

LEIDRAAD Traumachirurgie bij de 6e editie van de AMA Guides

Versie: 22 september 2025

Inhoudsopgave:

1. Inleiding	pagina 2
2. Hoofd en Hals	pagina 3
3. Thorax	pagina 4
4. Abdomen	pagina 7
5. CRPS	pagina 11
6. Huid en weke delen	pagina 12

Copyright © Nederlandse Vereniging voor Traumachirurgie
Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden
verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of
openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch,
mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, voor een
commercieel doel, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de
rechthebbende.

Weesp 2025

1. INLEIDING BIJ DE 6e EDITIE AMA GUIDES

Deze leidraad is tot stand gekomen in samenwerking met de leden van de werkgroep leidraad AMA Guides van de Nederlandse Vereniging voor Traumachirurgie (NVT) en vertegenwoordigers van de Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs (GAV).

Veel botbreuken in extremiteiten, bekken en wervelkolom worden in Nederland behandeld door traumachirurgen, die ook steeds vaker medisch specialistische rapportages uitvoeren met behulp van de 6e editie van de AMA Guides, aangevuld met de leidraad van de WIA-NOV. Daarnaast behandelen traumachirurgen letsels die niet expliciet in de AMA Guides of WIA-NOV-leidraad staan, zoals traumatische weke-delenletsels, thoraxletsel, abdominaal letsel en letsel aan het hoofd-halsgebied. Daarom heeft de NVT in 2023 een nieuwe leidraad uitgebracht bij de 6e editie van de AMA Guides (versie 2023). Overal in dit document waar AMA Guides wordt gebruikt verwijst dit naar deze editie en versie.

Deze eerste leidraad had overlappingen en verschillen met de WIA-NOV-leidraad, wat leidde tot discussies bij medische expertises. Dit werd als onwenselijk gezien. De nieuwe versie van de NVT-leidraad volgt nu de meest actuele WIA-NOV-leidraad. De NVT-leidraad biedt duidelijkheid waar er vanuit de AMA Guides verwarring kan ontstaan bij de beoordeling van genoemde letsels. Bij afwijkingen tussen de NVT-leidraad en de AMA Guides, prevaleert de NVT-leidraad. De WIA-NOV en NVT streven naar een gezamenlijke leidraad in de toekomst.

In overleg met vertegenwoordigers van de GAV, de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV), de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN) en de NVT is besloten voorlopig gebruik te blijven maken van de 6^e editie van de AMA Guides to the Evaluation of Permanent Impairment, versie 2023. De leidraad van de eigen wetenschappelijke verenigingen blijft prevaleren boven die van de AMA Guides.

De NVT verwijst naar de 'Leidraad medische specialistische rapportage in bestuurs- en civielrechtelijk verband' van de Nederlandse Vereniging voor Medische Specialistische Rapportage (<https://nvmsr.nl/publicaties/>). Hierin staan de basiseisen vermeld waaraan het medisch-specialistisch deskundigenrapport moet voldoen.

Voor medische beroepsaansprakelijkheid adviseert de NVT, net als de NOV, dat de expertise wordt uitgevoerd door een traumachirurg die minstens tien jaar ervaring heeft en geregistreerd staat in het BIG-register als chirurg.

Deze NVT-leidraad biedt duidelijkheid over traumatisch weke-delenletsel, thoraxletsel, abdominaal letsel en letsel aan het hoofd-halsgebied (hoofdstukken 4, 5, 6, 7 en 8 van de AMA Guides). Voor de hoofdstukken 15, 16 en 17 van de AMA Guides over het bewegingsapparaat volgt de NVT de nieuwste aanvullende leidraad van de WIA-NOV.

Het uitgangspunt is dat bij afwezigheid van objectiveerbare traumachirurgische afwijkingen geen percentage blijvende invaliditeit en geen beperkingen worden toegekend (klasse 0, 0% invaliditeit).

Een grade modifier (GM) vervalt (en dient dus niet opnieuw ingezet te worden) in de volgende gevallen:

- Als een grade modifier al gebruikt is voor het bepalen van de klasse en er geen ander onderzoek is dat als grade modifier gebruikt kan worden.
- Als de GMFH twee of meer verschilt van de GMPE wordt deze als onbetrouwbaar beschouwd. Uitzondering hierop is de beoordeling van wervelfracturen (hoofdstuk 17).

