

DRIE VERSCHILLENDE RICHTLIJNEN VOOR HOOFDTRAUMA IN DE SPOEDZORGKETEN

Behandeling hoofdletsel verre van uniform

De manier waarop een patiënt met licht traumatisch hoofd-/ hersenletsel behandeld wordt, is afhankelijk van de plek waar hij binnenkomt: de ambulance, de huisarts of de Spoedeisende Hulp. En de verschillen zijn groot. SEH-arts Van den Brand en neuroloog Jellema pleiten daarom voor één ketenbrede richtlijn.

Op dit moment bestaan er in de Nederlandse spoedzorgketen drie richtlijnen voor volwassen patiënten met licht traumatisch hoofd-/hersenletsel.¹⁻³ Prehospitaal zijn dit de onlangs ingevoerde NHG-Standaard Hoofdtrauma en het recentelijk herziene landelijk protocol ambulancezorg (LPA8).^{1,2} In de tweede lijn is dit de in 2010 geïmplementeerde richtlijn Licht traumatisch hoofd-/hersenletsel onder regie van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN).³ Helaas sluiten de richtlijnen matig op elkaar aan, wat tot gevolg heeft dat patiënten afhankelijk van waar ze zich in de spoedzorgketen presenteren, op verschillende wijze behandeld worden. Ter illustratie enkele voorbeelden.

Ambulance

Een 18-jarige jongen met een blanco voorgeschiedenis stoot zijn hoofd aan een keukenkastje. Hij is alert en is niet buiten bewustzijn geweest, ook het verdere neurologisch onderzoek is normaal. Omdat hij een bloedende wond boven op zijn hoofd heeft, belt zijn moeder 112.

De ambulance komt ter plaatse en vervoert de patiënt conform LPA8 in verband met zichtbaar letsel aan het hoofd naar de Spoedeisende Hulp. Op de Spoedeisende Hulp wordt de patiënt onderzocht en de wond geplakt, waarna hij zonder wekadvis naar huis mag. Indien niet 112 was gebeld, maar de huisarts was geconsulteerd, zou het beleid – conform de NHG-Standaard – behalve de wondzorg expectatief zijn geweest. De geschatte kans op traumatische intracranieële afwijkingen (op CT) bij deze jongen is 0-1 procent.^{1,4-6}

Huisarts

Een tweede voorbeeld: een 59-jarige man, met in de medische voorgeschiedenis een PCI waarvoor hij acetylsalicylzuur en clopidogrel gebruikt. Na een val op zijn hoofd heeft hij slechts een oppervlakkige schaafwond aan het hoofd. Wel heeft hij eenmalig gebraakt en is buiten bewustzijn geweest, met daarna een drie uur durende posttraumatische amnesie. Zijn echtgenote gaat met hem naar de huisarts. Deze kijkt de patiënt na, het neurologisch onderzoek is nu normaal en de patiënt mag – conform de NHG-Stan-

daard – naar huis en krijgt een wekadvis mee. Indien deze patiënt naar de Spoedeisende Hulp was gegaan, zou er conform de NVN-richtlijn in verband met het bestaan van één major criterium (braken) en vier minor criteria (leeftijd, bewustzijnsverlies, hoofdwond en posttraumatische amnesie) een CT-scan van de hersenen gemaakt zijn. Als hierop geen afwijkingen te zien zijn, zou de patiënt zonder wekadvis naar huis mogen. De geschatte kans op intracranieële afwijkingen bij deze man is 3-13 procent.^{1,4-6} Deze risico-inschatting houdt geen rekening met het gebruik van acetylsalicylzuur en clopidogrel. Er zijn aanwijzingen dat het risico op intracranieële afwijkingen na hoofdletsel bij patiënten met clopidogrelgebruik niet lager en mogelijk zelfs hoger is dan bij patiënten die cumarine-derivaten gebruiken.⁷ Indien clopidogrelgebruik meeweegt als vergelijkbare risicofactor als het gebruik van cumarine-derivaten, komt het geschatte risico op intracranieële afwijkingen aanzienlijk hoger uit, namelijk tussen 6 en 25 procent.

