

Commentaar op: “Wanneer kwalificeren klachten als ‘ziekte’ in de sociale verzekering, de particuliere AOV en letselschadezaken?”

van de heer F. Elemans, GAVscoop, mei 2025, p. 13-19

Mr. E.J. Wervelman, Mr. P.S. Fluit¹

Inleiding

Wij hebben met belangstelling kennisgenomen van het artikel van de heer F. Elemans in GAVscoop. Graag scharen wij ons achter zijn oproep om aandacht te schenken aan de geldende criteria voor “ziekte” en “objectief vaststellen” per rechtsgebied als addendum op de recent herziene richtlijn Medisch Specialistische Rapportage. Elemans vraagt naar ons oordeel ook terecht aandacht voor het verschil in criteria tussen de rechtsgebieden van de sociale zekerheidswetgeving, de particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering en het civiele aansprakelijkheidsrecht. Zoals hij terecht aangeeft kan toepassing van de verkeerde criteria grote gevolgen hebben voor de uitkomsten van een expertise. Toch plaatsen wij bij de bijdrage van Elemans wel een paar kanttekeningen. Zo valt met betrekking tot zijn overwegingen over de particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering op dat hij helaas uitsluitend oudere rechtspraak noemt. Wij hebben daarom gemeend dat het goed is om een reactie te schrijven op zijn bijdrage om het onderscheid tussen de verschillende rechtsgebieden nog scherper te krijgen. Met name zijn stelling dat bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen het woord “ziekte de betekenis van herkenbaar en benoembaar ziektebeeld heeft” is naar ons oordeel niet juist.

Enige kanttekeningen bij overwegingen over de particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering

De thans in Nederland in omloop zijnde arbeidsongeschiktheidsverzekeringen definiëren het begrip “arbeidsongeschiktheid” doorgaans als de situatie waarin sprake is van “in relatie tot ziekte of ongeval bestaande objectief medisch vast te stellen waardoor de verzekerde beperkt is in zijn of haar functioneren”. Verzekerde zal moeten bewijzen dat hier sprake van is.² Anders gezegd zal verzekerde

(cumulatief) moeten bewijzen dat hij (i) ziek is of een ongeval heeft gehad, en (ii) dat bij hem sprake is van objectief medisch vast te stellen stoornissen in relatie daarmee en (iii) dat hij daardoor beperkt is in zijn of haar functioneren. Het begrip “ziekte” is dus iets anders dan een “objectief medisch vaststelbare stoornis”. Dit wordt overigens vaker verward.³ De Hoge Raad heeft in zijn arrest van 10 oktober 2003⁴ overwogen dat het begrip “ziekte” in die casus niet nader was gedefinieerd. Dus moest worden uitgegaan van de betekenis die aan dat begrip in het algemeen spraakgebruik werd toegekend. Dit staat echter los van het begrip “objectief medisch vaststelbare stoornis”. De Hoge Raad heeft daarover een fijnmazig systeem ontwikkeld door (mede) een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld onder de dekking van de particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering te scharen. Daarom is de titel van de bijdrage van Elemans ook wat ongelukkig voor wat betreft de particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering. Het gaat er immers niet om of klachten als ziekte kwalificeren in de zin van een particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering maar of sprake is van “arbeidsongeschiktheid” in de zin van die polis. Dat is wat anders. Het begrip “ziekte” is, anders dan Elemans betoogt, een onderdeel van de verschillende eisen waaraan verzekerde moet voldoen, wil sprake zijn van “arbeidsongeschiktheid” in de zin van de arbeidsongeschiktheidsverzekering. Pas als verzekerde heeft bewezen dat hij aan alle eisen voldoet, kan hij aanspraak maken op een uitkering. De Hoge Raad heeft zich hier op 6 november 2020 voor het eerst sinds 2003 inhoudelijk uitgelaten over het begrip “arbeidsongeschiktheid”.⁵ Centraal stond de hierboven geciteerde definitie van het begrip “arbeidsongeschiktheid”. Het hof was van oordeel dat uit deze tekst helder volgde dat voor een beroep op de

¹ Mr. Dr. Erik-Jan Wervelman en Mr. Dr. Pieter Fluit zijn als advocaat verbonden aan Stadhouders Advocaten te Utrecht.

² Vgl. HR 28 september 2018, ECLI:NL:HR:2018:1800; HR 25 maart 1995, NJ 1995, 350.

