

Ruben Stavenuiter

anios orthopedie, Westfriesgasthuis
Hoorn

Hugo Hermanussen

anios orthopedie, Meander Medisch
Centrum, Amersfoort

Marc van de Ree

arts-onderzoeker Trauma Topzorg,
Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis,
Tilburg

dr. Jeroen Steens

orthopedisch chirurg-traumatoloog,
Westfriesgasthuis Hoorn

KWETSBARE OUDEREN HEBBEN NIET ALTIJD BAAT BIJ OPERATIE

Oudere breekt heup: opereren of niet?

DE VRAAG

Een kwetsbare oudere breekt zijn heup. Wat is wijs? Niet opereren betekent vaak dat de patiënt spoedig zal overlijden. Wel opereren kan goed uitpakken, maar leidt soms ook tot overlijden op korte termijn, maar dan na een vruchteloze lijdensweg.

'We come into the world under the brim of the pelvis and go out through the neck of the femur'

Sir Reginald Watson-Jones (1902-1972)

CASUS: FRACTUUR MET OPERATIE

Een 85-jarige vrouw is uit haar traplift gevallen en komt op de SEH met een pijnlijk rechterbeen dat ze niet kan belasten. Tot dan was ze met hulp van rollator en traplift mobiel. Ze is bekend met onder andere hypertensie, atriumfibrilleren en astma bronchiale. Op de SEH werd een gedislokeerde mediale collumfractuur gediagnosticeerd. Ook had ze koorts en een verhoogd CRP vanwege een exacerbatie COPD. De indicatie voor een kophalsprothese werd gesteld. De operatie werd gepland voor de volgende dag, na het couperen van de antistolling. Na de operatie ging ze naar de ic om de pulmonale situatie te monitoren. Een zeer moeizaam herstel volgde met verminderd bewustzijn onder de werkdiagnose 'stildelier'. Het mobiliseren lukte niet en tijdens de verzorging trad tot tweemaal toe een luxatie op. Na overleg tussen anesthesioloog, orthopeed en geriater, en na overleg met de familie werd besloten tot een revisie, waarbij een antiluxatiecup werd geplaatst. Ondanks intensieve zorg ver-

slechterde de situatie na deze ingreep geleidelijk aan steeds verder. De neuroloog constateerde een CVA met hemiparese links en afasie. Binnen drie weken na de val is de vrouw in een hospice overleden.

CASUS: FRACTUUR ZONDER OPERATIE

Een 88-jarige verpleeghuispatiënt komt op de SEH na een val op de rechterheup een dag eerder. De vrouw was bekend met alzheimer, aortaklepstenose, reumatoïde artritis, recidiverende urineweginfecties en momenteel een pneumonie. De diagnose luidde een mediale collumfractuur rechts. Zij had duidelijk pijn maar kon niet aangeven waar. Voor de val liep ze binnenshuis nog een paar passen met de rollator maar buitenshuis gebruikte ze altijd haar rolstoel. Nu kon ze het been niet meer belasten. Initieel werd besloten tot een operatie indien mogelijk. De geriater achtte het zeer onwaarschijnlijk dat de patiënt revalideerbaar zou zijn. De anesthesioloog zette



Dit keer staat in De Kwestie de vraag centraal: moet je bij een kwetsbare patiënt met een heupfractuur een conservatief palliatief beleid voeren of opereren? Op de website van Medisch Contact is veel op deze vraag gereageerd. Hier een selectie uit de reacties en een deskundig commentaar van orthopedisch chirurg René ten Broeke.

Wilt u ook een casus delen, stuur deze dan naar: redactie@medischcontact.nl onder vermelding van De Kwestie. Publicatie kan ook anoniem, mits uw naam bij de redactie bekend is.



GETTY IMAGES

Een onbehandelde heupfractuur maakt een patiënt grotendeels inmobiel en afhankelijk van zorg.

ook vraagtekens bij de klinische uitkomst van een operatie. In overleg met de familie werd besloten om niet te opereren en goede pijnstilling in te stellen. De volgende dag werd de patiënt ontslagen naar de eigen woonomgeving. Een week later is zij thuis rustig overleden.

Ernstig letsel

Een heupfractuur is een ernstig letsel. Zonder behandeling zal de patiënt haar mobiliteit grotendeels verliezen. De mortaliteit is hoog, met name onder kwetsbare ouderen met lichamelijke en cognitieve comorbiditeit. Een heupfrac-

Het is belangrijk dat patiënten weloverwogen kunnen kiezen

tuur maakt iemand afhankelijk van zorg en zorgt vaak voor een forse vermindering van de kwaliteit van leven. Niet opereren leidt doorgaans tot een palliatief traject. Wel opereren – met de nodige risico's – betekent vaak een moeizaam postoperatief herstel en een lang revalidatietraject. Bij patiënten met een heupfractuur, een matige levensverwachting en geringe kwaliteit van leven kan een operatie ook onderdeel van de pijnbehandeling zijn: een operatie ter palliatie. Maar ook zonder operatie is adequate pijnstilling mogelijk. Het is belangrijk patiënten optimaal voor

te lichten zodat ze weloverwogen kunnen kiezen tussen een operatie of een conservatief-palliatief beleid.

