumatische dystrofie bij kinderen wordt vaak een fysiotherapeut ingeschakeld. Ook bij die behandeling wordt veelal gewerkt volgens het behandelmodel voor volwassenen met als doel om pijnvermindering en betere functie te krijgen. Er zijn aanwijzingen dat fysiotherapie bij kinderen zinvol is. Bij kinderen is er een grotere kans op een recidief.

Ergotherapie bij kinderen

Bij de behandeling van kinderen wordt ook de ergotherapeut betrokken. Globaal worden de doelstellingen bij de behandeling van kinderen dezelfde als voor volwassenen.

Psychologie

Net zomin als bij volwassenen zijn er bij kinderen geen duidelijke aanwijzingen in de literatuur gevonden voor mogelijke psychologische oorzaken of persoonlijkheid voor het ontstaan van PD. Het is uiteraard wenselijk ouders en soms het hele gezin bij de behandeling te betrekken. Wanneer een psychologische behandeling gewenst zou zijn wordt aanbevolen om een kinder- of jeugdpsycholoog bij de behandeling te betrekken.

Conclusie

Posttraumatische dystrofie is nog een min of meer onbegrepen ziektebeeld. Het treedt op na een gering letsel of operatie. Over de behandelingsmogelijkheden bestaan verschillende meningen. Omdat het ziektebeeld soms moeilijk te herkennen is en het optreden ervan soms tot dramatische situaties in iemands leven kan leiden, moet voorkomen worden dat patiënten met een posttraumatische dystrofie in een sociaal isolement komen.

Patiëntenvereniging

Er is een 'Vereniging van PTD patiënten', die onder andere de belangen behartigt van patiënten met posttraumatische dystrofie (PTD).

Het adres is:

Nederlandse Vereniging van PTD Patiënten

Postbus 31157

6503 CD Nijmegen

[www.posttraumatische dystrofie.nl](http://www.posttraumatische-dystrofie.nl)

Vragen

Hebt u na het lezen van deze folder nog vragen, stel deze dan gerust aan uw revalidatiearts, de verpleegkundige op uw verpleegafdeling of de doktersassistente op de polikliniek.

Adres en telefoonnummer

Canisius Wilhelmina Ziekenhuis
Weg door Jonkerbos 100
6532 SZ Nijmegen

Polikliniek chirurgie-heelkunde (B58)

Melden bij Meldpunt 2B
Telefoon (024) 365 82 60 (bereikbaar van 8.30 tot 17.00 uur)

Polikliniek revalidatiegeneeskunde (B58)

Melden bij Meldpunt 2B
Telefoon (024) 365 87 68 (bereikbaar van 8.30 tot 16.30)
Email: secrrevalidatie@cwz.nl

Website: www.chirurgie.cwz.nl

Website: www.revalidatiegeneeskunde.cwz.nl