³ Vgl. B. Holthinrichs, 30 november 2020, VAST 2020/b-0054.

⁴ ECLI:NL:HR:2003:AI0859.

⁵ ECLI:NL:HR:2020:1736, JA 2021/18 m.nt. EJW.

polis noodzakelijk was dat sprake was van medisch objectieveerbare stoornissen in relatie tot ziekte of ongeval. Het hof vervolgt dat voor een relatie met ziekte voldoende, maar ook noodzakelijk is dat sprake is van een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld. Niet is voldoende dat verzekerde de klachten ervaart en dat dit door de beoordelende artsen reëel wordt geacht zonder dat zij de klachten op hun vakgebied kunnen verklaren. In dat laatste geval, zo vervolgt het hof, ontbreekt immers het verband met een ziekte(beeld) en is dus geen sprake van medisch objectieveerbare stoornissen in relatie tot ziekte of ongeval. Het hof kwam in die zaak op grond van diverse medische rapportages tot het oordeel dat geen sprake was van arbeidsongeschiktheid. Geen van de artsen had medisch objectieveerbare stoornissen in relatie tot ziekte vastgesteld ten aanzien van de door verzekerde ervaren klachten. De Hoge Raad liet dat oordeel intact. Een beroep op redelijkheid en billijkheid vond bij de Hoge Raad geen gehoor. De Hoge Raad overweegt dat het weigeren van een vergoeding die buiten de verzekeringsdekking valt weliswaar naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar kan zijn, maar dan moeten zich wel bijzondere omstandigheden voordoen die dat rechtvaardigen. Voor zover die omstandigheden betrekking hadden op de keuze van de verzekeraar om medisch objectieveerbare stoornissen die niet zijn te herleiden tot een (herkenbaar en benoembaar) ziektebeeld van dekking uit te sluiten miskent verzekerde dat de verzekeraar in die keuze vrij was, aldus de Hoge Raad die vervolgt dat om die reden ook niet van belang was dat verzekerde de klachten niet simuleerde. Een beroep op de primaire dekkingsomschrijving kan volgens de Hoge Raad immers niet met succes worden afgeweerd met de stelling dat dit naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is, omdat de redenen waarom de verzekeraar een bepaalde gebeurtenis niet wil verzekeren zich in het concrete geval niet voordoen.⁶

Zoals gezegd steunen wij zeker de oproep van Elemans om het onderscheid tussen de verschillende rechtsgebieden goed in de gaten te houden bij het rapporteren. In dat verband wijzen wij op de recente beschikking van de Rechtbank Gelderland van 12 februari 2025.⁷ Het ging in die zaak om de beoordeling van een verzoek tot benoeming van een verzekeringsarts in het kader van een particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering. De rechtbank wees het verzoek af, omdat twee verrichte neurologische expertises niet konden leiden tot een vastgestelde medisch objectieveerbare stoornis. Dus was evenmin voldaan aan de eisen van een

herkenbaar en benoembaar ziektebeeld, ondanks dat het bestaan van klachten bij verzekerde op zichzelf niet werd betwist. Verzekerde betoogde dat zijn klachten het gevolg waren van een nekhernia en dat de ingeschakelde neurologen niet hadden beoordeeld dat een nekhernia kon zorgen voor uiteenlopende klachten. Verzekerde was van oordeel dat moest worden meegewogen dat zijn klachten reëel, niet ingebeeld, niet voorgewend en niet overdreven waren en dat het klachtenpatroon plausibel was omdat de klachten consistent, consequent en samenhangend waren en hij deze niet had voor de nekhernia. De rechtbank wees dat betoog van de hand door te overwegen dat het erop leek dat verzekerde het beoordelingskader ruimer opvatte dan de bestaande jurisprudentie over een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen en de beoordelingsruimte bij de vaststelling van letselschade in het aansprakelijkheidsrecht leek te willen toepassen. Terecht en op goede gronden verwerpt de rechtbank dat betoog nu het verzochte deskundigenbericht betrekking had op een mogelijke nakomingsvordering uit een verzekeringsovereenkomst waarbij het de verzekeraar vrij staat om de dekking in de polisvoorwaarden te beperken.