In de praktijk kiezen professionals doorgaans voor operatief ingrijpen want niet opereren leidt zeker tot de dood. Zij worden daarin gesteund door richtlijnen van de beroepsverenigingen van orthopedisch chirurgen/traumatologen en die van de geriater.^{1,2} Ook de familie heeft de uitdrukkelijke en begrijpelijke wens om 'iets te doen'. Het is echter de vraag of er wel een absolute operatie-indicatie bestaat. Het breken van de heup op z'ich is een uiting van kwetsbaarheid. Artsen zien een kwetsbare oudere patiënt met een heupfractuur bij wie men zich – kijkend naar comorbiditeit en algehele gezondheidstoestand – afvraagt of een operatieve behandeling wel de beste optie is. Operatief ingrijpen gevolgd door het overlijden

van de patiënt binnen enkele dagen tot weken is een ongewenst beloop voor alle partijen.

In de regio West-Friesland is in een transmurale project met ruim zestig 80-plusers geprobeerd zulke keuzes proactief te bespreken. Na mondelinge en schriftelijke informatie koos 51 procent van de patiënten wanneer er daadwerkelijk een heupfractuur op zou treden voor palliatieve zorg in de eigen woonomgeving. Dit hoge percentage staat in schril contrast met het advies uit de richtlijnen om vrijwel iedere patiënt te opereren. Anderzijds lijkt het geen haalbare kaart om met alle kwetsbare ouderen alle voors en tegens van alle behandelopties bij alle potentieel fatale aandoeningen te bespreken en de uitkomst daarvan vast te leggen. Bovendien kunnen percepties en voorkeuren veranderen als de gezondheidstoestand

van de patiënt verandert.

In de huidige richtlijnen is de drempel om bij heupfracturen operatief in te grijpen laag. Volgens ons is dit voor de meest kwetsbare patiënten met ernstige comorbiditeit, niet altijd de beste optie. De literatuur laat ons hierbij echter in de steek. De vraag is of voor de kwetsbaarste patiënten met een heupfractuur een conservatief-palliatief beleid moet worden overwogen of een operatie. Waar kiest u voor?

contact

xjr1992@gmail.com
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteurs.

UW MENING

Hieronder een selectie van de reacties op deze kwestie.

Landelijke richtlijn

Als bij een heupfractuur wordt gekozen voor opereren, zijn er daarna allerlei revalidatieopties. En als wordt gekozen voor niet opereren, wordt een palliatief beleid ingezet. Wat dat inhoudt, hangt af van de mogelijkheden ter plekke en de wensen van de patiënt en zijn behandelaren. Na de optie 'niet opereren' zou er een landelijke richtlijn of een protocol moeten zijn om voor een patiënt de zorg te optimaliseren en voor behandelaren een

referentiekader te scheppen waaraan men het handelen kan toetsen.

Huub van Alem, specialist ouderengeneeskunde niet-praktiserend, Nieuwerkerk aan den IJssel

Shared decision making

De beslissing om de eerste patiënt te opereren is goed onderbouwd: hypertensie, atriumfibrilleren en COPD geven een verhoogd risico, maar zelfstandig thuis wonen is een veel belangrijkere prognostische factor. Desondanks is de mortaliteit van een operatief behandelde collumfractuur 25-30 procent in het eerste jaar. En dat is gerelateerd aan complicaties. Maar de a-priorikans daarop weet je niet. Belangrijk is het

om de zorg proactief in te richten om complicaties, zoals luxaties en delier, te voorkomen. De mening van de patiënt zelf is ook van groot belang. Ik zie de shared decision making niet in deze casus terug.

Niet opereren van een kwetsbare patiënt met een gebroken heup vereist een actief besluit om een behandeling, die de kans op snel overlijden verkleint en die kan leiden tot een verhoogde kwaliteit van leven, niet aan te bieden. Daarvoor moet een goede reden zijn, en het vereist een goed volgordebeleid. De beslissing bij de tweede patiënt is geen orthopedische maar een menselijke: een beslissing over onthouding

van behandeling, palliatieve zorg en pijnstilling.