Als een diagnose in klasse 4 valt dan moet bij alle grade modifiers er één opgeteld worden, anders kun je met de nettoformule nooit hoger in deze klasse uitkomen dan standaardpositie C.

2. HOOFD- en HALSTRAUMA

Aangezichtsfracturen

Dit betreft fracturen van de maxilla (Le Fort I, II en III), mandibula (meestal het corpus en/of collum mandibulae), unilaterale orbita, os zygoma en os nasale. Zie tabel 11-5 van de AMA Guides 6e editie. Vervorming van het gelaat is hierbij essentieel. Zonder vervorming of malunion valt dit in klasse 0. Bij blijvende ossale of chondrale vervorming is er minimaal sprake van klasse 2 op basis van de key factor 'History'.

Littekens hoofd-hals

Zie hiervoor Hoofdstuk 6 Huid- en weke-delenletsel.

3. THORAXTRAUMA

Thoraxletsel

Traumatische aortaboogdissectie behandeld met endovasculaire stent (TEVAR - Thoracic EndoVascular Aortic Repair)

In de AMA Guides 6e editie is een traumatische aortaboogdissectie die endovasculair is behandeld niet opgenomen.

"In the event that a specific diagnosis is not included in the diagnosis-based regional grid, the examiner should use a similar listed condition as a guide to determining an impairment value" (AMA Guides paragraaf 15.1, 'Principles of Assessment').

In de literatuur zijn een aantal lange-termijncomplicaties beschreven na het plaatsen van een TEVAR. Meer dan 30% van de mensen ontwikkelt op termijn hypertensie. Andere beschreven lange-termijncomplicaties zijn occlusie van de stent, migratie van de stent waarvoor re-interventie noodzakelijk is en trombo-embolische complicaties welke effect kunnen hebben op de cerebrale doorbloeding en de doorbloeding van de linkerarm. In de literatuur wordt antibiotische profylaxe geadviseerd bij infecties in het lichaam om infectie van de stent te voorkomen. Of en wanneer bovenstaande complicaties optreden valt niet te zeggen.

Voor de bepaling van de blijvende invaliditeit na een TEVAR zijn dan ook van belang: het wel of niet overstenten van de arteria subclavia links, het wel of niet voorgeschreven gebruik van levenslange anticoagulantia en het wel of niet aanwezig zijn van hypertensie.

De AMA Guides 6e editie biedt een aantal ingangen:

Er is geen expliciete vereiste voor levenslange antistolling na een TEVAR-procedure volgens de huidige richtlijnen en studies. Het is echter cruciaal om patiënten regelmatig te monitoren op complicaties en om individuele risicofactoren te evalueren, wat kan leiden tot specifieke aanbevelingen voor antistolling op basis van de klinische situatie van de patiënt. Als chronische anticoagulantia wordt voorgeschreven: Chronic anticoagulant therapy, Hoofdstuk 9, Hematopoietic System tabel 9-3, Burden of Treatment Compliance (5% BIGP). Hieronder vallen ook trombocytenaggregatieremmers.

Bij aanwezige hypertensie (al dan niet behandeld met medicatie) kan de blijvende invaliditeit bepaald worden aan de hand van Hoofdstuk 4, The Cardiovascular System tabel 4-11, Hypertensive Cardiovascular Disease (2-65% BIGP).

Veelal wordt de arteria subclavia overstent. Bij klinisch verminderde doorbloeding van de linkerarm (van koudegevoeligheid tot claudicatielachten) kan gebruik worden gemaakt van Hoofdstuk 4, The Cardiovascular System tabel 4-13, Upper Extremity Peripheral Vascular Disease (2-65% BIBE).

Meerdere complicaties na een TEVAR kunnen worden gecombineerd volgens de combinatietabel uit de AMA Guides.

Traumatische diafragmaruptuur

Een hernia diafragmatica komt ook voor zonder trauma en kan pre-existent aanwezig zijn. Voor het toekennen van blijvende invaliditeit is het daarom een voorwaarde dat er sprake is geweest van passend thoracaal en/of abdominaal letsel, waarbij voldoende geweldsinwerking aanwezig was om te kunnen leiden tot een traumatische diafragmaruptuur. Bij operatief herstel van de ruptuur geeft het operatieverslag uitsluitsel of het al dan niet om een traumatische diafragmaruptuur gaat. Bij conservatieve

behandeling van een 'traumatische diafragmaruptuur' kunnen eerder gemaakte thoraxfoto's uitsluitend geven.