Elemans betoogt voorts dat een voorbeeld van een krachtens een particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering gedekt herkenbaar en benoembaar ziektebeeld is af te leiden uit de registratierichtlijnen van beroepsziekten, de ICD10 WHO-classificatie of de CDC-94-criteria van de Amerikaanse Centers of Disease Control uit '94. Ter onderbouwing van deze stelling wijst hij uitsluitend op zijn eigen artikel in GAVscoop uit 2009 over de rechtspraak van de Centrale Raad van Beroep en het Schattingsbesluit. Wij kunnen Elemans hierin niet volgen en delen zijn mening ook niet. Ons is hierover geen rechtspraak met betrekking tot particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeringen bekend. De onderbouwing van deze stelling vindt ook geen steun in de noot waarnaar Elemans verwijst. Die heeft immers uitsluitend betrekking op sociale zekerheidswetgeving en niet op particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. De enige (zeer summiere) vingerwijzing die (wel) in deze richting zou kunnen wijzen is de terloopse opmerking uit het arrest van het hof Den Bosch van 9 oktober 2012 waarin het hof (op zichzelf niet onbegrijpelijk) van oordeel is dat het in dat geval vastgestelde cervico-brachiaal syndroom een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld was en bovendien als zodanig is gecodificeerd in de ICD van de WHO.⁸ Meer zegt het hof hier echter niet over. Hij leidde hier dan ook geenszins uit af dat de codificatie in een internationale richtlijn betekent dat dus sprake is van een herkenbaar en benoembaar

⁶ Vgl. HR 10 juli 2020, ECLI:NL:HR:2020:1268; zie in bredere zin over deze materie: E.J. Wervelman, *De particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering*, 2016, derde druk, Deventer: Wolters Kluwer, p. 241 e.v.

⁷ ECLI:NL:RBGEL:2025:1321, JA 2025/74 m.nt. EJW.

⁸ Vgl. Hof Den Haag 2 januari 2007, ECLI:NL:GHSGR:2007:BA3845.

ziektebeeld dat onder de dekking van een Nederlandse particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering valt, zoals Elemans stellig betoogt.

De stelling van Elemans dat “medisch vaststellen betrekking heeft op een medicus ook volgt uit jurisprudentie waaruit blijkt dat onderscheid gemaakt moet worden tussen gevonden lichamelijke afwijkingen en laboratoriumuitslagen van bloedonderzoek die wel en die niet in verband staan met de geclaimde klachten” kunnen wij niet volgen. Waar het bij moeilijk objectiveerbare ziektebeelden bij de claimbehandeling van particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeringen in de kern om gaat, is - kort gezegd - of de arts op wiens medisch specialistisch terrein de klachten van verzekerde zich bevinden in staat is om deze als zodanig te herkennen en te benoemen. Dat is voor een relatie met ziekte voldoende, maar ook noodzakelijk. Anders gezegd moeten artsen de klachten op hun vakgebied kunnen verklaren. En dat is nu juist waar het misging in de casus die leidde tot de arresten van de Hoge Raad van 16 april 1999⁹ en in de beide casus die leidden tot de arresten van de Hoge Raad in 2020.

Opmerkingen naar aanleiding van bijdrage over de sociale zekerheidswetgeving

Wij hebben ook kennis genomen van de verhandeling van Elemans over de sociale zekerheidswetgeving. Ook daarbij plaatsen we enige kanttekeningen. In de eerste plaats is noch in de WIA, noch in de Ziektewet of de WAO het begrip ‘ziekte of gebrek’ gedefinieerd. Hetzelfde geldt overigens voor het ziekte-begrip in het Burgerlijk Wetboek daar waar het de loonaanspraak tijdens ziekte betreft. De werknemer die wegens ziekte of gebrek niet in staat is om de *bedongen arbeid* te verrichten heeft gedurende in beginsel 104 weken recht op loondoorbetaling (art. 7:629 BW). In geen van deze drie regelingen, WIA, ZW of art. 7:629 BW is in de wet opgenomen wat het begrip ziekte of gebrek inhoudt. In de Ziektewet (art. 19 ZW) is bepaald dat een aanspraak is op een uitkering als sprake is van ongeschiktheid voor het *eigen werk*. Dat is in beginsel het laatste werk dat verzekerde verrichtte voordat hij zich ziek meldde. In art. 7:629 BW gaat het om ongeschiktheid voor de bedongen arbeid, dat is in beginsel de functie die contractueel is overeengekomen tussen werkgever en werknemer. In de WIA (art. 6 lid 3 WIA) gaat het echter om ongeschiktheid voor de gangbare arbeid, dat is *algemeen geaccepteerde arbeid*, arbeid waartoe de werknemer met zijn krachten en bekwaamheden in staat is. In de WIA is dus niet langer de toets het eigen werk of overeengekomen functie die iemand deed voor hij zich ziek meldde, maar is het spectrum aan werk waaraan getoetst wordt veel breder: de arbeid die je met je medische beperkingen (krachten) en opleiding en ervaring kunt doen, mag worden betrokken bij de WIA-beoordeling en dan