Ron Diercks, orthopedisch chirurg, Groningen

Eigen grenzen aftasten

Ik vind het een geweldig initiatief waarin geneeskunde klaarwakker de eigen grenzen aftast. Een teken van moeizaam bevochten volwassenheid van ons vak. Het gaat hier om een weldadige terughoudendheid waarin men niet alleen aast op het anatomisch herstel van de dijbeenhals, maar al uitzoemend terechtkomt bij de vraag: wat doen we nou eigenlijk? Ik bewonder de collega's die erin geslaagd zijn deze nuchterheid een plek te

DE DESKUNDIGE

De incidentie van heupfracturen bij ouderen vormt met 30 procent van alle valgerelateerde aandoeningen in Nederland een groeiend probleem.^{1,2} De hoge mortaliteitscijfers tonen de kwetsbaarheid van deze patiëntengroep, waarbij de fractuur als zodanig een signaal is van 'frailty'. Het betreft vooral de *early mortality*, optredend binnen de eerste dertig dagen postoperatief, welke oploopt tot 13,3 procent, terwijl één op de drie patiënten overlijdt binnen het eerste jaar.^{3,4} Onderzoek ter identificatie van risicofactoren op perioperatief overlijden heeft aangetoond dat leeftijd, ASA-klasse, wonen in een zorginstelling, verminderde mobiliteit, het aantal comor-

biditeiten en cognitieve achteruitgang hierin voorspellend zijn.^{3,5,6}

Risicopredictiemodellen, die voor individuele patiënten de kans op vroeg overlijden schatten, kunnen een rol spelen bij het besluit tot vroeg opereren, uitgesteld opereren of conservatieve behandeling met palliatie.^{7,8}

Ervaringen in orthogeriatrisch comanagement leren dat intensieve multidisciplinaire perioperatieve screening en behandeling de complicatie- en sterfteratio doen afnemen.⁹⁻¹²

Volgens de huidige inzichten moet de reflex om zo snel mogelijk te opereren voorafgegaan worden door een multidisciplinair overleg met de orthopeed/traumatoloog, internist ouderengeneeskunde, anesthesioloog en zo mogelijk een specialist ouderengeneeskunde. Hierbij kan – in overleg met patiënt en familie – ook ter

sprake komen of de operatie zal leiden tot mobiliteitsherstel en het voorkomen van complicaties, of juist het risico op overlijden onevenredig bespoedigt. Op dit gebied ontwikkelen zich vele initiatieven waarbij vooralsnog evidence voor de effectiviteit ontbreekt, evenals inzicht in ervaren kwaliteit van leven en sterven. De Nottingham/Almelo Hip Fracture Score en de recentelijk geïnitieerde Frail Hip-studie onderbouwen deze keuzes, en optimaliseren de protocollen voor een patiëntveilig en waardig (palliatief) traject.¹³

dr. René ten Broeke

orthopedisch chirurg MUMC, voorzitter werkgroep Heup van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV)

Voor na de optie 'niet opereren' zou er een landelijke richtlijn moeten zijn

geven binnen het ziekenhuis en buiten veel protocollen om. Je moet zoiets niet alleen kunnen, maar ook durven.

Bert Keizer, specialist ouderengeneeskunde, Purmerland

Frail Hip

Traumachirurgen en orthopeden moeten zich niet alleen afvragen 'hoe kan ik deze fractuur het best behandelen', maar ook 'is een operatie voor deze patiënt ook de meest wenselijke oplossing'. Het is precies deze vraag waar de Frail Hip-studie antwoord op hoopt te vinden. Frail Hip is een studie voor een geselecteerde groep patiënten met een heupfractuur (70+,

verpleeghuispatiënt, niet of heel slecht mobiel óf ondervoed óf ASA 4-5) waaraan traumachirurgen, orthopeden, klinische geriaters en specialisten ouderengeneeskunde meedoen. De studie wordt financieel ondersteund door ZonMw.

Pieter Joesse, traumachirurg (mede namens de projectgroep Frail Hip), Alkmaar

Tijd voor overleg

Wij zien op onze geriatrische revalidatie-units het hele spectrum: van krasse negentigers die met een nieuwe heup of knie nog een paar fijne jaren erbij krijgen, tot zestigers met de ziekte van Parkinson voor wie de

operatie het einde inluit. Van de demente verpleeghuispatiënten die (toch nog) geopereerd worden, krijgen velen een ernstig delier en andere complicaties en zijn ziektelast en sterfte in de volgende maanden torenhoog. Hoewel goede cijfers ontbreken, is de uitkomst van beraad vooraf niet zelden een palliatief beleid, op grond van de al aanwezige slechte kwaliteit van leven, het langere contact met de familie en de eerder gedane 'advanced care planning' waardoor er tijd is voor rustiger overleg.

Barend Kooistra, specialist ouderengeneeskunde, Almere