Na wel of niet operatief behandelde diafragmaruptuur:

Geen aanwijzingen voor insufficiëntie diafragma (anamnestisch of radiologisch):

Hoofdstuk 6, The Digestive System, 6.6 Hernias, blijvende invaliditeit: *"Diafragmatic hernias are rated at 2% BIGP if successfully repaired"*.

Wel aanwijzingen voor insufficiëntie diafragma (anamnestisch of radiologisch): Hoofdstuk 6, The Digestive System, 6.6 Hernias, blijvende invaliditeit: 5% BIGP.

Rib- en sternumfracturen

De AMA Guides 6e editie voorziet niet in een waardering voor uitgebreid thoraxtrauma. Een uitgebreid letsel van de thoraxwand geeft echter frequent aanleiding tot persisterende klachten (fladderthorax, multiële ribfracturen, sternumfracturen, non-unions, rib-osteosynthese, pneumothorax, hematothorax, en/of ernstige longcontusie).

Klachten na rib- en sternumfracturen zijn onder te verdelen in:

- a) dyspnoe en pulmonale verschijnselen i.h.a. in rust;
- b) dyspnoe gerelateerd aan inspanning (ADL/ hobby's/ sport/ werk);
- c) pijn.

Verreweg de meeste rib- en sternumfracturen genezen zonder restklachten/ restverschijnselen. Geen klachten, geen restverschijnselen = klasse 0 = 0% BIGP.

Bij dyspnoe ten gevolge van thoraxwandletsel:

- Bij pre-existente longaandoening en verergering van de longaandoening na ongeval: overweeg een consult longarts, waarbij de longfunctie na het ongeval kan worden vergeleken met de bekende longfunctie van voor het ongeval.
- Bij geen pre-existente longklachten, na het ongeval dyspnoe met medicatie voorgeschreven door de longarts: advies een consult longarts voor functieonderzoek en bepaling percentage volgens de AMA Guides. Alternatief is een eigen spirometrie uitvoeren. Bij een voorspelde waarde van de FVC en de FEV1 van 80% of meer en een voorspelde waarde van FEV1/FVC-ratio van meer dan 75% kan door de traumachirurg gesteld worden dat er geen traumatische pulmonale restschade bestaat (AMA Guides hoofdstuk 5, klasse 0, tabel 5-4). Bij lagere waarden: advies een consult longarts voor functieonderzoek en bepaling percentage volgens de AMA Guides.
- Pre-existent geen longklachten, na het thoraxtrauma alleen dyspnoe d'effort waarvoor geen medicatie: longarts voor functie onderzoek en bepaling percentage volgens de AMA Guides 6e editie. Alternatief is eigen spirometrie uitvoeren (zie hierboven).

Voor de blijvende invaliditeit tabel 5-4, Pulmonary Dysfunction, toepassen. Met een simpele spirometrie kan zowel 'History', als 'Physical findings' en 'Objective tests results' tot een adequate classificatie leiden. Hoewel hier in de 'Objective tests results' alleen de FVC en FEV1 genoemd worden, kan op basis van X- en CT-onderzoek wel een objectief karakter worden toegevoegd als er sprake is van rib-pseudoartrose als oorzaak van de pijn, fibrosering van de thoraxwand, resterend pleuravocht, longfibrosering etc. (AMA Guides paragraaf 5.4b 'Imaging Studies of the Chest').

Aan de hand van de anamnese, de classificatie bepalen en alle andere factoren als adjustment inzetten, zoals dat ook bij extremiteiten te doen gebruikelijk is.

Zie ook tabel 5-7 voor een 'overzicht' waarbij na een trauma met name general en restrictive disorders van toepassing zijn.

Bij pijnklachten ten gevolge thoraxwandletsel:

Status na operatieve ribstabilisatie, dan wel fixatie van het sternum: geen restklachten: 0%.