met name bij de vraag hoeveel de verzekerde nog kan verdienen (de resterende verdien capaciteit). In de artt. 4 en 5 WIA wordt vervolgens arbeidsongeschiktheid geformuleerd als een vorm van inkomensverlies (verlies van verdien capaciteit) die een rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg is van ziekte of gebrek. In alle gevallen (art. 19 ZW, artt. 4 en 5 WIA en art. 7:629 BW) wordt verwezen naar (1) ongeschiktheid en (2) naar het begrip ‘ziekte of gebrek’. Van arbeidsongeschiktheid is sprake als betrokkene als rechtstreeks en objectief vast te stellen gevolg niet in staat is om:

- eigen werk te verrichten: Ziektewet
- bedongen arbeid te verrichten: Burgerlijk Wetboek
- gangbare arbeid te verrichten: WIA

In al deze gevallen is het begrip ziekte of gebrek niet gedefinieerd.

Als wij ons beperken tot de WIA (en WAO), dan is voorts van belang dat in het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten (Sbaow) nader is uitgewerkt op welke wijze een verzekeringsarts de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling dient uit te voeren. Het Sbaow heeft een wettelijke basis. In art. 6 lid 4 WIA wordt naar dit besluit verwezen. In art. 3 lid 1 Sbaow staat dat het doel van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek (in het kader van onder andere de WIA) is om vast te stellen of betrokkene ten gevolge van ziekte, gebrek, zwangerschap of bevalling ongeschikt is tot werken. Ook al komt in deze bepaling niet de passage ‘als rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg’ van ziekte of gebrek voor, aangenomen mag worden dat dit criterium in lijn is met het arbeidsongeschiktheidsbegrip in art. 6 WIA. In art. 3 lid 3 Sbaow staat dat de verzekeringsarts vaststelt welke beperkingen betrokkene in zijn functioneren ondervindt. Het gaat - met andere woorden - bij een WIA-keuring om de vraag of er beperkingen zijn in het functioneren. Deze beperkingen worden neergelegd in een functionele mogelijkhedenlijst (FML) en aan de hand van deze FML worden uiteindelijk functies gezocht die betrokkene kan doen en daarmee wordt de resterende verdien capaciteit (en de mate van arbeidsongeschiktheid) vastgesteld. Kortom, als iemand een ziekte onder de leden heeft die niet leidt tot beperkingen in het functioneren, dan is geen sprake van arbeidsongeschiktheid. Het gaat nu echter met name om art. 3 lid 2 Sbaow. In dit artikellid is het medisch arbeidsongeschiktheids criterium gedefinieerd: bij het vaststellen of iemand ten gevolge van ziekte of gebrek in staat is tot werken (zie art. 3 lid 1 Sbaow) onderzoekt de verzekeringsarts of bij betrokkene sprake is van vermindering of verlies van lichamelijke of psychische structuur of functie, die vermindering of verlies van normale gedragingen en normale sociale rolvulling tot gevolg heeft.

⁹ NJ 1999/666.

Deze bepaling is een codificatie van de Richtlijn Medisch arbeidsongeschiktheids criterium (MAOC, Lisv richtlijn september 1996). Deze richtlijn heeft in 2000 geleid tot invoering van geciteerde passage in het Sbaow en gaat in op de vraag wanneer een medische beperking het gevolg is van ziekte. De verzekeringsarts dient daarbij op drie niveaus van mens-zijn de medische beperkingen van betrokkene in kaart te brengen:

- stoornissen, op het niveau van lichamelijk en psychisch functioneren
- beperkingen: op het gebied van normale gedragingen en activiteiten
- handicaps: op het niveau van sociale rolvulling, met name de arbeidsrol.