Spoedeisende Hulp

Tot slot een man van 52 jaar die door een alcoholintoxicatie uit stand op zijn hoofd valt. Hij heeft een flinke bult op zijn hoofd, is niet buiten bewustzijn geweest, heeft een maximale score op de Glasgow Coma Scale en heeft geen andere risicofactoren. Als deze patiënt zich meldt op een Spoedeisende Hulp met geïntegreerde huisartsenpost, kan – afhankelijk van



GETTY IMAGES

Afhankelijk van waar een patiënt met licht traumatisch hoofdletsel zich presenteert in de spoedzorgketen, kan de behandeling verschillen.

De interpretatie van risicofactoren verschilt flink

de lokale logistieke afspraken – de patiënt ofwel naar de hap ofwel naar de SEH worden verwezen. Wordt deze patiënt naar de SEH verwezen, dan wordt in verband met twee minor criteria (leeftijd en uitwendig letsel hoofd) een CT-scan van de hersenen gemaakt en wordt hij in verband met zijn alcoholintoxicatie conform de NVN-richtlijn (mogelijk) opgenomen. Als deze patiënt naar de huisartsenpost gaat, mag hij conform de NHG-Standaard gezien het bestaan van twee minor criteria (alcoholintoxicatie en uitwendig letsel hoofd) met een wekadvis naar huis. De geschatte kans op intracranieële afwijkingen bij deze patiënt is 1-4 procent.^{15 68}

Niet logisch

Deze voorbeelden laten zien dat afhankelijk van waar een patiënt met

licht traumatisch hoofd-/hersenletsel zich presenteert in de spoedzorgketen, de behandeling aanzienlijk kan verschillen. In sommige gevallen wellicht gerechtvaardigd, gezien de verschillende a-priorikans op intracranieële afwijkingen bij de huisarts, ambulance en op de Spoedeisende Hulp. Maar bovenstaande voorbeelden laten zien dat het verschil in behandeling lang niet altijd logisch is of gestaafd wordt door wetenschappelijke literatuur.

Daarnaast bestaat tegenwoordig door de integratie van hap en SEH de vreemde situatie dat een zelfverwijzer op de SEH in het ene ziekenhuis op de SEH gezien wordt en volgens de NVN-richtlijn behandeld wordt (die uitgaat van een a-priorikans van 7,5 procent op intracranieel letsel) en in het andere ziekenhuis getrieerd wordt naar de huisartsenpost en conform de NHG-Standaard behandeld wordt (deze gaat uit van een a-priorikans van 1,5 procent op intracranieel letsel).

Interpretatie

Opvallend is dat alle drie de richtlijnen op min of meer dezelfde literatuur zijn

gebaseerd, namelijk voornamelijk de CHIP-studie.⁵ Belangrijke verschillen zitten naast de weging van risicofactoren ook in de interpretatie van risicofactoren (bijvoorbeeld eenmalig versus herhaaldelijk braken of ieder letsel van het hoofd versus klinisch relevant letsel). Ook in de adviezen zit een belangrijk verschil: in tegenstelling tot de NHG-Standaard acht de NVN-richtlijn het wekadvis thuis voor volwassenen niet zinvol. Wat de beste richtlijn of standaard is, weten we helaas niet. Wel is duidelijk dat het onwenselijk is dat drie totaal verschillende richtlijnen naast elkaar bestaan. Wij roepen op om in de toekomst richtlijnen ketenbreed op te stellen, met als mogelijk voorbeeld de Britse NICE-richtlijnen. ■

contact

c.vandenbrand@mchaaglanden.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

Een eerder MC-artikel over dit onderwerp en de voetnoten vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.