Pijn bij bewegingen in het ipsilaterale thoracoscapulaire (glij)gewricht en/of het glenohumerale gewricht, al dan niet met opwekbare crepitaties of krachtsverlies schoudergordel: tabel 15-5, onder 'Soft tissue', 'Shoulder contusion or crush injury', maximaal 3% BIBE = 2% BIGP.

Voor het toekennen van blijvende invaliditeit bij rib- en sternumfracturen moet er wel een aantoonbaar anatomisch substraat bestaan zoals deformatie thoraxwand, pseudartrose rib, malunion ribben, of osteosynthesemateriaal.

Het gebruik van hoofdstuk 3, om pijnklachten ten gevolge van thoraxletsel te waarderen, wordt afgeraden.

4. ABDOMINAAL LETSEL

Abdominaal letsel

Bij buikletsel zijn meerdere hoofdstukken betrokken.

- a) Digestive System (hoofdstuk 6) inclusief buikwand herniae.
- b) Cardiovascular System (hoofdstuk 4) voor vaatletsel.
- c) Urogenital System (hoofdstuk 7) voor letsel nier/ urinewegen/ blaas/ urethra.
- d) Hematopoietic System (hoofdstuk 9) inclusief miltletsel.

Digestive System (hoofdstuk 6)

Symptomen en bevindingen bij lichamelijk onderzoek moeten nauwkeurig beschreven worden volgens paragraaf 6.1 ('Symptoms and Signs'). Lengte en lichaamsgewicht bepalen en relateren aan tabel 6.1 (man) en tabel 6.2 (vrouw). Beschrijf ook 'Clinical Studies', waaronder de anatomische veranderingen na operaties.

6.2 Upper Digestive Tract

Kan beoordeeld worden volgens tabel 6-4:

'History' bepaalt de klasse. Daarna modificatie met 'Physical Findings' en 'Objective test results'. Het operatieverslag is een 'Objective test result' en geeft de mate van anatomisch verlies aan:

- Overhechten perforatie zonder resectie klasse 0.
- Beperkte dunne-darmresectie klasse 1.
- Gastro-enterostomie, significante resectie klasse 2.
- Whipple procedure klasse 3.

Zie ook voorbeeld 6-3: Steekwond abdomen met overhechten letsels.

Pancreasletsel voorbeeld 6-9. Chronische recidiverende pancreatitis voorbeeld 6-13. Totale pancreatectomie, afunctionele pancreas voorbeeld 6-16, combineren met diabetes (hoofdstuk 10).

6.3 Colon, Rectum, and Anus

Kan beoordeeld worden volgens tabel 6-5:

'History' bepaalt de klasse. Daarna modificatie met 'Physical Findings' en 'Objective test results'. Het operatieverslag is een 'Objective test result' en geeft de mate van anatomisch verlies aan:

- Overhechten van een perforatie zonder resectie klasse 0.
- Beperkte resectie klasse 1.
- Hemicolectomie rechts, links en sigmoïdresectie klasse 2.
- Low anterior resectie, subtotale colectomie met behoud van anus klasse 3.
- Totale proctocolectomie met permanent stoma klasse 4.

Bij letsel van zowel dunne darm als colon wordt de hoogste blijvende invaliditeit genomen (dus bij meerdere overhechtingen en/of darmnaden niet combineren maar bepalen blijvende invaliditeit op basis van het deel met het grootste anatomische verlies en dus hoogste blijvende invaliditeit).

Tabel 6-7: minimaal 15% BIGP bij een ileostoma en minimaal 5% BIGP bij een colostoma.

Anorectaal letsel volgens tabel 6-6. Dit komt zelden voor bij buikletsel, maar traumatologische oorzaken voor anale problematiek zijn een lokaal letsel (zoals paalverwonding), bekkenletsel, of een dwarslaesie. In geval van een dwarslaesie heeft het de voorkeur deze te beoordelen volgens de 'Richtlijnen functieverlies' van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN) in plaats van volgens tabel 13-13 Neurogenic Bowel. Indien er geen zenuwletsel ten grondslag ligt aan de restverschijnselen:

Soiling Klasse:

Bij faecale incontinentie is het lastig een onderscheid te maken tussen mild, matig of ernstig, maar het voorstel is dit te relateren aan de impact die dat heeft op dagelijkse activiteiten:

- Weinig of geen belemmeringen in het dagelijks leven: mild.
- Regelmatige noodzaak tot verschoning en belemmering in het dagelijks leven: matig.
- Volledige incontinentie: ernstig.