Relevant en daarmee in reactie op het artikel van Elemans is dat het MAOC zoals gedefinieerd in art. 3 lid 2 Sbaow niet langer een uitzondering is maar de regel. Aan de hand van deze drie niveaus dient een verzekeringsarts uiteindelijk de medische beperkingen (in de FML) in kaart te brengen. Dan zijn wij het overigens eens dat het MAOC inderdaad met name relevant is bij medisch moeilijk te objectiveren ziektebeelden. Juist vanwege de discussie over moeilijke objectiveerbaarheid, zoals destijds met name over ME/CVS, is de Richtlijn MAOC tot stand gekomen. De toelichting op het MAOC (Stb. 2000, 307, p. 11-16) maakt duidelijk dat het MAOC twee kanten heeft. Enerzijds geldt dat een bepaalde diagnose - op zichzelf - geen recht geeft op een uitkering. Altijd moeten beperkingen en/of handicaps worden vastgesteld. Anderzijds geldt dat als het lastig is om de (precieze) lichamelijke of psychische oorzaak vast te stellen het toch mogelijk is uit te gaan van stoornissen, beperkingen en handicaps. In die gevallen gelden wel extra eisen aan het in kaart brengen van beperkingen. In het MAOC staat daarover: "Zulks laat onverlet dat, waar in bijzondere gevallen bij de - onafhankelijk - medisch deskundigen een vrijwel eenduidige, consistente en naar behoren medisch gemotiveerde en verantwoorde opvatting bestaat dat ongeschiktheid tot werken voldoende aannemelijk is, ook al is niet steeds geheel en al duidelijk aan welke ziekte of welk gebrek precies die ongeschiktheid valt toe te schrijven of al verschillen zij zelfs tot op zekere hoogte omtrent het antwoord op die vraag, een toereikende objectieve vaststelling van die ongeschiktheid alsdan niet zonder meer valt uit te sluiten". Met het citeren van deze passage is duidelijk dat Elemans en ondergetekenden uiteindelijk ten aanzien van de sociale zekerheidswetgeving op een lijn zitten.

Interessant in dit opzicht is de zaak die Elemans aanhaalt, maar niet zo heel nadrukkelijk bespreekt en recenter is dan een van de andere zaken die hij

wel uitgebreid bespreekt. Dat is de zaak waarover de Centrale Raad van Beroep in 2024 ¹⁰ oordeelde. Het draaide daar om hoofdpijnklachten. De ernst ervan is niet met een methode vast te stellen, zo stelde de Raad. Om te komen tot een goede beoordeling zijn de anamnese (interne consistentie), externe informatie en objectiveerbaarheid van belang. Bij de invulling van die laatste norm gaat het om toetsbaarheid, reproduceerbaarheid en consistentie. Het verhaal en de klachtbeleving van betrokkene dienen het startpunt van het onderzoek te zijn. Duidelijk is echter dat de klachtbeleving alleen onvoldoende is om medische beperkingen aan te nemen. De klachten dienen te worden geobjectiveerd en dat hoeft dus niet altijd aan de hand van 'een foto' of andere duidelijke onderzoeksgegevens. Van "objectivering" is ook sprake als voldaan is aan de gestelde eisen aan het verzekeringsgeneeskundig onderzoek, eisen die in art 4. Sbaow ook worden genoemd:

- de onderzoeksmethode, argumentatie, bevindingen en conclusies moeten schriftelijk zijn vastgelegd (toetsbaar);
- een door een andere verzekeringsarts uitgevoerd verzekeringsgeneeskundig onderzoek zal tot dezelfde bevindingen en conclusies kunnen leiden (reproduceerbaar);
- redenering en conclusies zijn vrij van innerlijke tegenspraak (consistentie).

Aan de hand van dit toetsingskader kunnen ook klachten van long covid leiden tot het aannemen van medische beperkingen, zoals Elemans opmerkt. In een recente casus die speelde bij de CRvB was bij werknemster sprake van long covid die met name tot uiting kwam in een afgenomen inspanningstolerantie. Daarnaast was sprake van verhoogde prikkelgevoeligheid en verwerkings- en acceptatieproblematiek als gevolg van verlies van werk, afname van sociale contacten en het omgaan met beperkingen daar waar werknemster in eerste instantie een bezige bij was. Op basis daarvan was werknemster geschikt te achten voor fysiek lichte arbeid in een relatief rustige en stressarme omgeving waarbij rekening wordt gehouden met haar verhoogde prikkelgevoeligheid. Vanwege de vermoeidheid en de in het dagverhaal vermelde recuperatie was een urenbeperking geïndiceerd op energetische indicatie. Een andere urenbeperking achtte de verzekeringsarts niet geïndiceerd, omdat betrokkene met name in de middag rustte en in de ochtend licht actief was. Bij betrokkene was ook geen sprake van post-exertionele malaise (PEM), aldus - steeds - de CRvB. ¹¹

Tot slot

Kortom, anders dan bij particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeringen is voor een uitkering

¹⁰ ECLI:NL:CRVB:2024:313, USZ 2024/158.