NB: Bij anale problematiek ligt de focus van het lichamenlijk onderzoek op de sfincterspanning. Objectieve testresultaten zullen vaak ontbreken. De correctiefactoren (Adjustment) moeten binnen tabel 6-6 ingeschat worden. 'History', ofwel de anamnese, bepaalt de classificatie. Bijstelling via 'Physical Findings' is op basis van lichamenlijk onderzoek in te schatten. Als 'Objective test results' ontbreken, komt deze te vervallen.

6.5 Liver and Biliary Tract

Leverletsel kan meestal niet volgens tabel 6-8 ingeschat worden, omdat er zelden sprake is van chronisch restlijden en leverfalen. Er is meestal geen sprake van een blijvende invaliditeit, tenzij het leverletsel geleid heeft tot een chronische leverinsufficiëntie of levertransplantatie. Er wordt echter in de AMA Guides niet aan transplantatie gerefereerd, terwijl daar wel behandeling met immunosuppressiva voor nodig is. Dit kan volgens Hoofdstuk 9, Hematopoietic System tabel 9-3, Burden of Treatment Complications ingeschat worden. Hier wordt gerefereerd aan 'Chronic oral corticosteroids' (tot 3% BIGP) en 'Chronic other immunosuppressant therapy' (tot 3% BIGP). Bij complexe medicatie wordt daarom gekomen tot maximaal 6% BIGP.

Er is een kans op afstoting (levenslang) en noodzaak tot aanvullende therapie. Het kan dus niet als definitieve eindtoestand aangemerkt worden.

Letsel van de galwegen/ galblaas kan beoordeeld worden volgens tabel 6-9:

- Cholecystectomy klasse 1.
- Biliodigestieve anastomose klasse 2.

NB: Recidiverende cholangitis en persisterende icterus kunnen resulteren in een verhoging binnen de aangegeven klasse (bijvoorbeeld van 2C naar 2E) of leiden tot een hogere klasse (bijvoorbeeld van klasse 2 naar klasse 3 bij galwegletsel; tabel 6-9).

Status na Whipple-operatie is al bij Upper Digestive Tract genoemd. Als er echter na deze ingreep recidiverende galwegproblemen optreden, zal de blijvende invaliditeit voor Upper Digestive Tract, moeten worden gecombineerd met blijvende invaliditeit voor Liver and Biliary Tract.

6.6 Hernias

Status na laparotomie of ilio-inguinale/ extraperitoneale benadering van het kleine bekken:

Na een mediane laparotomie en zeker na een open-buikbehandeling in het kader van damage control surgery kan een aanzienlijk defect optreden. Bij een resterend groot defect kan secundair herstel mogelijk zijn.

Men moet echter altijd in overweging nemen of een dergelijke complexe ingreep met betrokkene is besproken en of er in gedeelde besluitvorming (shared decision making) besloten is dit niet te doen. Dan kan men spreken van een eindsituatie. Als dit niet met betrokkene is besproken, behoort het niet tot de taak van de expert om hierover ongevraagd therapeutische adviezen te geven in de deskundigenrapportage. Er bestaat dan namelijk geen eindsituatie, wat wel de inzet is van een deskundigenrapportage in het kader van letselschade. Wel kan bij de vraag 'of u nog therapeutische opties heeft' een advies worden uitbracht om e.e.a. nog een keer te bespreken met de behandelaar.

Een littekenbreuk kan beoordeeld worden volgens tabel 6-10.

Urinary and Reproductive System (hoofdstuk 7)

7.3 Upper Urinary Tract

Nieren

'History' is richtinggevend qua classificatie volgens tabel 7-2.

Een niercontusie zal vaak in de anamnese en lichamelijk onderzoek geen klachten of afwijkingen geven. 'Symptom and Signs' (7.2a) en 'Clinical Studies' (7.2b) zullen ook vaak normale waarden te zien geven. Medicamenteuze behandeling en dialyse zullen meestal geen rol van betekenis spelen.

Er wordt slechts één voorbeeld omschreven (voorbeeld 7-8) waar ten gevolge van een trauma een nefrectomie is verricht. De link naar nierfunctie en hypertensie wordt hier omschreven.

Er is hierbij een kans op ontwikkeling van hypertensie voor een periode van tien jaar en niet van een eindtoestand te spreken op kortere termijn.

Hogere urinewegen

Letsel van de hogere urinewegen kan leiden tot een veranderde anatomie met vernauwing/ obstructie. Frequent recidiverende urineweginfecties kunnen hiervan het gevolg zijn en in sommige gevallen is chirurgisch/ urologische interventie geïndiceerd. Frequent recidiverende infecties kunnen volgens tabel 7-2 beoordeeld worden. Als er sprake is van een urine-deviërende ingreep kan tabel 7-3 toegepast worden.

7.5 Bladder

Blaasletsel kan zowel bij stomp als penetrerend buikletsel voorkomen en wordt ook bij bekkenletsel gezien. Beoordeling volgens tabel 7-4 kan toegepast worden. Veelal zal een blaasletsel, zowel extra- als intra-peritoneaal, geen of weinig restklachten geven.

Voorbeeld 7-18 is een voorbeeld dat betrekking heeft op ernstig trauma, maar op zich zijn de beschreven klachten te wijten aan neurologisch letsel (dwarslaesie). In geval van een dwarslaesie heeft het de voorkeur deze te laten beoordelen volgens de 'Richtlijnen functieverlies' van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN) in plaats van volgens tabel 13-14 Neurogenic Bladder. Het is daarom te overwegen, bij neurologische symptomen als gevolg van een trauma, een neurologische expertise te adviseren ter berekening van de blijvende invaliditeit.

7.6 Urethra

Zie voorbeelden 7-23 en 7-24.

Als er sprake is van een suprapubische katheter kan tabel 7-3 worden toegepast: 'Cutaneous Ureterostomy' wat vergelijkbaar is en 10% BIGP geeft.

Seksuele disfunctie

In geval van een bekkenletsel zal dit soms, als er sprake is van lokaal uitwendig letsel, beoordeeld kunnen worden via paragraaf 7.7 'Male Reproductive Organs', tabellen 7-6 t/m 7-9, of paragraaf 7.8 'Female Reproductive Organs', tabellen 7-10 t/m 7-12.

Echter, in de meeste gevallen zal een seksueel disfunctioneren meer gerelateerd moeten worden aan zenuwletsel in de bekkenbodemregio (n. pudendus), dan wel aan een dwarslaesie. In geval van een dwarslaesie heeft het de voorkeur deze te laten beoordelen volgens de 'Richtlijnen functieverlies' van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN) in plaats van volgens tabel 13-15 Neurogenic Sexual Dysfunction. Ook hier is een neurologische expertise te overwegen.

Hematopoietic System (hoofdstuk 9)

Miltletsel

Na splenectomie of na coiling van de a. lienalis, is de betrokkene als a-spleen te beschouwen.

De AMA Guides 6e editie geeft 0% BICP aan een status na splenectomie (zie voorbeeld 9-19). Echter, dit is niet passend gezien het verhoogde risico op (ernstige) infecties hierna. Hiertoe moet frequent antibioticaprofylaxe voor worden gebruikt (burden of treatment). Om deze reden is er sprake van een blijvende invaliditeit, daarom wordt bij (functionele) asplenie forfaitair 5% BICP toegekend.

5. CRPS

De AMA Guides 6e editie stellen een aantal eisen met betrekking tot de toekenning van een percentage blijvende invaliditeit: de diagnose moet meer dan eenmaal door een arts zijn gesteld, de klachten moeten minimaal één jaar bestaan en betrokkene moet voldoen aan de Boedapestcriteria, verwoord in tabellen 15-24 en 15-25, en tabellen 16-13 en 16-14.

Op grond van deze score (maximaal 11 punten) kan aan de hand van tabel 15-26 en tabel 16-15 het percentage blijvende invaliditeit worden berekend.

Zoals vermeld in de 'Algemene richtlijnen' van de WIA-NOV-leidraad wordt in geval van CRPS de standaardwaarde ('default C') gebruikt. Zie tabel 15-26 en tabel 16-15. Er wordt geen grade modifier meer gebruikt.