¹¹ ECLI:NL:CRVB:2025:1084, USZ 2025/241.

krachtens de WIA - in uitzonderingsgevallen - niet vereist dat sprake is van een “echte” diagnose maar draait het (in die uitzonderingsgevallen) om het vaststellen van (medische) beperkingen. Ook zonder (duidelijke) diagnose kunnen in die uitzonderingsgevallen krachtens de WIA (medische) beperkingen worden aangenomen. Objectivering van de ervaren klachten vindt dan plaats als het medisch onderzoek voldoet aan de eisen van toetsbaarheid, reproduceerbaarheid en consistentie. Bij particuliere

arbeidsongeschiktheidsverzekeringen daarentegen ligt de (bewijs)lat voor de verzekerde duidelijk hoger; om in aanmerking te komen voor een uitkering is (altijd) noodzakelijk dat sprake is van een objectief medisch vaststelbare stoornis in relatie tot ziekte of ongeval, tenminste in de vorm van een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld. Alleen dan komt men bij particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeringen toe aan de vaststelling van (medische) beperkingen. Anders niet.

Perifeer zenuwletsel: neurologische en orthopedische indeling en betekenis voor de medische advisering

Dr. A.H. Hosman^{1,2}, Dr. J.P. ter Brugge³

Inleiding

Voor medisch adviseurs is het vaak een uitdaging om de aard en ernst van zenuwletsel goed te beoordelen. De klinische verschijnselen zijn niet altijd eenduidig en het onderscheid tussen reversibel en irreversibel letsel kan lastig zijn. Het zenuwletsel kent bovendien een grote variatie in herstelcapaciteit, afhankelijk van de locatie, de duur van compressie en de mate van structurele schade.

Een systematische indeling van zenuwletsel helpt om herstelverwachtingen realistischer te formuleren en medische adviezen beter te onderbouwen. De indeling van Sunderland vormt daarbij nog steeds de meest gebruikte referentie in de neurologische praktijk^{1,2}.

Indeling van perifeer zenuwletsel

Zenuwletsel kan in vijf categorieën worden ingedeeld, oplopend in anatomische en daarmee klinische ernst^{1,2}:

Categorie 1 – Neurapraxie

De lichtste vorm van zenuwletsel, met enkel

beschadiging myelineschede (zie Figuur 1). Er is sprake van een tijdelijk geleidingsblok zonder structurele schade aan axonen of steunweefsel. Herstel van gevoel, tintelingen en/of krachtsverlies, afhankelijk van de betrokken zenuw, treedt meestal op binnen enkele dagen tot weken, afhankelijk van de duur van de compressie.

Categorie 2 – Axonotmesis

Naast de myelineschede zijn ook axonen beschadigd. De prikkelgeleiding is langdurig onderbroken en er zijn gevoelsstoornissen vanaf het begin en op termijn ook paresthesieën afhankelijk van de betrokken zenuw. Wallerse degeneratie kan optreden bij axonbeschadiging. Herstel duurt vaak maanden.

Categorie 3 – Beschadiging tot in het endoneurium

Axonen, Schwann-cellen en het endoneurium zijn aangedaan. De prikkelgeleiding is volledig onderbroken en het herstel verloopt onvolledig. Door verkeerd hergroeiende axonen kunnen synkinesieën (ongewilde spierbewegingen) optreden.

Categorie 4 – Perineurium ook beschadigd

Ook het perineurium is aangedaan. Hierdoor kunnen verkeerde regeneratie en pseudoneuromen ontstaan, gepaard gaand met blijvende overgevoeligheid. Spontaan herstel is niet te verwachten; soms is chirurgische correctie nodig.

¹ Medisch adviseur, Forum Consult.

² Amsterdam Movement Sciences (AMS), Amsterdam University Medical Centres.

³ Neuroloog, DC Klinieken en Intermedes.