Voor pijnsyndromen die buiten CRPS vallen zonder objectiveerbare afwijkingen, wordt door een traumachirurg geen blijvende invaliditeit toegekend. Overwogen kan worden om deze syndromen te laten beoordelen door een neuroloog.

Deze leidraad raadt het gebruik van hoofdstuk 3 af. Hiervoor zijn pijnscores nodig waarbij subjectiviteit een te grote rol speelt.

6. HUID- en WEKE-DELENLETSEL

De AMA Guides 6e editie kent geen aparte rubriek voor weke-delenletsel. Hoofdstuk 8 Skin biedt de mogelijkheid om littekens, huidtransplantaties en andere uitwendige huidafwijkingen te waarderen met een percentage blijvende invaliditeit. De paragrafen 8.2 'Disfigurement' en 8.3 'Scars and Skin Grafts' kunnen dienen als inleiding. Ook in de hoofdstukken bovenste en onderste extremiteit zijn opties om weke-delenletsels te waarderen.

Er kan alleen blijvende invaliditeit worden toegekend aan littekens die 1) verminkend zijn en niet bedekt kunnen worden (gelaat, hals, handen), of die 2) leiden tot beperkingen in het dagelijks leven/ in de ADL.

Littekens hoofd-hals

Zie ook Hoofdstuk 2 Hoofd- en halstrauma. Gebruik tabel 11-5 in plaats van tabel 8-2 (zoals beschreven in AMA Guides). Dit geldt voor littekens in het aangezicht en de hals, zoals van verwondingen, operaties en na een tracheostoma. Deze blijvende littekens zijn meestal niet of slechts deels te verbergen. Op basis van de key factor 'History' is er uitsluitend sprake van klasse 0 of 1.

Littekens boven de wenkbrauwen geven maximaal 1% BIGP, onder de bovenlip maximaal 8% BIGP (AMA Guides paragraaf 11.3a 'Criteria for Rating Impairment due to Facial Disorders and/or Disfigurement').

Bij ernstige brandwonden, met vervorming van scalp, oorschelp, gebied rondom het oog (wenkbrauw, wimpers, ectropion), neus, wang en gebied rondom de mond kan er sprake zijn van een hogere classificering (klasse 2, 3 of 4). Hierbij zijn in principe verdisconteerd transpositie- en transplantatielappen en donorplaatsen. Deze brandwonden kunnen daarnaast niet goed beschermd worden tegen blootstelling aan zonlicht. Bescherming met zonnebrandcrème met een hoge factor is aan te raden. Op termijn bestaat er een verhoogde kans op het ontstaan van wonden ten gevolge van mechanisch, chemisch of thermisch letsel.

Weke-delenletsel (hoofdstuk 8)

Beoordeling en indeling vindt plaats aan de hand van het lichamelijk onderzoek (tabel 8.2).

- Geen zichtbare of palpabele afwijking:
Status na een kneuzing of contusie: 0% BIGP.
- Zichtbare en/of palpabele subcutane afwijking:
Oud hematoom, fibrose, status na fasciotomie zonder weefselverlies, schot-, steek- of glasverwondingen, Morel-Lavallée laesie: 1-3% BIGP (de mediaan is 2% BIGP).
- Zichtbare en palpabele afwijking met contourverschil ten opzichte van de omgeving:
Status na reconstructie (donor- en acceptorplaats), zwaailappen, verschuivingsplastieken van amputatiestompen: 4-6% BIGP (de mediaan is 5% BIGP).
- Zichtbaar en palpabel verlies van subcutis/ spieren:
Status na degloving, necrotiserende fasciitis, compartimentsyndroom met deformiteit en weefselverlies: 7-9% BIGP (de mediaan is 8% BIGP).

Grade modifiers:

FH: Graad 0: geen probleem.

Graad 1: geringe hinder in ADL

Graad 2: ernstige hinder in de ADL.

Graad 3: verzorgingsproblemen en/of uitwendige aanpassingen noodzakelijk.

PE: = key factor.

CS: niet van toepassing.

Veneuze stuwings en lymfoedeem dienen separaat te worden gewaardeerd volgens de tabellen 4-12 en 4-13.

Blijvende invaliditeit ten gevolge van fracturen, weke-delenletsel, zenuwletsel en oedeem waarvoor therapie noodzakelijk is, mogen worden gecombineerd op extremitetenniveau.